

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ QUỐC PHÒNG**
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

PHẠM VŨ HÙNG

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM TRUNG THẤT DO THỦNG
THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC**

Ngành: NGOẠI TIÊU HOÁ

Mã số: 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội – 2022

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Đức Chính
2. TS. Nguyễn Thanh Tâm

Phản biện:

- 1.
- 2.
- 3.

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Viện họp tại: Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108.

Vào hồi giờ ngày tháng năm 2022

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia Việt Nam
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Phạm Vũ Hùng, Nguyễn Đức Chính, Nguyễn Thanh Tâm, Trần Tuấn Anh, Đào Văn Hiếu, Nguyễn Minh Kỳ, Trần Tiến Anh Phát (2022)**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng áp xe trung thất do thủng thực quản điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, *Y Dược học Lâm sàng 108 tập 17 số 3 trang 65-71*.
2. **Phạm Vũ Hùng, Nguyễn Đức Chính, Nguyễn Thanh Tâm, Trần Tuấn Anh, Đào Văn Hiếu, Nguyễn Minh Kỳ, Trần Tiến Anh Phát (2022)**, Kết quả điều trị phẫu thuật áp xe trung thất do thủng thực quản tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, *Y Dược học Lâm sàng 108, tập 17 số 3, trang 76-81*.
3. **Phạm Vũ Hùng, Nguyễn Đức Chính (2018)**, Xử lý biến chứng áp xe trung thất do thủng thực quản – Kinh nghiệm qua 33 trường hợp điều trị tại Bệnh viện Việt Đức, *Y Dược học Lâm sàng 108, tập 13 số đặc biệt 9, tr 330-335*.

1. Tính cấp thiết của đề tài

Viêm trung thất là bệnh lý nhiễm khuẩn nặng, hiểm gặp của tổ chức liên kết vùng cổ lan xuống trung thất do nhiều loại vi khuẩn, 90% nguyên nhân do thủng thực quản và tỉ lệ tử vong rất cao.

Từ khi mới phát hiện lần đầu năm 1938 của Herman EP viêm trung thất được coi là bệnh nan y, cho đến khi bệnh đã được chẩn đoán xác định năm 1983 của Estera AS và phân độ nặng bệnh năm 1999 của Endo S thì việc chẩn đoán và điều trị bệnh có tiến triển rõ rệt nhưng tỉ lệ tử vong do bệnh vẫn ở mức cao 40%.

Viêm trung thất do thủng thực quản có 3 nguyên nhân là chấn thương, tai biến y khoa và bệnh lý. Bệnh nhân thường được phát hiện muộn khi đến viện đã có những biến chứng nặng nguy kịch như sốc mất máu, sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng. Do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đúng cách viêm trung thất cùng với xử lý tốt thương tổn thực quản là vấn đề rất quan trọng và cần thiết để cải thiện việc điều trị và giảm tỉ lệ tử vong.

Làm sao chẩn đoán xác định sớm viêm trung thất và làm thế nào để tiếp cận và dẫn lưu mũ trung thất triệt để? Có nên xử lý thực quản ngay thì đầu trong cấp cứu hay không? và với kỹ thuật/phương pháp nào? Hồi sức bệnh nhân sau mổ như thế nào? Vi khuẩn gây bệnh và chiến lược kháng sinh phù hợp là những câu hỏi vẫn còn để ngỏ. Tại Việt nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy đề tài có tính thời sự, có ý nghĩa khoa học và ý nghĩa thực tiễn lâm sàng.

2. Đóng góp mới của luận án

Luận án cho thấy rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm trung thất do thủng thực quản từ đó đánh giá kết quả điều trị bệnh tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

3. Mục tiêu nghiên cứu

- 1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm trung thất do thủng thực quản.***
- 2. Đánh giá kết quả điều trị viêm trung thất do thủng thực quản được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.***

4. Bố cục của luận án

Bố cục của luận án: Luận án 129 trang gồm: Đặt vấn đề (2 trang), chương 1: Tổng quan (38 trang), chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (23 trang), chương 3: Kết quả nghiên cứu (30 trang), chương 4: Bàn luận (32 trang), kết luận (2 trang). Trong luận án có: 38 bảng, 6 biểu đồ, 1 sơ đồ, 32 hình. Luận án có 125 tài liệu tham khảo, trong đó 12 tiếng Việt, 106 tiếng Anh, 7 tiếng Pháp.

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm trung thất do thủng TQ

1.1.1. Lâm sàng.

Tiền sử: Bệnh nhân có tiền sử chấn thương, hóc xương dị vật, ho nôn nhiều, sau soi thực quản (TQ) có can thiệp, mổ nẹp vis cột sống cổ...

Toàn thân: Sốt môi khô lưỡi bản vè mặt hốc hác, có thể suy kiệt nặng bệnh nhân có thể có tụt nhiệt độ khi sốc nhiễm khuẩn.

Cơ năng: Đau cổ, đau ngực khó thở, nuốt khó, ho nôn máu.

Thực thể: Sưng cổ, ấn máng cánh đau, lọc cọc thanh quản-cột sống giảm hoặc mất, tràn khí dưới da cổ, rì rào phế nang phổi giảm

1.1.2. Cận lâm sàng.

Chẩn đoán hình ảnh

X quang thường: Hình dị vật, mất đường cong sinh lý, dày phần mềm trước cột sống, trung thất giãn rộng, dịch khí TT, dịch màng phổi.

Chụp TQ uống cản quang: Xác định vị trí và tổn thương thực quản.

Cắt lớp vi tính: Hình dị vật, dịch khí trung thất, giảm tỉ trọng, thoát thuốc cản quang ra ngoài TQ, mất liên tục của thực quản.

Nội soi: Đánh giá vị trí kích thước lỗ thủng, khả năng lấy được dị vật và can thiệp lỗ thủng TQ sớm như stent, cặp clip, xác định vị trí nguy hiểm của lỗ thủng TQ gây tổn thương động mạch chủ.

Xét nghiệm: Số lượng bạch cầu tăng, trung tính tăng, procalcitonin tăng, có thể giảm HC, HST do mất máu.

Vi khuẩn học: Xác định loại vi khuẩn, kháng sinh đồ.

1.2. Chẩn đoán viêm trung thất do thủng thực quản

Chẩn đoán xác định

Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán Estera AS 1983 gồm:

- Dấu hiệu nhiễm khuẩn nặng trên lâm sàng,
- Hình ảnh điển hình trên cắt lớp vi tính,
- Bằng chứng viêm trung thất qua phẫu thuật hoặc pháp y,
- Mối liên hệ giữa bệnh lý hầu họng, TQ và tiến triển của ổ viêm.

Chẩn đoán độ nặng do lan tỏa ổ mũ trung thất theo Endo S 1999 gồm type I ổ viêm ở trung thất trên, type IIA ổ viêm lan xuống trung thất trước, type IIB ổ viêm lan toàn bộ trung thất.

