

Báo cáo một trường hợp vỡ thực quản tự phát được điều trị khỏi tại Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội Nhân dân Lào

A case report of spontaneous esophageal rupture that was cured at 103 Central Hospital of Lao People's Army

Vongmixay INTHAVÔNG,
Savengxay DALASATH

Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội Nhân dân Lào

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhằm phát hiện được sớm cảnh báo lâm sàng và các triệu chứng giúp chẩn đoán bệnh chính xác từ đó đề ra được phương pháp điều trị đúng đắn cho bệnh nhân thủng thực quản đoạn trong lồng ngực. **Trường hợp lâm sàng:** 1 bệnh nhân nam 48 tuổi, tiền sử uống rượu nhiều năm và viêm dạ dày mạn tính, vào viện với lý do đột ngột đau ngực và khó thở. Chẩn đoán ban đầu: Tràn dịch- tràn khí khoang màng phổi trái mức độ nhiều. Xử trí dẫn lưu màng phổi. Sau đó nhờ đánh giá dịch dẫn lưu màng phổi và tiến hành chụp CT ngực, nội soi đã phát hiện thủng thực quản 1/3 dưới ở ngày thứ 4 vào viện. Bệnh nhân sau đó được phẫu thuật mở ngực khâu lỗ thủng, lau rửa khoang màng phổi, kết hợp kháng sinh phổ rộng và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Kết quả sau mổ 3 tuần bệnh nhân ổn định ra viện. **Kết luận:** Thủng thực quản tự phát là một bệnh lý cấp tính, nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong cao. Việc chẩn đoán sớm còn nhiều khó khăn. Với những tổn thương lớn cần chỉ định phẫu thuật kết hợp kháng sinh phổ rộng và nuôi ăn kiêng đường miệng.

Từ khóa: Bệnh lý thủng thực quản.

Summary

Objective: To detect early clinical suspicion and symptoms to help diagnose the disease accurately, thereby proposing the right treatment method for patients with perforated thoracic esophagus. **Case report:** A 48-year-old male patient, with a history of many years of alcohol consumption and chronic gastritis, was admitted to the hospital with sudden onset of chest retrosternal pain and shortness of breath. Initial diagnosis: effusion-pneumothorax in the left pleural cavity. The patient underwent pleural drainage. Then evaluate the drainage. After that patient underwent chest CT scan, endoscopy revealed a perforation of the lower third of the esophagus on the 4th day of admission. The patient then underwent thoracoscopic surgery, sutured the perforation, cleaned the pleural cavity, combined with broad-spectrum antibiotics and parenteral nutrition. The patient was stable and discharged from the hospital after 3 weeks. **Conclusion:** Spontaneous esophageal perforation is an acute, serious disease with a high mortality rate. Early diagnosis is difficult. For large lesions, surgery is indicated with a combination of broad-spectrum antibiotics and nil per mouth, intravenous fluids.

Ngày nhận bài: 28/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 16/11/2022

Người phản hồi: Savengxay DALASATH, Email: Bsxay103@gmail.com - Bệnh viện TW 103 Quân đội Nhân dân Lào

Keywords: Boerhaave's syndrome.

1. Đặt vấn đề

Thủng thực quản có thể được xác định như tình trạng mất liên tục của thành thực quản gây rò dịch ra mô xung quanh. Thủng thực quản được mô tả đầu tiên bởi Hermann Boerhaave khoảng 300 năm trước [1]. Tuy vậy ngày nay thủng thực quản vẫn là một bệnh lý nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong cao có thể lên đến 20% [2, 3]. Thủng thực quản do nhiều nguyên nhân khác nhau và có thể xuất hiện ở các vị trí khác nhau của đoạn thực quản: Thủng thực quản đoạn cổ hay gặp trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp, tuyến giáp quá to, sai sót về kỹ thuật cố định cột sống cổ chèn ép vào thực quản, sai sót về kỹ thuật phẫu thuật mở khí quản; thủng thực quản đoạn 1/3 giữa gặp trong trường hợp ung thư thực quản gây phá hủy thành thực quản gây rò, do tai biến trong phẫu thuật phổi, phẫu thuật trung thất; thủng 1/3 dưới gặp nhiều do vết loét thực quản đoạn dưới có liên quan nhiều với acid dạ dày hay còn gọi là vỡ thực quản tự phát. Ngoài ra còn có nguyên nhân hay gặp nữa là do dị vật thực quản: xương cá, xương gà, đồ chơi trẻ con.....

