

Đặc điểm tổn thương thủng thực quản gây áp xe trung thất được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức

Features of mediastinal abscess caused by esophageal perforation treated at Viet Duc Hospital

Phạm Vũ Hùng*, Nguyễn Đức Chính*,
Trần Tuấn Anh*, Phạm Thị Thu Hương**

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả những đặc điểm tổn thương thủng thực quản gây áp xe trung thất và thái độ xử trí với các thương tổn được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu các trường hợp chẩn đoán áp xe trung thất do thủng thực quản được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2018, bao gồm các trường hợp tử vong và nặng xin về. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Estrera (1983), phân loại theo Endo (1999). **Kết quả:** Tổng số có 33 trường hợp, tuổi trung bình: $51,48 \pm 16,30$ tuổi, thấp nhất: 14 tuổi, cao nhất: 88 tuổi, nam giới chiếm 78,8%. Vị trí thương tổn thực quản: 1/3 trên (57,6%), 1/3 giữa (27,3%), 1/3 dưới chỉ chiếm 15,1%. Nguyên nhân gây thủng do dị vật chiếm 72,7%, do bệnh lý chỉ chiếm 21,2%. Type I và IIA chiếm 25/33 (75,8%). Xử lý cấp cứu thủng thực quản gồm: Mở thông dạ dày: 30 trường hợp, kết hợp khâu thực quản: 3 trường hợp (9,1%), kết hợp đặt stent graft: 2 trường hợp (6,1%), mở thông hồng tràng nuôi ăn: 3 trường hợp. Không có ca nào biến chứng rò thực quản, 2 ca đặt stent kết quả tốt. **Kết quả điều trị:** 2 trường hợp nặng xin về và tử vong, chiếm 6,1%. **Kết luận:** Kinh nghiệm xử lý 33 trường hợp áp xe trung thất nguyên nhân do thủng thực quản cho thấy hầu hết thủng thực quản 1/3 trên và giữa, cần mở thông dạ dày, 1/3 dưới cần mở thông hồng tràng nuôi ăn, đặt stent khi có tổn thương mạch máu. Việc thực hiện can thiệp sửa chữa thực quản qua can thiệp xâm lấn khi nhiễm khuẩn nặng sẽ không cần thiết.

Từ khóa: Thủng thực quản, áp xe trung thất.

Summary

Objective: The purpose of our study was to assess the treatment of mediastinal abscess due to esophageal perforation and to make recommendations. **Subject and method:** A prospective study was conducted on patients with mediastinal abscess due to perforation of the esophagus treated in Viet Duc Hospital from January 2016 to June 2018. The diagnosis criteria of mediastinal abscess was based on Estrera (1983) standard, classified by Endo S (1999). **Result:** A total of 33 cases, the average age was 51.48 ± 16.30 years with the youngest of 14 years old, and the oldest of 88 years old; men accounted for 78.8%. Locations of esophageal lesions: 57.6% in 1/3 upper, 27.3% in 1/3 middle and 15.1% in 1/3 lower. Causes of perforation: 72.7% of foreign bodies, 21.2% of pathology. Type I and Ila accounted for 25/33 (75.8%). Managements on emergency of esophagus included: Perforation isolation by nasogastric catheter or gastrostomy, esophageal repair in 3 cases, 2 with stent graft due to complications to aortic

Ngày nhận bài: 05/11/2018, ngày chấp nhận đăng: 28/11/2018

Người phản hồi: Phạm Vũ Hùng, Email: hungpv5271@yahoo.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

artery. No any case of esophageal fistula in 2 cases were inserted stent. Outcomes: 2 discharged to die and death in the hospital so the mortality was accounting for 6.1%. *Conclusion:* Experiences with 33 cases of mediastinal abscess caused by perforation of the esophagus shown that most cases had superior or middle lesions and needed gastrotomy, and with inferior lesion should make jejunostomy, the insertion of stent is considered if the lesion suspected to the vessels.

Keywords: Perforation of the esophagus, mediastinal abscess, descending necrotizing mediastinitis.

