1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence", *Eur Urol*. 2022. 82(1), 49-59. doi:10.1016/j.eururo.2022.01.045.
6. Krauwinkel W, van Dijk J, Schaddelee M, et al. Pharmacokinetic properties of mirabegron, a beta3-adrenoceptor agonist: results from two Phase I, randomized, multiple-dose studies in healthy young and elderly men and women. *Clin Ther*. 2012. 34(10), 2144–2160. doi:10.1016/j.clinthera.2012.09.010.
7. Wagg A, Staskin D, Engel E, Herschorn S, Kristy RM, Schermer CR. Efficacy, safety, and tolerability of mirabegron in patients aged >/=65yr with overactive bladder wet: a phase IV, double-blind, randomised, placebo-controlled study (PILLAR), *Eur Urol*. 2020. 77(2), 211–220. doi:10.1016/j.eururo.2019.10.002.
8. Herschorn S, Staskin D, Schermer CR, Kristy RM, Wagg A. Safety and tolerability results from the PILLAR study: a Phase IV, double-blind, randomized, placebo-controlled study of mirabegron in patients >/= 65 years with overactive bladder-wet, *Drugs Aging.* 2020. 37(9), 665–676. doi:10.1007/s40266-020-00783-w.
9. Griebling TL, Campbell NL, Mangel J, et al. Effect of mirabegron on cognitive function in elderly patients with overactive bladder: moCA results from a Phase 4 randomized, placebo-controlled study (PILLAR). *BMC Geriatr*. 2020. 20(1), 109. doi:10.1186/s12877-020-1474-7.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: 2 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ

Nguyễn Văn Tuấn*, Mai Văn Đợi, Lâm Hoàng Huấn, Nguyễn Văn Cường, Phan Duy Quý, Phạm Văn Năng, JW Greve
Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
**Email: nvtuan@ctump.edu.vn*
Ngày nhận bài: 25/9/2023
Ngày phản biện: 22/10/2023
Ngày duyệt đăng: 06/11/2023

TÓM TẮT

Béo phì là một bệnh lí đa yếu tố và phức tạp bởi việc tăng lắng đọng mỡ và có liên quan đến một số bệnh lí không nhiễm trùng. Béo phì là nguy cơ của nhiều bệnh không nhiễm như rối loạn lipid máu, đái tháo đường, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, thoái hoá khớp, ung thư, và các vấn đề sức khoẻ khác. Điều trị béo phì bao gồm sự phối hợp, và tiếp cận từng bước gồm thay đổi lối sống và chế độ ăn, điều trị nội khoa và phẫu thuật ở những trường hợp có chỉ định. Phẫu thuật béo phì có nhiều phương pháp như nối tắt hỗng – hồi tràng, cắt bán phần dưới dạ dày, đặt vòng Fobi-Capella, phẫu thuật nối vị - tràng kiểu Roux-en-Y, phẫu thuật cắt dạ dày hình ống và các phương pháp khác, trong đó phẫu thuật Sleeve nội soi và nối vị - tràng kiểu Roux – en – Y là 2 phương pháp phổ biến nhất. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi bắt đầu phẫu thuật điều trị cho bệnh nhân béo phì từ năm 2023, đến nay đã có 2 trường hợp đã được điều trị phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp phẫu thuật điều trị béo phì bằng phương pháp Sleeve nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Từ khoá: *Béo phì, phẫu thuật Sleeve, điều trị béo phì, cắt dạ dày hình ống.*

ABTRACT

CLINICAL CASE REPORT: TWO CASES – BARIATRIC SURGERY

Nguyen Van Tuan, Mai Van Đoi, Lam Hoang Huan, Nguyen Van Cuong, Phan Duy Quy, Pham Van Nang, JW Greve*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Obesity is a multifactorial disorder that results in excessive adipose tissue accumulation and is associated with non-infectious diseases. Obesity is a factor in many diseases such as dyslipidemia, diabetes, arteriosclerosis, hypertension, cancer, and other health problems. Obesity management is a combination and step-by-step approach, including lifestyle modification, dietary change, medicine management, and surgery. Bariatric surgeries have many procedures, such as jejuno-ileal bypass, subtotal gastrectomy, Fobi-Capella gastric band, Roux-en-Y gastrojejunostomy, Sleeve procedure, and others. Sleeve procedures and Roux-en-Y gastrojejunostomy are more common and become standard for obesity management. At Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, we started surgical treatment for obese patients in 2023. Up to now, there have been 2 cases that have been treated with bariatric surgery. We report 2 cases of obesity that were managed with laparoscopic Sleeve procedures. Both cases have good results and effectiveness in weight loss.