Chẩn đoán sớm thủng thực quản gặp nhiều khó khăn, hay nhầm lẫn với các bệnh lý phổi - màng phổi, tim, dạ dày... đa số các bệnh nhân nhập viện trong tình trạng suy hô hấp cấp tính, nhiễm trùng, nhiễm khuẩn nặng hoặc thể trạng suy sụp [4].

Trước đây, điều trị còn gặp nhiều khó khăn, nhưng ngày nay, nhờ sự phát triển của y học nhiều trường hợp thủng thực quản có thể được điều trị khỏi: Trường hợp được chẩn đoán xác định sớm trước 12 giờ thì có thể cắt lọc và khâu bịt lại lỗ thủng, nếu trường hợp đến muộn có biến chứng áp xe, nhiễm khuẩn nặng hoặc thể trạng suy kiệt cách xử trí khâu lỗ thủng kết hợp dùng vật cơ hoặc màng phổi khâu áp tăng cường lỗ thủng. Nếu trường hợp lỗ thủng không thể khâu kín do vị trí lỗ thủng bị xơ cứng hoặc bị mủn nát xử trí phẫu thuật bằng kỹ thuật Bypass,

đặt stent thực quản hoặc tạo đường hầm từ lỗ thủng ra ngoài thành ngực [5].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu vấn đề này với mục tiêu phát hiện được sớm cảnh báo lâm sàng và các triệu chứng giúp chẩn đoán bệnh chính xác từ đó đề ra được phương pháp điều trị đúng đắn cho bệnh nhân thủng thực quản đoạn trong lồng ngực.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nam 48 tuổi, tiền sử uống rượu. Vào viện với lý do đột ngột đau bụng vùng hố ức lan xuyên lên ngực và sau lưng.

Bệnh sử: Bệnh nhân sau khi uống rượu say, buồn nôn và nôn nhiều, sau đó thấy đột ngột đau bụng vùng hố ức lan xuyên lên ngực và sau lưng, đau như dao đâm, không có tư thế giảm đau, kéo dài vài tiếng mức độ đau mới giảm dần. Bệnh nhân được chuyển vào điều trị tại Khoa Lao và Phổi, Bệnh viện TW 103 QĐND Lào với tình trạng tức ngực, khó thở: Mạch 100 lần/phút, huyết áp 110/60mmHg, SpO₂ 95%, nhiệt độ 36,5°C.

Khám lâm sàng bệnh nhân mệt mỏi, khó thở nhiều, thở nhanh nông, da niêm mạc nhợt, toàn trạng suy yếu.

Xét nghiệm: X-quang lồng ngực phát hiện tràn dịch - tràn khí màng phổi trái mức độ nhiều.

Chẩn đoán ban đầu: Tràn dịch - tràn khí màng phổi trái mức độ nhiều.

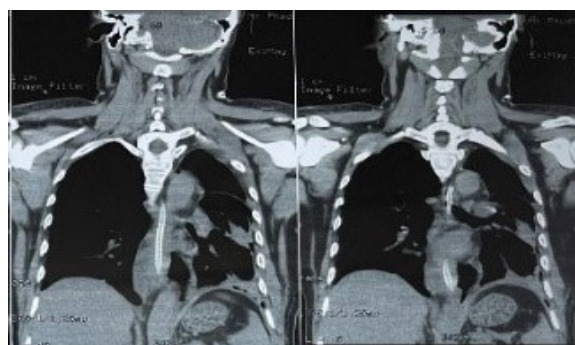
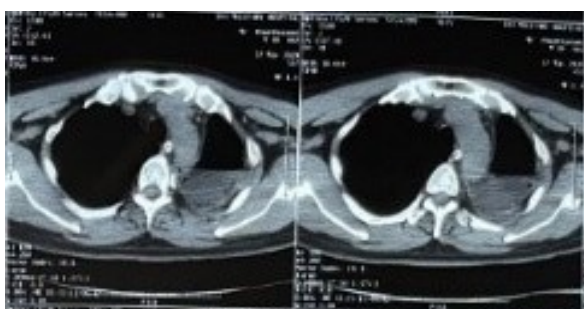
Xử trí: Dẫn lưu màng phổi trái ra > 1000ml như nước rửa thịt sẫm màu có chất lơ lửng, kháng sinh mạnh, giảm đau, giảm nề, nâng đỡ thể trạng, sau điều trị bước đầu các triệu chứng thuyên giảm.