1. Đặt vấn đề

Áp xe trung thất là một nhiễm trùng cấp cứu hiếm gặp của mô liên kết của khoang ngực từ nhiều nguồn như áp xe sàn miệng lan tỏa, áp xe quanh amidan (lan xuống viêm trung thất), phẫu thuật ngực hoặc tim mạch, chấn thương hoặc đôi khi có thể là từ đường máu, trong đó nguyên nhân chủ yếu là thủng thực quản bệnh lý (hội chứng Boerhaave, ung thư) hoặc do dị vật (hóc xương), do thủ thuật (sau nội soi)... Sau nhiều năm từ khi mô tả lần đầu của Pearse HE (1938) tỷ lệ tử vong cao tới 85% đã giảm xuống tới dưới 30% do kết hợp điều trị phẫu thuật và hồi sức trong những năm gần đây. Người bệnh chủ yếu tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng, mất máu cấp tính do tổn thương mạch máu cổ - ngực, do suy đa tạng... Điều trị phẫu thuật được coi là lựa chọn nhằm mục đích dẫn lưu mủ, tránh biến chứng lan rộng như gây tràn mủ màng phổi, mủ màng tim, tổn thương mạch máu cần sự phối hợp đồng bộ của các chuyên khoa, nhất là hầu hết phải xử lý trong cấp cứu như chuyên khoa tiêu hóa, phẫu thuật lồng ngực và mạch máu, nội soi tiêu hóa cũng như gây mê hồi sức [1], [2], [3].

Bên cạnh, dẫn lưu mủ kiểm soát nhiễm khuẩn, việc xử lý tổn thương thực quản được quan tâm vì đây là nguyên nhân chính dẫn đến bệnh lý cũng như hậu quả lâu dài người bệnh phải gánh chịu như mất khả năng ăn uống đường miệng. Các phương pháp xử lý tạm thời trong cấp cứu như khâu vết thương kết hợp mở thông dạ dày hoặc hồng tràng thì sự lựa chọn ít xâm lấn qua phẫu thuật lồng ngực với video hỗ trợ, đặt stent... được đề xuất gần đây đã mang lại hiệu quả khả quan thay thế việc tạo hình thực quản vốn phức tạp và có nhiều nguy cơ. Tuy nhiên, kinh nghiệm phẫu thuật viên, việc chỉ định và lựa chọn cách xử lý thực quản chưa thống nhất [4], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm: *Mô tả*

những đặc điểm tổn thương thực quản gây biến chứng áp xe trung thất và hiệu quả điều trị áp xe trung thất.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các trường hợp áp xe trung thất do thủng thực quản không phân biệt tuổi, giới được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2018 bao gồm cả các trường hợp tử vong nhưng có làm pháp y chẩn đoán.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng các trường hợp áp xe trung thất trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2018.

Chẩn đoán xác định áp xe trung thất theo tiêu chuẩn Estrera (1983) [6]:

Biểu hiện lâm sàng nhiễm khuẩn nặng.

Hình ảnh điển hình áp xe trên X-quang. Có bằng chứng qua phẫu thuật hoặc qua pháp y.

Mối liên hệ giữa các bệnh lý vùng hầu họng và quá trình tiến triển thành áp xe.

Phân loại áp xe trung thất theo Endo Tokyo (1999) [7].

Áp xe trung thất type 1: Tổn thương khu trú hoàn toàn trung thất trên ở trên carina (upper mediastinal space above the carina).

Áp xe trung thất type 2A: Tổn thương nằm ở phần thấp trung thất trước (lower anterior mediastinum).

Áp xe trung thất type 2B: Tổn thương lan tỏa cả phần trước và phần sau của trung thất dưới (anterior and posterior lower mediastinum) hoặc nằm sau tim.

Các thông tin về bệnh nhân: Tuổi, giới, nguyên nhân gây áp xe, dấu hiệu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, xử trí và kết quả điều trị được ghi nhận theo bệnh án mẫu.

Bệnh nhân được theo dõi ít nhất 2 tháng sau phẫu thuật về tình trạng tổn thương thực quản và quá trình liền thương qua nội soi.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nội dung nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng phê duyệt và được sự cho phép của bệnh viện nơi tiến hành nghiên cứu.

Thông tin của người bệnh được giữ kín và chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu.

3. Kết quả

Tổng số có 33 trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn của nghiên cứu. Tuổi trung bình: $51,48 \pm 16,30$ tuổi, thấp nhất: 14 tuổi, cao nhất: 88 tuổi. Đa số bệnh nhân là nam giới: 78,8%. Nguyên nhân gặp chủ yếu do dị vật: 72,7%, chấn thương: 21,2%, bệnh lý: 6,1%.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện trung bình 6,9 ngày: Dài nhất 18 ngày, ít nhất 1 ngày.

Bảng 1. Vị trí thủng thực quản

Vị trí thủng	Số bệnh nhân (n = 33)	Tỷ lệ %
1/3 trên	19	57,6
1/3 giữa	9	27,3
1/3 dưới	5	15,1
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Vị trí thủng chủ yếu gặp ở vị trí 1/3 trên của thực quản chiếm 57,6%.