Chẩn đoán viêm trung thất gồm xác định ổ viêm và phân độ nặng gồm: Tiền sử có hóc dị vật, có can thiệp vào TQ hay đau sau ho, nôn nhiều. Lâm sàng điển hình sốt, nuốt khó sưng đau cổ ngực, khó thở, tràn khí dưới da hay mất lọc cọc thanh quản cột sống...

Chẩn đoán hình ảnh (XQ, nội soi), CLVT thấy dị vật, dịch khí trung thất, giảm tỉ trọng, dịch màng phổi, thương tổn mạch kèm theo.

1.3. Điều trị viêm trung thất do thủng thực quản.

Dẫn lưu mũ: Type I mở dẫn lưu đường cổ 1 bên hay 2 bên. Type IIA mở dẫn lưu cổ ngực phối hợp, type IIB mở ngực dẫn lưu.

Xử lý thương tổn thực quản: Tùy theo thời gian từ lúc bị thương tổn đến lúc khám, vị trí, mức độ thương tổn TQ, tình trạng người bệnh:

Theo thời gian từ lúc bị bệnh đến lúc khám: Người bệnh đến sớm, mũ khu trú có thể can thiệp ít xâm lấn như đặt stent, trám keo sinh học.

Theo độ tổn thương: Thủng lớn (hội chứng Boerhaave) can thiệp phẫu thuật để khâu trên Kehr hoặc trám lỗ rách: cơ gian sườn, màng phổi.

Theo vị trí tổn thương: Tổn thương TQ trên ngã ba khí phế quản có thể can thiệp ít xâm lấn như đặt stent, kẹp clip, trám keo sinh học. Vị trí ở 1/3 dưới phải phẫu thuật do nguy cơ viêm phúc mạc.

Theo thể trạng người bệnh: Đến khám trong tình trạng nhiễm khuẩn nặng, nguy cơ TV cao, can thiệp tối thiểu để cứu người bệnh.

Cách ly lỗ thủng TQ bằng mở thông dạ dày hay mở thông hồng tràng. Việc điều trị VTT (viêm trung thất) cần phải phối hợp nhiều chuyên khoa hồi sức, nội soi và phẫu thuật viên tim mạch, tiêu hóa.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

40 bệnh nhân điều trị viêm trung thất do thủng thực quản tại BV Hữu nghị Việt Đức từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 9 năm 2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân nam nữ mọi lứa tuổi đủ tiêu chuẩn:
- Thủng TQ quan sát trong mổ, nội soi hay CLVT có thoát thuốc
- Viêm trung thất quan sát trong mổ, vi khuẩn, lâm sàng, cận lâm sàng có hội chứng nhiễm khuẩn và CLVT có hình ảnh điển hình;
- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có VTT không do thủng thực quản.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, theo dõi dọc không đối chứng.

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và các phần mềm thống kê Y học khác để phân tích số liệu thu thập được.

2.3. Quy trình chẩn đoán, điều trị viêm trung thất thủng thực quản

*** Tiền sử bệnh:** Tiền sử chấn thương, hóc xương. Sau can thiệp TQ, phẫu thuật nẹp cột sống hay ho mạnh nôn nhiều đau ngực, khó thở.

*** Lâm sàng**

Dấu hiệu cơ năng: Đau sưng vùng cổ, sốt nóng, sốt rét, khó thở, ho. Đau ngực vùng sau xương ức, khạc ho máu đỏ tươi.

Dấu hiệu thực thể: Cổ sưng nề đỏ, tràn khí dưới da cổ ngực, mất dấu hiệu TQ-CS.

Khám ngực: Rì rào phế nang giảm khi có biến chứng tràn mủ màng phổi, tiếng tim mờ khi có tràn mủ màng tim, khó thở nhanh nông.

* Cận lâm sàng

Chẩn đoán hình ảnh :

Nội soi tiêu hóa cấp cứu : Đánh giá vị trí và mức độ tổn thương, nguyên nhân gây tổn thương : Xương, dị vật.

Chụp X quang thường: Tìm dấu hiệu: Dị vật, tràn khí dưới da vùng cổ ngực, trung thất rộng, khí - dịch trung thất

Biến chứng: Tràn dịch màng tim, màng phổi, ổ cận màng phổi.

Cắt lớp vi tính: Xác định dị vật, xác định mức độ VTT (theo Endo S):

Viêm trung thất type I: Tổn thương ở trên ngã ba khí phế quản.

Viêm trung thất type IIA: Tổn thương lan xuống phần thấp TT trước.

Viêm trung thất type IIB: Tổn thương lan tỏa cả trước và sau TT dưới.

Xquang có thuốc cản quang xác định vị trí và mức độ tổn thương.

Xét nghiệm máu: HC, HST, He giảm do thiếu máu, tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Procalcitonin tăng do nhiễm khuẩn, sinh hóa máu rối loạn chức năng gan thận do suy tạng

Xét nghiệm vi sinh: Lấy mẫu, phân lập vi khuẩn, kháng sinh đồ.

2.3.2. Điều trị

* Nội khoa:

Chỉ định khi BN đến toàn trạng tốt, không có biến loạn về huyết động hay dấu hiệu nhiễm khuẩn nặng, CLVT thấy ổ viêm khu trú. Có thể dẫn lưu mũ qua siêu âm hay nội soi, kết hợp điều trị KS phổ rộng và theo dõi sát.

* Ngoại khoa

Dẫn lưu mũ

- *Dẫn lưu ổ mũ cổ:* Áp dụng cho VTT type I hoặc type IIA. Đường rạch cổ chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm đi vào khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để vào ổ áp xe.

- *Dẫn lưu mũ đường ngực:* Dẫn lưu ngực hoặc mở ngực bên tổn thương vào khoang ngực tìm ổ mũ phá bỏ, bơm rửa sạch, dẫn lưu.

- *Phẫu thuật mở ngực có nội soi hỗ trợ (VATs)* làm sạch ổ viêm có nhiều lợi ích vì đi vào trong sâu khoang ngực, tiếp cận ổ mũ và có thể xử lý tổn thương thực quản cùng lúc.

Xử trí thương tổn thực quản :

- Đối với thủng TQ cổ : Nếu ổ viêm khu trú, mép lỗ thủng sạch có thể khâu TQ 1 lớp hoặc 2 lớp và đặt dẫn lưu. Tổn thương lớn cắt đôi TQ cổ ngang dưới tuyến giáp, đóng đầu dưới đầu trên đưa ra cổ bên trái.
- Tổn thương TQ trong ngực thì qua mở ngực : đánh giá tổn thương TQ có thể khâu và tăng cường. Tổn thương lớn tổ chức mũn nát có thể khâu TQ trên Kehr hoặc không khâu thực quản đặt dẫn lưu.

