

vòng bụng và tăng triglycerid. Một nửa bệnh nhân có tình trạng giảm HDL-C và tăng glucose máu, chỉ có hai bệnh nhân có tăng huyết áp. Tình trạng béo trung tâm, tăng khối lượng mỡ ở bệnh nhân TSTTBS thiếu 21-OH có thể là kết quả của suy giảm chức năng tuyến thượng thận kéo dài, điều này đã được chứng minh catecholamines (adrenalin và noradrenaline) kích thích sự ly giải mô mỡ thấy giảm ở những bệnh nhân TSTTBS hơn nhóm bình thường [6]. Mặt khác, sự xuất hiện tình trạng cường insulin, kháng insulin cũng phản ánh tình trạng suy giảm chức năng tuyến thượng thận kéo dài do catecholamines ức chế sự bài tiết insulin qua receptor  $\beta$  adrenergic. Insulin lại có tác dụng làm tăng tổng hợp glycogen từ glucose, giảm sản xuất glucose từ glycogen, tăng tổng hợp lipid và tích trữ mỡ. Do đó kháng insulin ở gan làm tăng glucose máu, tăng ly giải mỡ dẫn đến tăng sản xuất triglyceride, acid béo tự do. Tăng huyết áp được cho là thứ phát sau tăng insulin máu thông qua cơ chế điều hòa ngược tăng hoạt động hệ thần kinh giao cảm, giữ natri thận và phát triển cơ trơn, mất tác dụng của insulin trên lớp nội mạc để sản xuất nitrit oxit – chất có tác dụng giãn mạch [6]. Do đó, bệnh nhân TSTTBS không được điều trị, điều trị muộn hoặc kiểm soát không tốt làm tăng thời gian phơi nhiễm với steroid sản phẩm trung gian của quá trình tổng hợp, đồng thời giảm chức năng của tuyến thượng thận sẽ dẫn đến sự xuất hiện một loạt các yếu tố khởi phát hội chứng chuyển hóa.

## V. KẾT LUẬN

Hội chứng chuyển hóa là một vấn đề mới cần được quan tâm ở bệnh nhân tăng sản thượng

thận bẩm sinh thiếu 21- $\alpha$  hydroxylase. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân TSTTBS sẽ giúp hiểu rõ hơn tình trạng bệnh tật kèm theo ở các bệnh nhân TSTTBS, giúp dự phòng, điều trị sớm để phòng các biến chứng do HCCH ở bệnh nhân TSTTBS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Speiser P.W., White P.C (2003).** Congenital Adrenal Hyperplasia. The New England Journal of Medicine, 349, 88.
2. **Moreira R.P.P., Villares S.M., Madureira G., et al (2013).** Obesity and familial predisposition are significant determining factors of an adverse metabolic profile in young patients with congenital adrenal hyperplasia. Horm Res Paediatr, 80(2), 111–118.
3. **Ariyawatkul K, Tepmongkol S, Aroonparkmongkol S., et al (2017).** Cardio-metabolic risk factors in youth with classical 21-hydroxylase deficiency. Eur J Pediatr, 176(4), 537–545.
4. **Improda N., Barbieri F., Ciccarelli G.P., et al (2019).** Cardiovascular Health in Children and Adolescents With Congenital Adrenal Hyperplasia Due to 21-Hydroxylase Deficiency. Front Endocrinol (Lausanne), 10, 212.
5. **Weiss R., Bremer A.A., and Lustig R.H (2013).** What is metabolic syndrome, and why are children getting it?. Ann N Y Acad Sci, 1281(1), 123–40.
6. **Charmandari E., Chrousos G.P (2006).** Metabolic syndrome manifestations in classic congenital adrenal hyperplasia: Do they predispose to atherosclerotic cardiovascular disease and secondary polycystic ovary syndrome?. Ann N Y Acad Sci, 1083, 37–53.
7. **Paizoni L., Auer M.K., Schmidt H., et al (2020).** Effect of androgen excess and glucocorticoid exposure on metabolic risk profiles in patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. J Steroid Biochem Mol Biol, 197, 105540.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ÁP XE TRUNG THẤT NGUYÊN NHÂN DO THÙNG THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Phạm Vũ Hùng\*, Nguyễn Đức Chính\*, Trần Tuấn Anh\*, Nguyễn Minh Kỳ\*, Đào Văn Hiếu\*, Trần Tiến Anh Phát\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Áp xe trung thất (AXTT) do thủng thực quản (TQ) đã được biết đến từ lâu là nhiễm

khuẩn nặng, nguy cơ tử vong cao. Mục đích nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật AXTT tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp hồi cứu các trường hợp chẩn đoán AXTT do thủng TQ được điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2016 đến 3/2019, bao gồm các trường hợp tử vong. Chẩn đoán AXTT theo tiêu chuẩn của Estrera (1983), Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của bệnh viện. **Kết quả:** Tổng số 40 ca, tỷ lệ nam: nữ 4,7: 1; Tuổi từ 36 đến 60 tuổi chiếm 60%. Chẩn thương 70%, bệnh lý 30%.