Bảng 2. Các tổn thương thực quản chính

Tổn thương	n	Tỷ lệ %
Thủng thực quản	1 lỗ thủng	25
	2 lỗ thủng	3
Rách thực quản	Kích thước rách từ 1 - 2,5cm	5
Tổng	33	100

Ngoài ra, còn tổn thương đặc biệt khác như: Rò thực quản khí quản có 1 bệnh nhân, rò sang quai động mạch chủ 2 bệnh nhân.

Nội soi cấp cứu được thực hiện 100%, trong đó 24 thủng thực quản do dị vật gồm có: Xương gà: 9 bệnh nhân, xương cá: 10 bệnh nhân, xương lợn: 3 bệnh nhân, mảnh nhựa: 1 bệnh nhân, ruột bút bi: 1 bệnh nhân.

Phân loại theo Endos (1999): Type I có 19 bệnh nhân (57,6%), type IIa 6 bệnh nhân (18,2%), type IIb 8 bệnh nhân (24,2%).

Xử lý thực quản: 3 ca khâu thực quản, 2 ca đặt stent. 30 trường hợp mở thông dạ dày nuôi dưỡng, 3 trường hợp nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày đặt qua mũi.

Bảng 3. Thời gian liền thực quản qua kiểm tra nội soi

Thời gian liền	Số bệnh nhân (n = 33)	Tỷ lệ %
1 tháng	23	69,69
2 - 3 tháng	5	15,15
≥ 3 tháng	3	9,09

Bảng 4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân (n = 12)	Tỷ lệ %
Chảy máu vết mổ	4	12,12
Suy đa tạng	2	6,06
Nhiễm khuẩn nặng vết mổ phải cắt lọc nhiều lần	6	18,18

Biến chứng sớm gặp 12/33, chiếm 36,36%. Phân chia như trong Bảng 4.

Biến chứng rò thực quản 2 bệnh nhân.

Kết quả điều trị: Tử vong có 1 trường hợp và 1 trường hợp nặng xin về, chiếm tỷ lệ 6,1% nguyên nhân do suy đa tạng, suy hô hấp và chảy máu.

4. Bàn luận

Nhiều nghiên cứu cho thấy việc xử lý áp xe trung thất gồm ba bước chính: Chẩn đoán sớm, phẫu thuật dẫn lưu và điều trị kháng sinh thích hợp mang lại hiệu quả. Vị trí và mức độ của ổ áp xe là hai yếu tố quan trọng trong quyết định này. Dẫn lưu mủ vùng cổ đã được khuyến cáo bởi các chuyên gia trước đó cho điều trị áp xe ngang hoặc cao hơn hõm

ức trong khi phẫu thuật mở ngực được đề nghị cho áp xe dưới hõm ức. Gần đây, các nghiên cứu đã cho thấy, phẫu thuật với video hỗ trợ (VATS - video-Assisted Thoracic Surgery) là một lựa chọn thành công mở ra các phương pháp trong điều trị viêm trung thất ít xâm lấn do nhiều căn nguyên. Hiệu quả của các kỹ thuật không xâm lấn đã được chứng minh trong các trường hợp xử lý áp xe trung thất dưới hõm ức. Phương pháp điều trị này có thể thích hợp hơn các phương pháp tích cực khác do giảm nguy cơ biến chứng, ít đau hơn, và phục hồi nhanh chóng hơn. Việc thực hiện thành công kỹ thuật ít xâm lấn cũng đã được thể hiện gần đây trong việc điều trị hội chứng Boerhaave gây áp xe trung thất, phẫu thuật nội soi còn được áp dụng để sửa vết rách thực quản, mở thông hồng tràng.

Cho đến nay, việc điều trị cho áp xe trung thất cũng như xử lý tổn thương thực quản vẫn còn chưa thống nhất. Trong khi kỹ thuật xâm lấn vẫn là tiêu chuẩn vàng điều trị, thành công điều trị áp xe trung thất dưới - trước bằng phẫu thuật nội soi không có biến chứng cũng là lựa chọn tối ưu. Dẫn lưu qua da điều trị áp xe trung thất bán cấp hoặc khu trú [2], [7], [8].

Để giúp việc xử lý tổn thương thủng thực quản trong bệnh lý áp xe trung thất có hiệu quả, từ năm 1954 Samson [9] đã đưa ra phân loại tổn thương thực quản gồm 3 độ như sau:

Độ I: Tổn thương bên ngoài rách thanh mạc.