Xử lý các biến chứng:

Những trường hợp thủng TQ gây tổn thương mạch: khâu, đặt stent graft tùy vị trí và mức độ tổn thương mạch máu.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.1. Lâm sàng và cận lâm sàng

2.4.1.1. Đặc điểm chung

- Tuổi:
- Giới: Nam và nữ.
- Lý do vào viện
- Nguyên nhân và vị trí thủng thực quản

2.4.1.2. Lâm sàng và cận lâm sàng

* **Lâm sàng:** Sốt, đau cổ đau ngực nuốt đau khó thở, nôn, ho mủ, máu. Sung cổ, mất lọc cọc TQ-CS, đau máng cảnh, tràn khí dưới da cổ, ngực, rì rào phế nang phổi giảm, tiếng tim mờ.

* **Cận lâm sàng:** X quang, cắt lớp vi tính cổ ngực, nội soi thực quản, xét nghiệm huyết học, sinh hoá, vi sinh

2.4.2. Kết quả điều trị viêm trung thất do thủng thực quản.

2.4.2.1. Nội khoa

Chỉ định khi BN đến sớm, ổ viêm khu trú, thương tổn TQ nhỏ, toàn trạng bệnh nhân tốt có điều kiện theo dõi, hồi sức và phẫu thuật.

Nếu kích thước ổ mũ dưới 3 cm thì dẫn lưu dưới siêu âm kết hợp đặt stent thực quản, kẹp clip hay trám bằng keo sinh học hoặc đặt E-Vac hút liên tục qua lỗ thủng TQ kết hợp điều trị kháng sinh phổ rộng.

2.4.2.2. Ngoại khoa

* **Trong mổ:** Các phương pháp phẫu thuật:

- *Dẫn lưu mũ đơn thuần*: Đường cổ, đường ngực hay cả cổ và ngực.
- *Mở cổ khâu thực quản đơn thuần*: Bên phải, trái hay cả hai bên.
- Mở ngực khâu TQ đơn thuần hay khâu trên Kehr + dẫn lưu
- Nội soi ngực khâu TQ dẫn lưu.
- Mở ngực dẫn lưu đặt stent graft hay khâu động mạch cảnh.
- *Phương pháp lấy dị vật TQ*: Soi lấy hay mở cổ hoặc ngực lấy dị vật.
- *Cô lập lỗ thủng thực quản*: Mở thông dạ dày, hồng tràng.

Chú ý đặt dẫn lưu ổ viêm mũ trung thất đặt hệ thống hút rửa hàng ngày bằng dung dịch NaCl 0,9% đến khi hết vi khuẩn (dịch rửa trong, xét nghiệm dịch rửa không còn vi khuẩn): Số ngày lưu dịch rửa.

Tai biến: Tồn thương mạch xác định chảy máu → khâu, ghép mạch.

Tồn thương khí quản xác định tồn thương khâu lại.

*** Kết quả sớm.**

Thời gian nằm viện : Là thời gian từ khi BN vào viện đến khi ra viện.

Thời gian rút dẫn lưu : Đánh giá lâm sàng và số lượng quyết định rút.

Đánh giá liền sẹo TQ bằng nội soi ống mềm TQ, chụp TQ có uống thuốc cản quang hay CLVT.

Đánh giá chức năng hô hấp bằng mức độ khó thở của BN và rối loạn thông khí.

Đánh giá khả năng hoạt động thể lực : Làm được việc hay không.

Biến chứng sau mổ.

Biến chứng hô hấp: Viêm phổi, xẹp phổi, ổ cận hoặc ổ mũ ngực lan tỏa. Kết quả khỏi, tử vong, di chứng

Rò tiêu hóa: Chẩn đoán, xác định tính chất phân độ rò

Tử vong sau mổ: Nhận định, xác định các yếu tố nguy cơ gây tử vong

Các biến chứng khác:

- Chảy máu giả thành ĐMC, tổn thương mạch cảnh, ĐM dưới đòn trái

- Sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng là từ 2 tạng trở lên suy:

Điều trị: Hồi sức tích cực

Kết quả: Khỏi, tử vong, di chứng.

Kết quả xa: Kiểm tra định kỳ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

Đánh giá chức năng hô hấp, liền tổn thương TQ, hoạt động thể lực

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Theo dõi 40 bệnh nhân (82,5% nam), người lớn 92,5% tuổi trung bình $48,5 \pm 17,47$. Nguyên nhân 80% do chấn thương 20% do bệnh lý
 - Lý do vào viện chủ yếu sốt và sung cổ. BN đến sau 3 ngày chiếm 72,5%. Thủng TQ do dị vật xương gà phần lớn thường bị ở cổ 70%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng

3.2.1. Lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng		Số BN (n=40)	Tỉ lệ %
Cơ năng	Sốt	30	75,0
	Đau cổ	24	60,0
	Đau ngực	17	42,5
	Khó thở	30	75,0
	Nuốt khó	14	35,0
	Ho nhiều	14	35,0
	Nôn máu	2	5,0
Thực thể	Sung cổ	25	62,5
	Mất lọc cọc TQ-CS	21	52,5
	Đau máng cảnh	19	47,5
	Tràn khí dưới da cổ	20	50,0
	RRFN phổi giảm	13	32,5

Nhận xét: sốt, khó thở 75%, đau cổ 60%, mất lọc cọc TQ-CS 52,5%.

3.2.2. Cận lâm sàng

3.2.2.1. Hình ảnh X quang và cắt lớp vi tính viêm trung thất

Bảng 3.2. Hình ảnh X quang của viêm trung thất

Hình ảnh X quang	Số BN (n=40)	Tỉ lệ %
Dị vật cản quang	11	27,5
Dày phần mềm trước cột sống cổ	21	52,5
Mức nước hơi trung thất	22	55
Trung thất giãn rộng	14	35,0
Tràn dịch màng phổi	11	27,5

Nhận xét : Dị vật phát hiện trên X quang 11/17 BN (64,7%), hình mức nước hơi trung thất 55% và dày phần mềm trước cột sống 52,5%.

Bảng 3.3. Hình ảnh cắt lớp vi tính của viêm trung thất

Hình ảnh cắt lớp vi tính	Số BN (n=40)	Tỉ lệ %
Dị vật	15	37,5
Thâm nhiễm giảm tỉ trọng	38	95,0
Dịch khí trung thất	39	97,5
Dịch màng phổi	18	45,0
Thực quản mất liên tục	8	25,0
Thoát thuốc cản quang ra ngoài TQ	22	55,0
Tổn thương quai ĐMC	3	7,5

Nhận xét : Dị vật trên CLVT 15/17 BN (88,2%), hình ảnh thâm nhiễm, dịch khí TT 38 BN (95%), TQ mất liên tục 8 BN (25%). Thoát thuốc cản quang ra ngoài TQ có 22 BN (55%).

3.2.2.2. Vị trí và phân độ tổn thương thực quản qua nội soi.

Hay gặp nhất 1/3 trên TQ chiếm 70%. 1/3 giữa 12,5%, 1/3 dưới 17,5%.