Keywords: *Obesity, Sleeve surgery, obesity treatment, tubular gastric bypass.*

I. TỔNG QUAN

Béo phì là một bệnh lí đa yếu tố và phức tạp bởi việc tăng lắng đọng mỡ và có liên quan đến một số bệnh lí không nhiễm trùng. Béo phì là nguy cơ của nhiều bệnh không nhiễm như rối loạn lipid máu, đái tháo đường, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, thoái hoá khớp, ung thư, và các vấn đề sức khoẻ khác. Mức độ béo phì thường được đánh giá qua chỉ số khối cơ thể - BMI, được tính qua cân nặng và chiều cao. Phân loại dựa trên BMI thường có các nhóm thiếu cân, bình thường, thừa cân và béo phì. Do khác nhau về địa dư và thể chất, nên người châu Á và người Châu Âu hay Châu Mỹ có sự phân loại khác nhau.

Điều trị béo phì và rối loạn chuyển hoá cần phối hợp nhiều chuyên khoa, gồm thay đổi lối sống, điều trị nội khoa và phẫu thuật. Đối với phương pháp Sleeve nội soi, đòi hỏi phải có bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản, các phương tiện cầm máu, đặc biệt là các dao năng lượng và dụng cụ khâu nối tự động. Chúng tôi sử dụng 4 hoặc 5 trocar, trong đó 1 trocar để cho đèn soi, các trocar còn lại cho việc thao tác. Trong mổ, tiến hành di động bờ cong lớn của dạ dày, phẫu tích bắt đầu từ vị trí mạc nối lớn cách bờ cong lớn 5cm. Sau đó, chúng tôi giải phóng vùng tâm vị khỏi khe thực quản, tách khỏi trụ trái và trụ phải cơ hoành. Di động mặt sau của dạ dày sau khi đã giải phóng và di động mặt trước dạ dày. Tiến hành cắt dạ dày, tạo hình dạng ống bằng dụng cụ cắt – nội tự động. Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu và kết thúc cuộc mổ. Sau mổ, có thể gặp các biến chứng sớm như chảy máu, rò miệng nối, hay nhiễm trùng. Các biến chứng muộn có thể gặp hẹp, trào ngược dạ dày – thực quản, rối loạn dinh dưỡng …

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Case 1. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, vào viện vì tình trạng béo phì. Bệnh nhân có cân nặng là 86 kg, chiều cao 152cm với BMI (Body mass index) xấp xỉ 37,2 Kg/m^2, bệnh nhân được phân loại béo phì độ II theo phân loại của Hiệp hội đái tháo đường các nước châu Á (IDI & WPRO). Theo phương pháp Hawi, cân nặng lí tưởng của bệnh nhân (IBW – Ideal body weight) được ước tính theo chiều cao là 46 kg, thừa cân so với IBW là 20 kg [5]. Bệnh

nhân được siêu âm, ghi nhận tình trạng gan nhiễm mỡ, không ghi nhận bệnh lý đồng mắc khác, các giá trị xét nghiệm đều trong giá trị cho phép. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, với phương pháp phẫu thuật nội soi cắt dạ dày hình ống (Phẫu thuật Sleeve nội soi) với thời gian phẫu thuật là 100 phút, lượng máu mất trong mổ # 20 mL. Sau mổ bệnh nhân xuất hiện sau 4 ngày, tổng thời gian nằm viện là 6 ngày. Ghi nhận mức độ đau trung bình, VAS (Visual analog scale) 5 điểm vào ngày hậu phẫu 1, đau vết mổ nhẹ các ngày hậu phẫu còn lại. Thời gian có nhu động ruột (trung tiện sau mổ) vào ngày thứ 2. Một tháng sau mổ, bệnh nhân có cân nặng là 84 kg, giảm được 3 kg, ước tính 3,4% cân nặng. Sau hai tháng, bệnh nhân giảm thêm 4 kg, ước tính 8,3% cân nặng. Tháng thứ ba sau mổ, bệnh nhân giảm thêm 2 kg, giảm 2,5% cân nặng, cân nặng giảm chung sau 3 tháng là 10,3%. Tháng thứ tư sau mổ, bệnh nhân giảm thêm 3,5 kg, ước tính giảm thêm 4,5%, giảm tổng 12,5 kg, tỉ lệ là 14,4%. Kể từ tháng thứ năm sau mổ, mỗi tháng trung bình bệnh nhân giảm được 1 kg. Ngoài việc kiểm soát cân nặng, bệnh nhân cũng được chúng tôi theo dõi và tư vấn về chế độ ăn, luyện tập phù hợp. Theo quá trình theo dõi của chúng tôi, tính đến hiện tại sau mổ 6 tháng, bệnh nhân hiện có cân nặng là 72 Kg, chiều cao 152 với BMI là 31,1 Kg/m^2, ước tính phần trăm giảm cân theo thừa cân (%EBWL – Percent excess body weight loss) là 58,3%. Phần trăm giảm cân toàn bộ (%TWL – Percent total weight loss) là 19,4% và mức độ giảm BMI (%EBMIL – Percent body mass index loss) là 49,6%. Thời điểm 6 tháng sau mổ bệnh nhân giảm được 16,2% cân nặng. Bệnh nhân được thực hiện chế độ ăn theo tư vấn dinh dưỡng của bác sĩ chuyên khoa, không ghi nhận các biến chứng muộn sau mổ.