Độ II: Tổn thương đến niêm mạc bên trong do.

A: Lực tác động bên trong cơ thể: Gây vỡ thực quản không hoàn toàn hoặc hoàn toàn.

B: Lực tác động bên ngoài cơ thể:

1. Thủng thực quản do dị vật có thể hoàn toàn hay không hoàn toàn.

2. Thủng do nguyên nhân dụng cụ.

3. Thủng do nuốt axit, kiềm.

Độ III: Tổn thương gây biến chứng bao gồm áp xe, rò, hẹp thực quản.

So với phân loại trên, đến năm 1999 Endo đề xuất phân loại áp xe trung thất theo mức độ lan tỏa gồm 2 type:

Type I: Khối mũ hoàn toàn khu trú ở vùng cổ nằm trung thất trên chỗ chia nhánh khí quản (Tracheal Bifurcation - Carina).

Type II: Ổ mũ đã lan tỏa, trong đó type IIA mũ hoàn toàn nằm phía trước trên trung thất. Đối với type IIB mũ lan phía sau dưới trung thất hay nằm ở sau tim.

Với mức độ phân loại này, ngoài xử lý áp xe trung thất qua việc dẫn lưu mũ: Đường cổ (type I), đường cổ hoặc ngực kết hợp (type IIA), riêng với (type IIB) cần phải dẫn lưu đường ngực. Hiện nay, nhiều phương pháp lựa chọn có thể là phương pháp mổ mở hoặc ít xâm lấn như dẫn lưu dưới siêu âm, dẫn lưu với sự hỗ trợ của VATS mang lại hiệu quả. Tuy nhiên, cần phải đánh giá mức độ tổn thương và tình trạng người bệnh, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và điều kiện gây mê hồi sức, trang thiết bị cần thiết [7], [9], [10]. Kết hợp cả 2 phân loại tổn thương thực quản và phân độ nặng của áp xe trung thất giúp cho phẫu thuật viên có hướng điều trị phù hợp hiệu quả.

Jiajia Liu và cộng sự (2010) [11] thực hiện một nghiên cứu lớn về các trường hợp dị vật thực quản, trong đó có 93 ca áp xe trung thất. 22 trường hợp (23,7%) được xử lý thực quản ngay thì đầu: 7 trường hợp với khâu, 6 trường hợp đưa lấp mạc nối vào lỗ thủng (onlay graft), và 9 bệnh nhân nội soi đặt stent. Cả 9 trường hợp đặt stent tại chỗ tất cả đã được phục hồi và không có biến chứng. Tác giả kết luận khám và điều trị muộn các dị vật thực quản đoạn ngực là những yếu tố nguy cơ chính gây ra viêm trung thất nguy cơ tử vong cao. Chụp cắt lớp vi tính đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán và hướng dẫn điều trị. Trong đó, kết hợp với phẫu thuật triệt để và dẫn lưu, stent nội soi tại chỗ có thể là phương pháp tối ưu cho hầu hết các bệnh nhân.

Trong một nghiên cứu của Chang và cộng sự [12] 84 bệnh nhân bị tổn thương thực quản từ tháng 1 năm 1980 đến tháng 4 năm 2004. Tổn thương thực quản chia 4 cấp độ: Độ I tổn thương không thủng thực quản. Độ II là thủng thực quản biến chứng viêm trung thất khu trú. Độ III thủng thực quản với áp xe trung thất lan tỏa ngực. Độ IV tổn thương thực quản kèm lỗ rò động mạch chủ. Căn cứ vào mức độ tổn thương thực quản và mức độ mũ lan tỏa, lựa chọn phẫu thuật bao gồm cách ly lỗ thủng thực quản, dẫn lưu mũ trung thất, sửa chữa lỗ rò và stent hoặc thay thế động mạch chủ. Tác giả kết luận phân

loại tổn thương thực quản do dị vật gây ra là hữu ích đối với quyết định của chiến lược điều trị phẫu thuật. Phòng ngừa lỗ rò động mạch chủ là điểm then chốt trong việc giảm tỷ lệ tử vong. Đối chiếu với 2 phân loại tổn thương thực quản của Samson và áp xe trung thất của Endo, phân loại của Chang cũng là sự lựa chọn để có thể xử lý cùng lúc áp xe trung thất và nguyên nhân từ thực quản.