3.2.2.3. Phân độ tổn thương thực quản

Bảng 3.4. Phân độ tổn thương TQ theo AAST

Mức độ tổn thương	Số BN (n = 40)	Tỉ lệ %
Độ I	1	2,5
Độ II	21	52,5
Độ III	15	37,5
Độ IV	2	5,0
Độ V	1	2,5

Nhận xét: Tổn thương độ II 21BN (52,5%), độ III 15 BN (37,5%).

3.2.2.4. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa

- Bạch cầu tăng: 35 BN (87,5%). Bạch cầu > 12000 có 25 BN 62,5%. Procalcitonin cao 100%, trên 2 ng/ml là 57,1%. Đường huyết cao 20%

3.2.2.5. Xét nghiệm vi khuẩn

Cấy vi khuẩn có 62,5% mọc vi khuẩn

Bảng 3.5. Loại vi khuẩn phân lập được

Tên Vi khuẩn	n = 25
Ái khí Gram (+): <i>Streptococcus sp</i>	11
(84%) <i>Enterococcus faecalis</i>	6
<i>Staphylococcus sp</i>	4
Ái khí Gram (-): <i>Acinetobacter baumannii</i>	6
(60%) <i>Burkholderia cepacia</i>	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2
<i>Citobacter diversus</i>	1
Kỵ khí Gram (+) <i>Peptostreptococcus</i>	2
Kỵ khí Gram (-) <i>Prevotella</i>	2
Nấm <i>Candida species</i>	6

Nhận xét : Gram (+) ái khí chiếm đa số 84% đa số là *Streptococcus species* 44%, *Enterococcus sp* 31,6%. Gram (-) ái khí chiếm 60%, phổ biến *Acinetobacter baumannii* chiếm 24%, *Candida species* chiếm 24%.

3.3. Kết quả điều trị viêm trung thất do thủng thực quản.

3.3.1. Nội khoa.

Bảng 3.6. Kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm

Tên loại kháng sinh	n=40	Tỉ lệ %
Metronidazol+ Cephalosporin 3	21	52,5
Metronidazol+Cephalosporin 3+Quinolon	13	32,5
Metronidazol + Carbapenem + Quinolon	6	15

Nhận xét: Kháng sinh dùng nhiều Metronidazol + Cephalosporin 52,5%. Tiếp theo Metronidazol + Cephalosporin thế hệ 3 + nhóm Quinolon 32,5%, trường hợp nặng có kết hợp Carbapenem 15%.

Bảng 3.7. Kháng sinh sử dụng theo kháng sinh đồ

Kháng sinh	n =25	Tỉ lệ %
Metronidazol + Carbapenem + Quinolon	9	28
Metronidazol + Carbapenem	3	16
Metronidazol + Cephalosporin 3	4	24
Metronidazol + Cephalosporin 3 + Quinolon	5	20
Metronidazol + Colistin + Quinolon	3	12

Nhận xét: Nhiều nhất là Metronidazole + Carbapenem 12 BN (44%). Tiếp theo Metronidazol + Cephalosporin 3 là 24%. BN dùng 2 loại KS 47,5%, 3 loại KS (40%), 4 loại KS 12,5%.

3.3.2. Điều trị ngoại khoa.

Tổng số 39 trường hợp điều trị phẫu thuật, 1 BN điều trị nội khoa.

*Các phương pháp phẫu thuật.

Bảng 3.8. Các phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật	n=39	(%)
Mở cổ trái khâu thực quản đơn thuần	4	10
Dẫn lưu mũ đơn thuần	26	66,7
+ Đường cổ	16	41,0
+ Đường cổ + ngực	6	15,4
+ Đường ngực	4	10,3
Mở ngực khâu thực quản + dẫn lưu ngực	2	5,2
Mở ngực khâu TQ trên Kehr + dẫn lưu ngực	2	5,2
+ Mở ngực phải	0	0
+ Mở ngực trái	2	5,2
Nội soi ngực khâu thực quản + dẫn lưu ngực	1	2,6
Mở dẫn lưu ngực + đặt Stent Graft	2	5,1
Mở dẫn lưu ngực + khâu ĐM cánh	2	5,1

Nhận xét : Dẫn lưu mũ đơn thuần 66,7% ; Khâu TQ ngực 12,8% ; Khâu TQ cổ, ngực đều 10,3% ; Dẫn lưu đường cổ đơn thuần 41%, cổ kết hợp ngực 15,4%.

* Kết quả nội soi lấy dị vật

Bảng 3.9. Kết quả nội soi lấy dị vật

Vị trí Bản chất	Thực quản cổ	Thực quản ngực	Số BN (n=23)	Tỉ lệ %
Xương gà	8	2	10	43,5
Xương cá	5	2	7	30,4
Xương lợn	1	0	1	4,3
Dị vật tù	2	0	2	8,6
Dị vật sắc nhọn	3	0	3	12,9
Tổng n	19	4	23	
%	82,6	17,4		100,0

Nhận xét : Dị vật soi lấy được nhiều nhất là xương động vật (gà, cá, lợn) 18 BN (78,3%). Dị vật nhiều nhất ở TQ cổ 19 BN (82,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

*** Phương pháp lấy dị vật thực quản**

Bảng 3.10. Phương pháp lấy dị vật thực quản

Phương pháp lấy dị vật	Số BN (n =31)	Tỉ lệ %
Qua nội soi thực quản	23	74,2
Mở cạnh cổ	7	22,6
Mở lồng ngực	1	3,2

Nhận xét : Lấy dị vật chủ yếu bằng soi gấp dị vật 23 BN (74,2%). Mở cạnh cổ lấy dị vật có 7 BN (22,6%).

*** Cách ly lỗ thủng thực quản :**

- Mở thông dạ dày phương pháp Fontan có 21 BN chiếm 53,8%.
- Mở thông hồng tràng theo phương pháp Wizel có 9 BN chiếm 23,1%.

3.3.3. Kết quả sớm.

3.3.3.1. Thời gian điều trị

- Thời gian nằm viện trung bình VTT type I là $14,4 \pm 2,35$ ngày.
- Thời gian nằm viện trung bình VTT type II là $22 \pm 10,18$ ngày.
- Thời gian nằm viện chung của type I và type II là $16,8 \pm 10,6$ ngày.

***Nhận xét :** Type II ổ mù ở sâu trong ngực nên bệnh diễn biến nặng hơn, dẫn lưu mù khó khăn hơn có khi phải mổ nhiều lần nên thời gian nằm viện dài.

Liên quan thời gian khởi bệnh khi vào viện với thời gian nằm viện

Bảng 3.11. Liên quan thời gian khởi bệnh và thời gian nằm viện

Thời gian khởi bệnh (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)
1 <	$13,25 \pm 4,5$
2 - 3	$16,7 \pm 11,17$
4 - 7	$19,5 \pm 7,5$
> 7	$21,25 \pm 14,1$

Nhận xét: Bệnh nhân đến sớm trước 1 ngày thì thời gian nằm viện ngắn $13,25 \pm 4,5$ ngày nếu đến chậm sau 7 ngày thời gian nằm viện lên đến $21,25 \pm 14,1$ ngày

3.3.3.2. Biến chứng

Biến chứng hô hấp: Nghiên cứu có 03 bệnh nhân (7,5%) biến chứng hô hấp sau mổ trong đó có 2 bệnh nhân tràn dịch màng phổi bên trái. Cả 3 bệnh nhân đều có bệnh phổi hợp và bệnh nhân nhi 4 tuổi.