Sau 4 ngày điều trị thấy dịch dẫn lưu vẫn tiếp tục ra nhiều nhưng thay đổi màu sắc, theo dõi dịch dẫn lưu phát hiện thức ăn ra lẫn dịch màng phổi, đến thời điểm này chúng tôi mới nghi ngờ về bệnh lý thủng thực quản. Kiểm tra lại chính xác tiền căn và bệnh sử, chỉ thấy bệnh nhân có tiền sử uống rượu hơn 15 năm, đau dạ dày mạn

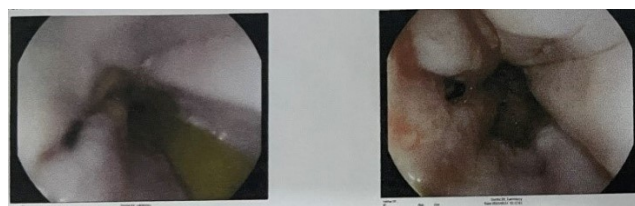
tính. Chỉ định chụp X-quang ngực và CT scan chỉ thấy điểm nghi ngờ thủng thực quản và tràn khí - tràn dịch cùng bên (Hình 1, Hình 2). Chúng tôi cho bệnh nhân nội soi thực quản phát hiện lỗ thủng thực quản đoạn 1/3 dưới (Hình 3). Kích thước lỗ thủng khoảng $1,5 \times 1,5\text{cm}$. Tại thời điểm này bệnh nhân đang trong tình trạng suy kiệt, không sốt, mệt mỗi nhiều, mạch nhanh 110 lần/phút, huyết áp 100/60mmHg, xét nghiệm công thức máu trong giới hạn bình thường.



Hình 1. X-quang lồng ngực theo dõi sau dẫn lưu màng phổi trái ngày thứ nhất



Hình 2. Hình ảnh tràn dịch, tràn khí khoang màng phổi trái



Hình 3. Lỗ thủng 1/3 dưới thực quản trên hình ảnh nội soi thực quản

Sau khi chẩn đoán ra bệnh, người nhà và bệnh nhân xin chuyển viện. Sau đó 2 ngày bệnh nhân quay lại Bệnh viện Trung ương 103 tiếp tục điều trị trong tình trạng Shock thể trạng suy kiệt. Bệnh nhân được điều trị chống Shock, hồi sức tích cực 4 ngày.

Sau khi toàn trạng bệnh nhân ổn định, bệnh nhân được phẫu thuật điều trị ngày thứ 9 tính từ khi biểu hiện triệu chứng. Chúng tôi kết hợp với bác sĩ chuyên khoa bụng tiến hành nội soi kiểm tra thấy khoang màng phổi trái có nhiều giả mạc, thấy lỗ thủng đoạn 1/3 dưới của thực quản, kích thước khoảng $1,5 \times 1,5\text{cm}$, bờ mép lỗ thủng gọn, không chảy máu, ít giả mạc, không có dịch mủ và không thấy biểu hiện thành thực quản viêm lan rộng. Chúng tôi tiến hành cắt lọc và khâu kín 2 lớp, lau rửa khoang màng phổi với nước muối ấm và Povidine. Kiểm tra không phát hiện tổn thương khác, đặt 2 dẫn lưu, khâu kín vết mổ theo lớp.

Sau mổ, bệnh nhân ổn định, chuyển khoa Hồi sức tích cực theo dõi và điều trị dùng 2 kháng sinh kết hợp: Meropenem $1\text{g} \times 3\text{lần/ngày}$, Ciprofloxacin $1\text{g} \times 2\text{lần/ngày}$, giảm đau, giảm phù nề và nuôi dưỡng hoàn toàn quan đường tĩnh mạch. Qua 3 tuần điều trị tích cực, theo dõi dịch

dẫn lưu số lượng dịch giảm dần, màu sắc dịch chuyển từ màu đỏ sẫm sang màu nước rửa thịt nhưng nhạt dần không có thức ăn. Thể trạng bệnh nhân khá lên, tự ăn uống được bình thường, không sốt, dịch dẫn lưu <50ml/ngày, màu hồng nhạt. Kết quả X-quang phổi thẳng nghiêng: phổi nở tốt không có khoang tàn dư. Bệnh nhân được chỉ định rút dẫn lưu màng phổi. Sau rút dẫn lưu tiếp tục được theo dõi thêm 2 ngày. Cho bệnh nhân ra viện sau phẫu thuật 25 ngày.