Case 2. Bệnh nhân nữ, 36 tuổi vào viện vì tình trạng béo phì và trào ngược dạ dày – thực quản. Bệnh nhân có cân nặng là 80Kg, chiều cao 158 cm, với BMI tính được là 32,05 Kg/m^2 bệnh nhân được phân loại béo phì độ II theo phân loại của IDI & WPRO dành cho người châu Á. Bệnh nhân có cân nặng lí tưởng là 51 Kg, thừa cân là 29 kg. Bệnh nhân được siêu âm, ghi nhận tình trạng gan nhiễm mỡ, các xét nghiệm trong giá trị bình thường, kèm thường xuyên có triệu chứng ợ nóng, trào ngược dịch dạ dày. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày hình ống (phương pháp Sleeve nội soi), với thời gian phẫu thuật là 165 phút, lượng máu mất # 25mL. Bệnh nhân nằm viện sau mổ là 6 ngày, tổng thời gian nằm viện là 9 ngày. Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Một tháng sau mổ, bệnh nhân có cân nặng là 76 kg, giảm 4 kg so với cân nặng trước mổ (5% cân nặng). Đến tháng thứ hai, bệnh nhân có cân nặng là 69 kg giảm thêm 7kg (9,2%), với tổng cân nặng giảm được là 13,75%. Ba tháng sau mổ, bệnh nhân giảm thêm được 2 kg, tổng cân nặng giảm được là 13 kg (ước tính 16,25%). Kể từ tháng thứ tư sau mổ, trung bình mỗi tháng bệnh nhân giảm được 2 kg. Bệnh nhân có tình trạng nôn ói, và ăn nhanh no trong 2 tháng đầu sau mổ, tình trạng này cải thiện khi bệnh nhân quen dần với chế độ ăn và luyện tập. Nhìn chung, sau mổ qua quá trình theo dõi và tái khám, ghi nhận bệnh nhân hiện có cân nặng là 58,7Kg, chiều cao 158 cm với BMI 23,5 Kg/m^2, bệnh nhân được ước tính phần trăm giảm cân theo thừa cân (%EBWL) là 73,4%. phần trăm giảm cân toàn bộ (%TWL) là 36,3% và mức độ giảm BMI (%EBMIL) là 121,09%. Sau 6 tháng, bệnh nhân giảm 26,7% cân nặng. Bệnh nhân được thực hiện chế độ ăn theo tư vấn dinh dưỡng của bác sĩ chuyên khoa, không ghi nhận các biến chứng muộn sau mổ.

Trong 2 trường hợp phẫu thuật của chúng tôi, tỉ lệ giảm cân sau mổ (thời điểm 6 tháng) lần lượt là 20kg và 29kg. Qua thời gian theo dõi, cả 2 bệnh nhân có diễn tiến giảm cân sau mổ ổn định, các vấn đề sau mổ như nuốt nghẹn không ghi nhận, đồng thời tình trạng trào ngược dạ dày thực quản và ăn nhanh no cải thiện dần.