Chảy máu: Chúng tôi có 2 BN mổ cắt nối mạch cảnh bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều, cả 2 BN đều chảy máu sau mổ suy đa và tử vong.

Rò đường khâu thực quản: Chúng tôi có 2 BN rò đường khâu sau mổ hội chứng Boerhaave (5%). Mổ lại làm sạch ổ áp xe và mở thông hồng tràng nuôi ăn, điều trị kháng sinh mạnh sau ra viện 1 tháng vào soi TQ đã liền.

Rò chân mở thông: Nghiên cứu có 5 BN rò chân mở thông. Điều trị nội ổn định.

Nhiễm khuẩn vết mổ: Có 5 BN nhiễm khuẩn vết mổ: 3 Bn vết mổ cổ, 2 ở ngực. Tất cả đều thay băng 2 lần/ngày ổn định sau 5 ngày.

3.3.4. Kết quả xa.

Bảng 3.12. Kết quả sớm

Thời gian số BN (%)	01 tháng n=37 (%)	03 tháng (n=37 (%))	06 tháng n=36 (%)
Kết quả			
Liên sẹo: Tốt	31(83,8%)	34 (91,9%)	34 (94,4%)
Chưa liền	5 (13,5%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)
Không tiến triển	1(2,7%)	1 (2,7%)	0 (0%)
CN hô hấp: Bình thường	28 (75,8%)	33 (89,2%)	34 (94,4%)
Giảm nhẹ	8 (21,6%)	3 (8,1%)	2 (5,4%)
Suy hô hấp	1 (2,7%)	1 (2,7%)	0 (0%)
Hoạt động: Bình thường	30 (81,1%)	32 (86,5%)	35 (97,2%)
Nhẹ	6 (16,2%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)
Không làm được	1 (2,7%)	1(2,7%)	0 (0%)
Tử vong	0 (0%)	1 (2,7%)	0 (0%)

Khám lại sau 03 tháng: Có 37 BN, trong đó chức năng hô hấp bình thường 86,5%, sẹo TQ liền 91,9%. Hoạt động thể lực tốt 86,5%. 1 BN tử vong.

Khám sau 06 tháng: Tổng số 36 BN. Tồn thương TQ đã liền 94,4%, vết mổ cũng liền tốt, bệnh nhân lưu thông tiêu hoá tốt, không khó thở, sức

khỏe hồi phục hoạt động thể lực làm việc bình thường 97,2%.

3.3.5. Kết quả chung

Bảng 3.13. Kết quả chung

Kết quả chung	(n=40)	Tỷ lệ %
Tốt	34	85
Trung bình	2	5
Xấu	4	10,0

Nhận xét: Chất lượng cuộc sống sau mổ đa số là mức độ tốt 85%.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nghiên cứu tuổi trung bình là $48,5 \pm 17,74$, người lớn 92,5%, nam 82,5% như các giả Nguyễn Đức Chính, Kroepil F, Amudhan S.

Nguyên nhân thủng TQ chủ yếu do chấn thương 80%, hóc xương dị vật 93,8% tương tự tác giả trong nước, khác tác giả nước ngoài nguyên nhân chính lại là do y tế 54,2-77%.

Phân loại type I chiếm 70%, type II chiếm 30% tương tự tác giả Nguyễn Đức Chính.

Lý do vào viện sốt 30%, nuốt khó, đau cổ 20%, khó thở 15%, thời gian từ khi bị bệnh đến vào viện sau 3 ngày 72,5% như Yanik F (2018).

Bệnh nhân đến trước 24 giờ không có tử vong thời gian nằm viện ngắn, từ 2-3 ngày. Thời gian nằm viện tăng và tử vong đến 27%, sau 7 ngày. Thời gian nằm viện và tử vong tăng tương tự như tác giả Nguyễn Công Minh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VTT do thủng thực quản

4.2.1. Lâm sàng

* **Cơ năng :**

Kết quả bảng 3.1 cho thấy biểu hiện sốt, khó thở đều gặp 75%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Công Minh BN là khó thở 79%, của Nguyễn Sơn Hà (2012) sốt 76,4%. Các dấu hiệu cơ năng gợi ý VTT do thủng thực quản gồm đau cổ 60%, đau ngực 42,5%, nuốt khó và ho nhiều cùng 35%.

Tương tự với nghiên cứu của Janilionis R và cộng sự (2013) sưng nề cổ 73%. Theo Arizaga S và cộng sự (2015) đau cổ chiếm 70%, tràn

khí dưới da chiếm 66%.

*** Thực thể:**

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy sung cổ gấp 62,5%, đau máng cảnh: 47,5 %, mắt lọc cọc TQ-CS: 52,5%, tràn khí dưới da: 50% tương đồng với Nguyễn Đức Chính (2013) gấp tràn khí dưới da 70%. Javaherzadeh M và cộng sự (2006) đau máng cảnh: 45,8%.

Trong nghiên cứu type I triệu chứng cơ năng chủ yếu là đau cổ 78,6%, sốt, khó thở cùng 71,5% giống với tác giả Cheng K cùng cộng sự (2008). Sung cổ chiếm tỉ lệ 82,1%, mắt lọc cọc thanh quản cột sống 75%, tràn khí dưới da cổ 64,3% tương tự Nguyễn Đức Chính.

Lâm sàng type II có sốt đau ngực và khó thở đều 83,3 có tính chất tương đồng với tác giả Yaku Sami (2015).

So sánh hai ở type I thì đau máng cảnh, mắt lọc cọc thanh quản cột sống 100%. Các triệu chứng khác như đau sung cổ, khó nuốt ở type I hơn hẳn với type II (với $p < 0,05$). Dấu hiệu đau ngực thấy ở type II nhiều hơn type I có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) tương tự như các tác giả như Dhihintia Jiwangga (2018), Markar SR (2015).

4.2.2. Cận lâm sàng

*** Chụp X quang thường**

Nghiên cứu có dị vật phát hiện trên X quang 64,7%. X quang gặp nhiều hình mức nước hơi TT 55% và dày phần mềm trước cột sống 52,5% tương tự với tác giả Weaver E và cộng sự (2010), tác giả Scaglione M và cộng sự (2009).

*** Chụp cắt lớp vi tính.**

Chụp cắt lớp vi tính trong VTT do thủng TQ là tiêu chuẩn vàng. Trong nghiên cứu dịch khí trung thất, thâm nhiễm giảm tỉ trọng và dịch màng phổi gần như 100% phát hiện trên CLVT tương tự nghiên cứu của Manu S và cộng sự (2016), trên CLVT cho thấy 100% giảm tỉ trọng, dịch trung thất 55%, dịch màng phổi 85%.