Hiện tại, bệnh nhân ra viện được hơn 2 năm, do bệnh nhân ở vùng sâu vùng xa không có điều kiện tái khám, chúng tôi chỉ gọi điện hỏi thăm sức khỏe. Bệnh nhân thể trạng tốt cân nặng lên ở mức bình thường, ăn uống sinh hoạt tốt, lao động nặng được bình thường, không có biểu hiện triệu chứng gì bất thường ở phổi-màng phổi, thực quản và trung thất.

3. Bàn luận

Vỡ thực quản tự phát là một bệnh lý hiếm gặp vì vậy cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên về bệnh lý này với cỡ mẫu đủ lớn. Trong một nghiên cứu gần đây tại Iceland có tỷ lệ mắc 3,1/1.000.000/năm [6]. Tuy vậy tỷ lệ thực tế về bệnh lý này trên thế giới vẫn chưa được báo cáo. Phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi từ 60 đến 70 tuổi và thường gặp ở nam giới [7].

Về nguyên nhân gây ra thủng thực quản thường gặp sau những can thiệp y tế như nội soi nong thực quản trong các bệnh lý gây hẹp thực quản. Cũng có thể xảy ra sau can thiệp phẫu thuật các cơ quan cạnh thực quản. Có khoảng 15% số ca thủng thực quản liên quan đến tình trạng nôn dữ dội làm tăng áp lực trong khoang bụng. Bệnh cảnh lâm sàng này đã được mô tả đầu tiên bởi Hermann Boerhaave vào năm 1724 và được gọi là hội chứng Boerhaave [8]. Các hoạt động liên quan đến tăng áp lực ổ bụng như nâng tạ, táo bón, sau thủ thuật Heimlich hay sau chấn thương vùng ngực bụng cũng có thể gây thủng thực quản. Với bệnh nhân trong nghiên cứu này với biểu hiện đau đột ngột vùng thượng vị sau nôn dữ dội và kết quả soi thực quản thấy

lỗ thủng 1/3 dưới gần sát với cơ hoành, tiền sử uống rượu nhiều năm và đau dạ dày mạn tính. Vì vậy, có thể kết luận được nguyên nhân gây thủng là do bệnh lý trào ngược dạ dày-thực quản gây tổn thương có vết loét, trở thành thực quản lâu năm không được điều trị, khi bệnh nhân nôn mạnh gây tăng áp lực đột ngột thành thực quản gây vỡ thành thực quản.

Triệu chứng đau ngực được coi là đặc hiệu trong bệnh cảnh vỡ thực quản tự phát với tỷ lệ biểu hiện khoảng 70% ở bệnh nhân thủng thực quản ngực. Đau ngực thượng biểu hiện đột ngột và có khoảng 25% biểu hiện sau nôn mửa và khó thở. Ba triệu chứng nôn, đau ngực và tràn khí được gọi là tam chứng Mackler [9]. Bệnh nhân có biểu hiện đau ở cổ khi thủng thực quản cổ mặc dù triệu chứng toàn thân ít gặp hơn. Ngoài ra bệnh nhân thường có biểu hiện khó thở, khàn giọng, khó nuốt và tràn khí dưới da vùng cổ. Khi thủng đoạn chỗ nối dạ dày- thực quản bệnh nhân thường biểu hiện đau đột ngột vùng thượng vị và hiếm khi biểu hiện triệu chứng nôn hoặc xuất huyết tiêu hóa. Khi có dấu hiệu nghi ngờ hoặc các triệu chứng như trên cần tiến hành các xét nghiệm như chụp X-quang hoặc CT scan có thuốc cản quang hoặc nội soi để chẩn đoán xác định sớm. Bệnh nhân trong nghiên cứu do chúng tôi còn ít kinh nghiệm nên đã không được chẩn đoán xác định sớm ngay từ đầu vì triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân biểu hiện về hội chứng hô hấp khá rõ và rất nặng nề, nên chủ yếu tập trung khai thác và khám về bệnh lý phổi, việc xử trí bước đầu là theo triệu chứng. Tuy nhiên nhờ có sự theo dõi sát mới phát hiện được dịch dẫn lưu ra lẫn bã thức ăn, chỉ định thêm xét nghiệm mới chẩn đoán xác định được bệnh.