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị béo phì hiện nay có ưu thế hơn bên cạnh điều trị thay đổi lối sống và điều trị nội khoa ở những trường hợp béo phì. Theo Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kì (CDC – Centers for Disease Control and Prevention) xác định "Cân nặng cao hơn mức chuẩn so với chiều cao thì được xem là thừa cân hay béo phì". Theo WHO (World Health Organization), thừa cân và béo phì được định nghĩa là sự tích trữ mỡ bất thường hay quá mức mà có thể gây suy giảm sức khoẻ. Tuy nhiên, WHO hay CDC đều công nhận béo phì là một bệnh lí mạn tính đang tăng dần về tỉ lệ mắc ở người lớn, trẻ vị thành niên, hay trẻ em và được xem là một vấn nạn toàn cầu **[9]**. Béo phì mức độ nặng (BMI >= 35 kg/m^2) liên quan đến tăng nguy cơ ung thư, và các bệnh lí mạn tính khác, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và giảm kỳ vọng sống từ 5 – 20 năm [12]. Trong nghiên cứu này, 2 bệnh nhân của chúng tôi, có một bệnh nhân có triệu chứng của trào ngược dạ dày – thực quản, cả 2 bệnh nhân đều có tình trạng gan nhiễm mỡ (được phát hiện qua siêu âm).

Theo số liệu thống kê, có hơn 2,6 tỷ người đang đối mặt với tăng cân và béo phì vào năm 2022, và con số này được ước đoán là hơn 4 tỷ người vào năm 2035 **[1]**. Theo Hiệp hội phẫu thuật giảm béo và hội chứng chuyển hoá thế giới (IFSO), khoảng 340 000 phẫu thuật giảm béo được thực hiện năm 2008, và năm 2016 tăng gấp 2 lần với trên 680 000 trường hợp được phẫu thuật, trong đó hầu hết là phẫu thuật nội soi [4]. Đến nay, nhiều phương pháp phẫu thuật giảm béo được thực hiện, như nối tắt hỗng – hồi tràng, cắt bán phần dưới dạ dày, đặt vòng Fobi- Capella, phẫu thuật nối vị - tràng kiểu Roux-en-Y, phẫu thuật cắt dạ dày hình ống (Phẫu thuật Sleeve), và nhiều phương pháp khác [9]. Cùng với phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi dần thay thế mổ mở trong các phẫu thuật giảm béo. Ngày nay, phẫu thuật giảm béo có 2 phương pháp thường được thực hiện và xem là phẫu thuật tiêu chuẩn: phẫu thuật Sleeve và phẫu thuật nối tắt dạ dày Roux – en – Y. Riêng ở Hoa Kỳ, có 122 056 phẫu thuật Sleeve nội soi được thực hiện năm 2020, chiếm 58,8% tổng số phẫu thuật giảm béo. Con số này tăng 15% so với 2015 và 334% so với năm 2011 [7]. Theo tác giả Peterli và cs (2018), với 217 bệnh nhân béo phì được phẫu thuật Sleeve nội soi và nối tắt kiểu Roux-en-Y nội soi, không khác biệt về giảm BMI sau 5 năm phẫu thuật. Ngoài ra, đối với những bệnh nhân có kèm theo rối loạn lipid máu và đái tháo đường type II, điều giảm và ổn định bệnh lí kèm theo sau mổ, tuy nhiên có ngoại lệ là bệnh trào ngược dạ dày – thực quản, thường đạt được ổn định hơn sau phẫu thuật nối tắt kiểu Roux-en-Y so với phẫu thuật Sleeve nội soi. Đồng thời, tình trạng trào ngược dạ dày thực quản có thể nặng hơn sau phẫu thuật sleeve nội soi. Không có khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân trong cải thiện chất lượng cuộc sống, hay việc can thiệp lại hay mổ lại [10]. Theo Gagner và cs (2016), theo dõi sau 5 năm, bệnh nhân giảm trung bình 60,5% cân nặng và đạt được BMI là 30,2 Kg/m^2 [4]. Hai trường hợp được phẫu thuật của chúng tôi, mức độ giảm cân sau mổ lần lượt là 20 Kg và 29 Kg, theo dõi 6 tháng sau mổ, bệnh nhân giảm được 16,2% và 26,7%. Nghiên cứu của các tác giả Ireland (2018), khảo sát thay đổi sau phẫu thuật Sleeve, bao gồm giảm cân đáng kể (lên đến 80% cân nặng, và giảm hơn 10% so với nối tắt kiểu Roux-en-Y nội soi), kiểm soát %EWL trong thời gian dài, giảm tình trạng đói, thay đổi chế độ ăn, và tăng mức tiêu thụ năng lượng [11]. Trong các loạt nghiên cứu gần đây, tỉ lệ tử vong chung của phẫu thuật Sleeve nội soi xấp xỉ 0 đến 1,2%, tỉ lệ biến chứng chung là 0 đến 17,5%. Dựa trên một số liệu thống kê, tỉ lệ tử vong 30 ngày sau phẫu thuật Sleeve nội soi là 0,11%, thấp hơn so với nối tắt kiểu Roux-en-Y nội soi (0,14%) hay mổ hở (0,71%), nhưng lại cao hơn phẫu thuật nội soi đặt vòng dạ dày (0,05%) [4]. Dữ liệu của 130,000 bệnh nhân từ Chương