Kết quả ở nghiên cứu cho thấy: type I: 70 (%), type II A: 0 (%), Type IIB: 30% giống với Navarro FP (2016). Theo nghiên cứu của Janilionis R (2013), hình ảnh CLVT thấy type I: 56%, type IIA: 22%, type IIB: 22%.

*** Nội soi thực quản:** Trong nghiên cứu thấy vị trí tổn thương TQ hay gặp nhất là 1/3 trên 70%, TQ 1/3 giữa có 12,5% và 1/3 dưới chiếm 17,5% tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Đức Chính (2014).

Theo Nguyễn Công Minh [20], X quang và các phương pháp thăm dò khác vẫn có thể âm tính giả, nhất là các tổn thương đơn giản, do vậy vẫn cần soi cấp cứu.

Tuy nhiên, nội soi TQ có thể gây biến chứng, đặc biệt hội chứng Boerhaave. Các tác giả trên thế giới cho rằng không nên soi để xác định nguyên nhân vì khi soi không những tổn thương TQ nghiêm trọng hơn còn nguy cơ để mũ trong TT sẽ lan rộng hơn. Do vậy ít có số liệu này trong các báo cáo quốc tế.

Trong nghiên cứu, tất cả các trường hợp viêm trung thất do thủng thực quản được soi thực quản cấp cứu và đã giúp chúng tôi đánh giá được mức độ và vị trí thương tổn thủng thực quản cũng như quyết định thái độ xử lý phù hợp vì nếu chỉ dựa trên hình ảnh X quang không thể chính xác 100% được. Hơn nữa, những trường hợp nghi ngờ có dị vật TQ tiến hành nội soi không chỉ giúp lấy bỏ dị vật mà còn có thể dẫn lưu ổ áp xe qua nội soi và thực hiện mở thông dạ dày cùng lúc mà không phải mở đường bụng. Một số trường hợp không thể làm nội soi vì bệnh nhân có suy thở, độ bão hoà oxy xuống dưới 85%. Đây cũng là điểm khác biệt giữa nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam.

Xét nghiệm:

Hầu hết BN có bạch cầu tăng tỉ lệ 87,5% dấu hiệu của nhiễm khuẩn. Procalcitonin tăng trong 100% các trường hợp.

Đường huyết cao trong đại tháo đường có 20% các trường hợp và những bệnh nhân này thường nhiễm trùng kéo dài nằm lâu hơn.

Xét nghiệm vi khuẩn:

Kết quả nghiên cứu có 25 BN cấy vi khuẩn dương tính chủ yếu là vi khuẩn ái khí, 84%. Hay gặp là *Streptococcus* 44%, *Acinertobacter baumannii*, *Enterococcus faecalis* 24%, *Staphylococcus* 16%. Kết quả tương đồng với tác giả Yuka Sumi (2014), Navarro FP (2016) phổ biến là *Streptococcus*. Các vi khuẩn gây VTT thường là cả ái khí lẫn kỵ khí và nhiều vi khuẩn cùng lúc.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị viêm trung thất do thủng thực quản

4.3.1. Nội khoa

Putra MA (2016) mười năm nghiên cứu VTT do thủng TQ điều trị bảo tồn tỷ lệ sống là 84,6%, tử vong 15,4% và 46% biến chứng mũ màng phổi hoặc màng tim. Nghiên cứu cũng ủng hộ quan điểm tổn thương TQ đến trước 24 giờ nên xem xét điều trị bảo tồn người bệnh

như thời gian nằm viện ngắn, ít biến chứng và TV cũng thấp hơn so với nhóm can thiệp. Tuy nhiên, tác giả cũng khuyến cáo những BN đưa vào để điều trị bảo tồn cần khám kỹ và phải đạt được các tiêu chí trong lựa chọn.

Bên cạnh đó, Fische A cùng một số tác giả cho rằng chỉ định đặt stent được đặt ra khi tổn thương TQ ở vị trí ngực, hội chứng Boerhaave. Tuy nhiên vị trí tổn thương TQ hay gặp nhất ở đoạn cổ không có chỉ định đặt stent [113].

Theo tác giả Harries K và cộng sự (2004) [96], khuyến cáo các trường hợp tổn thương TQ trong hội chứng Boerhaave, kích thước (≤ 1.5 cm), lòng TQ và bờ lỗ thủng gọn sạch có thể cặp clip hoặc trám keo sinh học. Tuy nhiên, sau can thiệp xuất hiện các dấu hiệu nhiễm khuẩn như đau ngực tăng, ho, khó thở, sốt...hay như tràn khí dịch màng phổi, khí TT lan rộng, suy hô hấp cần can thiệp phẫu thuật sớm.

Chúng tôi có 1 trường hợp điều trị bảo tồn: BN tràn khí cổ khi đến khám vào ngày thứ 3 sau khi hóc xương, tuy nhiên BN không có biểu hiện khó thở, không có nhiễm khuẩn rõ rệt (không sốt, bạch cầu không cao), vùng cổ mặc dù khám thấy khí dưới da rất rõ nhưng BN không đau, không sung nề, nghe phổi và tim bình thường. Trên hình ảnh chụp CLVT thấy rõ khí là chính ở TT trên, chúng tôi quyết định điều trị bảo tồn, không soi TQ vì nguy cơ cao khí sẽ lan tỏa rộng. Kết quả BN đáp ứng với điều trị thuốc và xuất viện sau 10 ngày.

- Chiến lược sử dụng kháng sinh

Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy KS sử dụng theo kinh nghiệm là Metronidazol kết hợp với cephalosporin thế hệ 3 (52,5%), kết hợp thêm nhóm Quinolon (32,5%). Một số kết hợp nhóm Carbapenem.

Theo bảng 3.8 thì KS thay đổi theo kết quả kháng sinh đồ gồm Metronidazol với Carbapenem 44%, Metronidazol với Cephalosporin thế hệ 3 (24%), thêm KS nhóm Quinolon hay Colistin. Tiếp theo Metronidazol kết hợp cephalosporin thế hệ 3 và Quinolon 32,5%, kết hợp Carbapenem 15%.

Vai trò KS và hồi sức không thể thiếu trong điều trị VTT do thủng TQ, đặc biệt việc kiểm soát vi khuẩn cả ái khí và kỵ khí phối hợp. Theo Ridder G J (2010) [7], kháng sinh cần sử dụng sớm và phối hợp, phổ rộng để có thể kiểm soát vi khuẩn Gram (-) và Gram (+) cũng như kỵ khí. Cephalosporin thế hệ 3 và Clindamycin được ưu tiên sử dụng.