Khi đã có chẩn đoán xác định thủng thực quản việc điều trị cần tiến hành sớm nhất với các bước: dẫn lưu chất rỏ, kiêng ăn đường miệng, đặt dịch vị, dùng ngay kháng sinh phổ rộng và giảm đau. Khi điều kiện bệnh nhân cho phép có thể tiến hành can thiệp thích hợp. Có thể khâu lỗ thủng với tổn thương nhỏ, bờ gọn sạch. Có thể

tiến hành phẫu thuật cắt bỏ thực quản với tổn thương kết hợp là ác tính, giai đoạn cuối của tổn thương lành tính hay tổn thương phá hủy thực quản lớn. Có thể chỉ định điều trị bảo tồn với tổn thương thủng thực quản khu trú, không có tổn thương viêm lan rộng. Cũng có thể tiến hành nội soi đặt stent, kẹp clip bịt lỗ rò và hút dẫn lưu... [5]. Bệnh nhân trong nghiên cứu sau khi xác định được lỗ rò trên nội soi chúng tôi chỉ định phẫu thuật. Vấn đề quan trọng và khó khăn trong mổ là phải tìm được lỗ thủng khi bệnh nhân được phẫu thuật muộn tình trạng viêm lan rộng trong khoang màng phổi, màng phổi phản ứng viêm dày và nhiều giả mạc. Mặt khác khi tìm được lỗ thủng, đánh giá trong mổ có khâu được lỗ thủng không? Nếu không khâu được phải xử trí như thế nào? Đối với trường hợp này nhờ sự kiên trì của kíp mổ, chúng tôi tìm thấy lỗ thủng sau 4 giờ phẫu thuật. Sau khi tìm được lỗ thủng kiểm tra thấy lỗ thủng có kích thước khoảng $1,5 \times 1,5\text{cm}$, bờ gọn, thành thực quản xung quanh lỗ thủng không mủn nát, không thay đổi về cấu trúc và màu sắc, vì vậy chúng tôi quyết định cắt lọc và khâu luôn lỗ thủng 2 lớp bằng chỉ Prolene 6/0, lau rửa khoang màng phổi bằng nước muối ấm và Povidine và kiểm tra không thấy rò khí, không chảy máu, đặt dẫn lưu và đóng thành ngực theo lớp. Kết quả sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện 3 tuần sau phẫu thuật.

4. Kết luận

Vỡ thực quản tự phát là một bệnh lý cấp tính, nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong cao. Việc chẩn đoán sớm còn nhiều khó khăn. Với những tổn thương lớn cần chỉ định phẫu thuật kết hợp kháng sinh phổ rộng và nuôi ăn kiêng đường miệng.

Tài liệu tham khảo

1. Barrett NR (1946) *Spontaneous perforation of the oesophagus; review of the literature and report of three new cases*. Thorax 1: 48-70.
2. Ryom P, Ravn JB, Penninga L, Schmidt S, Iversen MG, Skov-Olsen P, Kehlet H (2011) *Aetiology, treatment and mortality after oesophageal perforation in Denmark*. Dan Med Bull 58: 4267.
3. Bhatia P, Fortin D, Inculet RI, Malthaner RA (2011) *Current concepts in the management of esophageal perforations: A twenty-seven year Canadian experience*. Ann Thorac Surg 92: 209-215.
4. Søreide JA and Viste A (2011) *Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours*. Søreide and Viste Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 19: 66.
5. Lampridis S, Mitsos S, Hayward M, Lawrence D, Panagiotopoulos N (2020) *The insidious presentation and challenging management of esophageal perforation following diagnostic and therapeutic interventions*. J Thorac Dis 12(5): 2724-2734. doi: 10.21037/jtd-19-4096.
6. Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, Geirsson A (2010) *Gudbjartsson T: Oesophageal perforations in Iceland: A whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome*. Thorac Cardiovasc Surg 58: 476-480.
7. Bhatia P, Fortin D, Inculet RI, Malthaner RA (2011) *Current concepts in the management of esophageal perforations: A twenty-seven year Canadian experience*. Ann Thorac Surg 92: 209-215.
8. Wolfson D, Barkin JS (2007) *Treatment of Boerhaave's Syndrome*. Curr Treat Options Gastroenterol 10: 71-77.
9. Mackler SA (1952) *Spontaneous rupture of the esophagus; an experimental and clinical study*. Surg Gynecol Obstet 95: 345-356