Nghiên cứu của chúng tôi có 33 trường hợp được xử trí mở thông dạ dày đơn thuần thương tổn thực quản 1/3 trên và giữa, 3 trường hợp mở thông hồng tràng do thương tổn thực quản 1/3 dưới, 3 trường hợp khâu thủng thực quản vùng cổ, 2 trường hợp đặt stent graft động mạch chủ do nguyên nhân rò từ thực quản sang quai động mạch chủ. Việc đặt stent đã giải quyết cả 2 vấn đề là lỗ thủng thực quản và nguy cơ chảy máu từ động mạch chủ. Tuy nhiên như các tác giả đã nêu, việc đặt stent tốn kém và phải phụ thuộc vào điều kiện thiết bị cũng như chuyên gia sâu về mạch máu và tiêu hóa cùng phối hợp.

Đa số các tác giả khác đều tán đồng việc cách ly tổn thương thực quản, sau khi dẫn lưu mũ áp xe triệt để cũng đủ giúp cho việc liền thực quản. Không khuyến khích việc xử lý khâu, đắp mạc nối, vá thực quản... khi tổn thương nằm trong ổ mũ lớn. Đặt stent chỉ dành cho những ca như đã nói ở trên có nguy cơ tổn thương quai động mạch chủ mà không có biện pháp nào kiểm soát được mất máu [1], [3], [9], [10].

5. Kết luận

Xử lý tổn thương thực quản trong cấp cứu liên quan bệnh lý áp xe trung thất là một phần quan trọng của quá trình điều trị. Dẫn lưu mũ kết hợp với đánh giá thương tổn thực quản theo các phân loại qua tham khảo các tác giả có giá trị quyết định thái độ điều trị. Theo khuyến cáo của các tác giả cũng như kết quả nghiên cứu cho thấy, mở thông dạ dày cần được áp dụng với tất cả các trường hợp áp xe trung thất do thủng thực quản 1/3 trên và giữa, với 1/3 dưới cần mở thông hồng tràng. Có thể khâu lỗ thủng thực quản trong một số trường hợp tổn thương thực quản cổ. Đặt stent dành cho các trường hợp có tổn thương mạch máu do dị vật đâm thủng thực quản vào quai động mạch chủ nguy cơ chảy máu và chỉ thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Đức Chính (2014) *Experience on diagnosis of descending mediastinal infection at Viet Duc Hospital*. Y Dược học Quân sự, tập 39, số 7, tr. 120-125.
2. Nguyen Duc Chinh, Tran Tuan Anh, Pham Vu Hung, Pham Gia Anh, Philipp Omar Hannah, Tran Dinh Tho (2017) *Experience on diagnosis of descending necrotizing mediastinitis at Viet Duc Hospital*. The THAI Journal of SURGERY 38: 22-26.
3. Son HS, Cho JH, Park SM, Sun K, Kim KT, Lee SH (2006) *Management of descending necrotizing mediastinitis using minimally invasive video-assisted thoracoscopic surgery*. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques 16(6): 379-382.
4. Landen S, El Nakadi I (2002) *Minimally invasive approach to Boerhaave's syndrome: A pilot study of three cases*. Surgical endoscopy 16(9): 1354-1357.
5. Nakamura Y, Matsumura A, Katsura H et al (2009) *Successful video-thoracoscopic drainage for descending necrotizing mediastinitis*. Gen Thorac Cardiovasc Surg 57(2): 111-115.
6. Pearse HE (1938) *Descending necrotizing mediastinitis*. Ann Surg 108(4): 588-611.
7. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP and Platt MR (1983) *Descending necrotizing mediastinitis*. Surg Gynecol Obstet 157: 545-552.
8. Endo S, Murayama F, Hasegawa T, Yamamoto S, Yamaguchi T, Sohara Y et al (1999) *Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis*. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 47: 14-19.
9. Kroepil F, Schauer M, Raffel AM, Kröpil P, Eisenberger CF, Knoefel WT (2013) *Treatment of early and delayed esophageal perforation*. Indian J Surg 75(6): 469-472.
DOI 10.1007/s12262-012-0539-z.
10. Reinoc J Jones and Paul C Samson (1975) *Esophageal injury. Collective review*. The Annals of Thoracic Surgery 19(2): 216-230.
11. Jiajia Liu, Xiaoli Zhang, Dinghua Xie, Anquan Peng, Xinming Yang, Fenglei Yu, Deliang Liu (2011) *Acute mediastinitis associated with foreign body erosion from the hypopharynx and esophagus*. Otolaryngology, head and neck surgery 146(1): 58-62.
12. Chang S, Cheng BC, Huang J, Mao ZF, Wang TS, Xia J (2006) *Classification and surgical treatment of intrathoracic esophageal injury caused by foreign body* 44(6): 409-411.