Theo Hudorovic N (2008) [62], kháng sinh điều trị phối hợp 3 loại Metronidazol với Dalacin và Cephalosporin thế hệ 3. Các KS được khuyến cáo dùng sớm theo kinh nghiệm là Piperacillin–Tazobactam và Vancomycin, Clindamycin cùng với Ceftriaxone hoặc Ceftazidime, hoặc Quinolone kết hợp Clindamycin nếu BN dị ứng với Penicillin. Ridder GJ cũng như một số tác giả thống nhất kháng sinh cần sử dụng phù hợp và điều chỉnh theo kháng sinh đồ [7], [30].

4.3.2. Ngoại khoa

* **Dẫn lưu mủ:** Dẫn lưu mủ trung thất đơn thuần trong nghiên cứu chiếm phần lớn 66,7%, trong đó 30,8 % theo đường mở cổ bên trái, 10,3% mở cổ bên phải. Dẫn lưu phối hợp cổ và ngực 15,4%, ngực đơn thuần 10,3%. Martin Ance CH (1999) [91], nghiên cứu 12 BN trong 10 năm qua 11 BN dẫn lưu mủ đường cổ kết hợp dẫn lưu TT qua đường mở ngực, trong đó chỉ 1 BN dẫn lưu cổ đơn thuần. Theo tác giả chỉ dẫn lưu đường mở cổ với VTT trên. Trường ở mũ lan xuống tới TT sau cần phải dẫn lưu rộng rãi bằng đường mở ngực ngay lập tức. Chen KC (2008) [82], phối hợp mở cổ và dẫn lưu TT qua nội soi ngực rất có hiệu quả trong VTT type IIB giảm đáng kể tỉ lệ tử vong. Nguyễn Công Minh (2013) [21] qua 19 BN tại bệnh viện Chợ Rẫy tổn thương TQ trong hội chứng Boerhaave 80% cần mở ngực vì vị trí tổn thương 1/3 dưới TQ. Những nghiên cứu này có cùng quan điểm với Makeieff M (2004) [15] đã tiến hành phẫu thuật mở ngực phối hợp cổ ở tất cả các trường hợp VTT dưới ngã ba khí phế quản, đặc biệt trong hội chứng Boerhaave để lấy thức ăn và làm sạch mủ mới hiệu quả.

* **Xử lý thực quản thì đầu**

Quan điểm ngày nay khâu TQ ngay thì đầu trong cấp cứu không nên làm vì có nhiều nguy cơ có thể xảy ra:

- + Khâu TQ trên nền ổ nhiễm khuẩn nguy cơ bị rò rất cao.
- + Kéo dài cuộc mổ và ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh
- + Kíp phẫu thuật chuyên khoa chưa sẵn sàng.
- + Phương tiện phẫu thuật (nếu thực hiện phẫu thuật nội soi)

Kroepil F (2013) [93], nghiên cứu xử lý TQ thì đầu qua 22 BN trong đó 7 BN được khâu TQ, 4 BN tạo hình bằng vật cơ và 7 BN cắt TQ. Thành công 80,9%, biến chứng rò sau mổ ở BN khâu và trám cơ. Đa số các tác giả phân tích và đồng tình quan điểm xử lý TQ thì đầu trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn nhiễm độc là không tương.

Trong nghiên cứu bảng 3.25 thì mở khâu cổ đơn thuần 4 BN (10%), mở ngực khâu TQ 4 BN (10%), nội soi khâu TQ dẫn lưu 1 BN (2,6%), mở ngực đặt stent graft và cắt nối mạch dẫn lưu đều 2 BN (7,7%).

Các tác giả Gupta NM (2002), Freeman RK (2009), cho rằng xử lý TQ thì đầu là một phần quan trọng trong điều trị viêm trung thất, tuy nhiên trong cấp cứu xử lý tổn thương TQ có nhiều thay đổi so với trước đây [101], [104].

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật lồng ngực TQ cần căn cứ vào:

- Đánh giá toàn trạng bệnh nhân.
- Vị trí và mức độ tổn thương thực quản.
- Vị trí và mức độ viêm trung thất (type I, type II).
- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.
- Phương tiện và chuyên gia gây mê hồi sức hỗ trợ.

Chính vì vậy chúng tôi đã khâu TQ cổ 4 trường hợp và 2 trường hợp khâu trên Kehr đoạn TQ ngực khi lựa chọn BN và điều kiện làm việc đáp ứng các tiêu chí đưa ra ở trên.

* **Cách ly lồng ngực thực quản**

- *Mở thông dạ dày*

Mở thông dạ dày được đa số các tác giả khuyến cáo thực hiện với mục đích kết hợp cả nuôi dưỡng. Sau 6 giờ có thể cho người bệnh ăn qua mở thông. Những trường hợp sau không nên mở thông dạ dày:

+ Vị trí tổn thương TQ: ở 1/3 dưới do nguy cơ trào ngược lên và làm tổn thương lan rộng.

+ Mức độ tổn thương: thủng TQ do hội chứng Boerhaave ngoài vì vị trí tổn thương TQ ở thấp kích lồng ngực lớn.

Nguyễn Đức Chính và cộng sự [19], thực hiện 81,3% mở thông dạ dày. Trong nghiên cứu có 53,8% mở thông dạ dày theo phương pháp Fontan cải tiến trên ống thông Pezzer. Trong đó 89% trường hợp được nuôi ăn sớm trong 6 giờ đầu tiên sau mổ

- *Mở thông hồng tràng*

Mở thông hồng tràng đem lại rất nhiều lợi ích. BN khi ăn qua mở thông hồng tràng ngay 48 giờ sau phẫu thuật làm giảm lượng dịch phải truyền để nuôi dưỡng, tiết kiệm chi phí cho BN. Trong trường hợp rò TQ kéo dài BN hoàn toàn có thể ra viện mà không cần tổn thương ở cổ liền hẳn. Thống kê của Arizaga S và cộng sự (2015) [29], thấy 75% trường hợp mở thông hồng tràng nuôi dưỡng, tác giả cho rằng tỷ lệ mở

thông hồng tràng trong nghiên cứu cao chủ trương xử lý làm sạch và khâu tổn thương TQ ngay thì đầu.

Nguyễn Đức Chính và cộng sự [19], thực hiện 20% mở thông hồng tràng. Trong nghiên cứu có 23,1% mở thông hồng tràng do tổn thương TQ ở vị trí 1/3 dưới tương tự như các tác giả khác.

- Điều trị tổn thương mạch: trong nghiên cứu có 2 trường hợp giả phình quai ĐMC do thủng TQ đoạn sát với quai ĐM được đặt stent graft. Tuy nhiên chảy máu tiêu hóa tái diễn nhiều lần BN tử vong. Trường hợp thứ 2 diễn biến thuận lợi BN khám lại đã khỏi hoàn toàn.