trình cải thiện chất lượng và chứng nhận phẫu thuật chuyển hóa và phẫu thuật giảm cân (MBSAQIP – Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program) cho thấy phẫu thuật Sleeve nội soi chiếm ½ tỉ lệ tử vong điều chỉnh theo nguy cơ (0.1% so với 0.2%), biến chứng nặng (5.8% so với 11.7%), và rò miệng nối (0.8% so với 1.6%) trong vòng 30 ngày đầu so với nối tắt kiểu Roux-en-Y nội soi. Trong nghiên cứu của Alvarenga (2016), 1000 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật Sleeve nội soi, biến chứng sớm sau mổ bao gồm rò 0.1%, hẹp miệng nối 0.1% và chảy máu không cần can thiệp lại 3%. Biến chứng muộn bao gồm hẹp miệng nối 0.49% và trào ngược dạ dày thực quản 6% [1]. Trong 2 trường hợp của chúng tôi, không ghi nhận biến chứng hay tử vong sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Béo phì được coi là một vấn đề toàn cầu hiện nay, cùng với sự phát triển của xã hội. Việc điều trị béo phì đôi khi cần phối hợp đa mô thức gồm thay đổi lối sống, nội khoa và ngoại khoa. Phẫu thuật điều trị béo phì ngày càng trở nên phổ biến cùng với điều trị nội khoa mang lại những hiệu quả tốt trong điều trị béo phì. Phẫu thuật Sleeve nội soi mang lại hiệu quả giảm cân tốt, tính an toàn với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alvarenga ES, Lo Menzo E, Szomstein S, Rosenthal RJ. Safety and efficacy of 1020 consecutive laparoscopic sleeve gastrectomies performed as a primary treatment modality for morbid obesity. A single-center experience from the metabolic and bariatric surgical accreditation quality and improvement program. Surg Endosc 2016; 30:2673.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Overweight and obesity: Adult obesity facts. Available at: https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html
3. Clapp B, Ponce J, DeMaria E, et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery 2020 estimate of metabolic and bariatric procedures performed in the United States. Surg Obes Relat Dis 2022; 18:1134.
4. Gagner M, Hutchinson C, Rosenthal R. Fifth International Consensus Conference: current status of sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis 2016; 12:750.
5. Hamwi, G.J. (1964) Therapy: changing dietary concepts. New York: American Diabetes Association; 1964
6. Hutter MM, Schirmer BD, Jones DB, et al. First report from the American College of Surgeons Bariatric Surgery Center Network: laparoscopic sleeve gastrectomy has morbidity and effectiveness positioned between the band and the bypass. Ann Surg 2011; 254:410
7. Ichikawa, H., Imoto, H., Tanaka, N. *et al.* Efficacy of laparoscopic sleeve gastrectomy for patient with morbid obesity and type 1 diabetes mellitus: a case report. *surg case rep* **7**, 7 (2021).
8. Kheirvari M, Dadkhah Nikroo N, Jaafarinejad H, Farsimadan M, Eshghjoo S, Hosseini S, Anbara T. The advantages and disadvantages of sleeve gastrectomy; clinical laboratory to bedside review. Heliyon. 2020 Feb 29;6(2):e03496.
9. Faria GR. A brief history of bariatric surgery. Porto Biomed J. 2017 May-Jun;2(3):90-92.
10. Peterli R, Wölnerhanssen BK, Peters T, Vetter D, Kröll D, Borbély Y, Schultes B, Beglinger C, Drewe J, Schiesser M, Nett P, Bueter M. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients With Morbid Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018 Jan 16;319(3):255-265.
11. Sinclair, P., Brennan, D.J. & le Roux, C.W. Gut adaptation after metabolic surgery and its influences on the brain, liver and cancer. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* **15**, 606–624 (2018).
12. Ward ZJ, Bleich SN, Cradock AL, et al. Projected U.S. State-Level Prevalence of Adult Obesity and Severe Obesity. N Engl J Med 2019; 381:2440