Theo nghiên cứu của Zuluaga CP (2016) [68], biến chứng tổn thương quai ĐMC do DV chọc thủng thành TQ vào quai ĐMC xuất hiện cục máu đông nút vào chỗ lỗ thủng dần dần trở thành khối giả phòng mạch. Biến chứng này gặp 4% các trường hợp DV thủng TQ và tỉ lệ TV 22%. Biến chứng tổn thương mạch còn gặp ở động mạch cảnh, động mạch dưới đòn và cả động mạch cánh tay đầu bên phải, như trong nghiên cứu mỗi biến chứng có 1 bệnh nhân.

- Các biến chứng sau phẫu thuật viêm trung thất

+ Chảy máu

Vị trí tổn thương ở đoạn cổ bó mạch cảnh trong có nguy cơ bị tổn thương nhiều nhất. Ngoài ra ĐM giáp dưới cũng nguy cơ tổn thương khi xuống TT dưới. Tổn thương quai ĐMC thì khả năng cứu sống BN hầu như là không.

Trong nghiên cứu có 04 trường hợp tổn thương mạch máu nghiêm trọng do dị vật trong đó 2 trường hợp quai ĐMC đặt stent graft trong đó có 1 trường hợp sống, 1 trường hợp chảy máu nặng TV. 1 BN tổn thương ĐM cánh tay đầu trái mổ khâu lại ĐM cánh tay đầu trái, sau BN mất máu tử vong. 01 BN khác tổn thương mạch cảnh thiếu máu não, được ghép ĐM cảnh bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều, sau mổ diễn biến nặng và tử vong.

+ Sốc nhiễm khuẩn

Sốc nhiễm khuẩn là một trong những nguy cơ cao gây tử vong. Theo nghiên cứu của Nguyễn Công Minh (2013) [21] tất cả các VTT có sốc nhiễm khuẩn đều tử vong. Nguyễn Đức Chính (2015) [19] TV 16,7 % do mất máu, sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng. Trong nghiên cứu có 01 trường hợp sốc nhiễm khuẩn cũng tử vong.

*** Kết quả sớm**

Nằm viện ngắn nhất 07 ngày dài nhất 56 ngày

- Thời gian nằm viện trung bình ở type I là $14,4 \pm 2,35$ ngày.
- Thời gian nằm viện trung bình ở type II là $22 \pm 10,18$ ngày.
- Thời gian nằm viện chung cho cả hai type là $16,8 \pm 10,6$ ngày.

Thời gian khởi phát của bệnh cũng ảnh hưởng rất lớn đến thời gian nằm viện trung bình. Nếu đến sớm trước 24 giờ thời gian nằm viện trung bình 13 ngày, đến dưới 3 ngày thời gian nằm viện là 16 ngày, đến từ 3 đến 7 ngày nằm 19 ngày và đến muộn trên 7 ngày thời gian nằm viện lâu đến 21 ngày.

*** Kết quả xa**

Khám sau 03 tháng: 91,9 % kết quả tốt; 5,4 % trung bình, kết quả xấu: 1 BN (2,7%) đến vì xuất huyết tiêu hóa nặng do chảy máu chỗ tổn thương thủng TQ cách cung răng trên 26 cm đã đặt stent graft điều trị 2 lần xuất huyết tiêu hóa ổn, lần 3 vào dấu hiệu mất máu rõ truyền 10 đơn vị máu có chỉ định mổ gia đình xin về.

Khám sau 6 tháng: 97,2% bệnh nhân hoạt động thể lực ổn định.

*** Kết quả chung**

Đánh giá chung kết quả điều trị trong bảng 3.13 thấy: Kết quả tốt chiếm 85%, trung bình 5%, xấu (tử vong) 10% do chảy máu, sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng, tỷ lệ TV thấp hơn so với tác giả Daniela MP và cộng sự 2015 [17] là 12%.

Kết quả nghiên cứu của các tác giả hiện nay cho thấy tiên lượng bệnh đã có nhiều thay đổi. Theo Chen KC và cộng sự (2008) [82], Arizaga S và cộng sự [29] nếu điều trị kịp thời tỷ lệ TV giảm, kết quả chung tốt chiếm trên 80%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân viêm trung thất do thủng thực quản trong thời gian từ 01/09/2016 đến 01/09/2019, tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức chúng tôi đưa ra những kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm trung thất thủng TQ *** Lâm sàng và cận lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng hay gặp là: sốt, khó thở 75% đau cổ 60%.
- Triệu chứng thực thể hay gặp: sưng cổ 62,5%, ấn đau máng cảnh 47,5%, tràn khí dưới da 50%, lọc cọc thanh quản-cột sống mất 52.5%.
- Chẩn đoán xác định qua khai thác tiền sử và chẩn đoán hình ảnh: X quang thường mức dịch và khí 55%, trung thất rộng 35%, dày phần mềm trước cột sống 53%. Cắt lớp vi tính thấy có ổ dịch khí lan tỏa trung thất 97,5%, thâm nhiễm giảm tỉ trọng 95%, thoát thuốc qua thực quản 55%, dị vật tìm thấy 37,5%.
- Tổn thương thực quản 1/3 trên cao: 70%.
- Gram (+) ái khí chiếm đa số 84%, Gram (-) ái khí 60%; nấm 24%.

2. Đánh giá kết quả điều trị viêm trung thất do thủng thực quản

- Điều trị viêm trung thất thủng TQ chủ yếu bằng ngoại khoa (97,5%) Cần phải lấy dị vật càng sớm càng tốt. Dị vật được lấy chủ yếu qua đường nội soi 74,2%,
- Dẫn lưu ổ viêm đơn thuần hiệu quả 66,7% qua đường cổ, ngực hay phối hợp cổ ngực dựa trên phân độ lan tỏa viêm (type I và type II). Xử lý tổn thương thực quản ngay thì đầu ít hiệu quả mà chỉ có lập lỗ thủng thực quản bằng mở thông.
- Mở thông dạ dày với thương tổn 1/3 trên thực quản, mở thông hồng tràng với tổn thương TQ ở 1/3 giữa dưới.
- Tai biến chủ yếu là tổn thương động mạch chủ ngực hoặc mạch cảnh chỉ 5%.
- Biến chứng chủ yếu chính cũng tổn thương động mạch chủ, bực miệng nối mạch cảnh và tổn thương phế quản gốc ít 7,5%
- Kết quả sớm: Tốt 91,9%, trung bình 5,6%, xấu 2,7%.

- Kết quả xa: tốt chiếm 85%, trung bình: 5%, xấu (tử vong): 10% ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng, mất máu và suy đa tạng, trong đó toàn bộ type IIB.

KHUYẾN NGHỊ

Người dân: Hóc xương là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới thủng thực quản và gây viêm trung thất, do vậy cần thay đổi tập tục ăn uống. Khi có sự cố hóc xương cần đến viện để bác sĩ xử lý.

Y tế: Viêm trung thất là bệnh lý nặng, phức tạp đòi hỏi chuyên khoa sâu và phối hợp do vậy khi hướng tới chẩn đoán viêm trung thất thủng thực quản cần chuyển bệnh nhân đến trung tâm có khả năng.