\*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Hùng

Email: hungpv5271@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2021

Ngày duyệt bài: 5.2.2021

Do học xương chiếm 88,5%. Thủng ở 1/3 trên TQ 57,5%, 1/3 giữa TQ 22,5 %, và 1/3 dưới TQ 20%. Type I chiếm 55%, type IIb chiếm 45%, không có type IIa. **Phương pháp điều trị phẫu thuật:** Dẫn lưu đơn thuần 82,1%, mở ngực 17,9%. Trong dẫn lưu có dẫn lưu cổ 40,6%; Dẫn lưu ngực 31,2%, Dẫn lưu cổ + Ngực 28,1%. Trong mở ngực 7/39 gồm mổ mở (05) và nội soi có video hỗ trợ (02). **Cô lập TQ:** 71% mở thông dạ dày, 29 % mở thông hồng tràng. **Xử lý khác:** Xử lý vết thương mạch máu 2 ca gồm tổn thương mạch giáp dưới và cảnh trong; Đặt stent graft ĐMC 02 ca: dò quai ĐM chủ/TQ. **Kết quả điều trị:** Biến chứng 7 (17,5%), Tử vong: 3 trường hợp (7,5%). **Kết luận và kiến nghị:** Việc xử lý phẫu thuật cấp cứu AXTT do thủng thực quản cần dẫn lưu được mũ, theo vị trí của áp xe chọn dẫn lưu cổ hoặc ngực phối hợp, kết hợp cô lập thực quản bằng mở thông dạ dày hoặc hồng tràng.

**Từ khóa:** Thủng thực quản; Áp xe trung thất; Áp xe trung thất lan tỏa.

## SUMMARY

### REMARKS ON SURGICAL MANAGEMENT OF THE DESCENDING NECROTIZING MEDIASTITIS CAUSED BY ESOPHAGEAL PERFORATION ON EMERGENCY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Purpose:** Descending Necrotizing Mediastinitis (DNM) caused by perforation of the esophagus has been known as the lifethreatening infection. Aim of this paper is to evaluate the results of surgical treatment of DNM at Viet Duc Hospital. **Materials and Methods:** A prospective and retrospective study of cases diagnosed DNM due to perforation of the esophagus were treated in Viet Duc Hospital from 1/2016 to 3/2019 including the deaths and discharged to die. The diagnosis criterias of DNM was based on Estrera (1983) standard. The database is collected and analysed by SPSS.20.0. The proposal of study was agreed by the scientific committee of hospital. **Results:** A total of 40 cases, rate of man and women were 4,7:1, mostly ages were between 36 and 60 years old in 60%. Esophageal perforation caused by bone is in 88,5%. Location esophageal lesions: 1/3 upper in 57,5%, 1/3 middle in 22,5 % and 20 % accounted for one third lower part. Type I was 55%, and type IIb accounts for 45%, however, no typeIIa was observed. **Surgical procedures:** Pus drainage including drainage only 82.1%, by thoracotomy 17.9%. Drainage includes: cervical drainage 40.6%; Chest drainage 31.2%, Cervical + Chest drainage 28.1%. Thoracotomy in 7/39 cases including open surgery (05) and VATs – Video Assisted Thoracotomies (02). **Isolation of esophageal perforation:** 71% gastrostomy, and jejunostomy in 29%. **Other procedures:** 2 cases of vascular wound treatment, stent graft 02 cases due to arc aortic artery fistula to esophagus. **Treatment results:** Complications 7 (17.5%), Death: 3 cases (7.5%). **Conclusions and recommendations:** Surgical treatment of DNM on emergency due to perforation of the esophagus needs to drain pus, according to the position of the abscess, cervical drain and chest tube in combination, associated with the esophageal

isolation by gastrostomy or jejunostomy.

**Keywords:** Perforation of the esophagus; Mediastinal abscess; Descending Necrotizing Mediastinitis,

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe trung thất (AXTT) hay áp xe trung thất lan tỏa (AXTTLT) Descending Mediastinal Infections - Descending Necrotizing Mediastinitis được Pearse HE [1] mô tả lần đầu tiên năm 1938 là một bệnh lý nhiễm trùng nặng của tổ chức liên kết vùng cổ, lan rộng đến ngực và bệnh nhân tử vong hầu hết do không được điều trị hoặc không thể điều trị được. Năm 1938 Estrera AS [2] đã đưa ra tiêu chí chẩn đoán AXTT vẫn được áp dụng cho đến ngày nay. Mặc dù có những tiến bộ về điều trị và hồi sức cho đến nay AXTT tử vong cao đến gần 60% trong một số các báo cáo. Bệnh nhân chủ yếu tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng hoặc chảy máu cấp tính do tổn thương các mạch lớn. Việc kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh lý AXTT cần được quan tâm đúng mức ngoài phẫu thuật cấp cứu dẫn lưu mũ [1-3].

Tại Việt nam hiện nay không nhiều những nghiên cứu về AXTT. Một số nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính và cộng sự tại bệnh viện Việt Đức (các giai đoạn 2001 và 2017) [4], Nguyễn Công Minh (2014) bệnh viện Chợ Rẫy tử vong chung từ 17% đến 35% [5]. Tuy nhiên các nghiên cứu sâu về bệnh lý AXTT đặc biệt liên quan vi sinh và điều trị kháng sinh, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Kết quả điều trị phẫu thuật AXTT nguyên nhân do thủng thực quản tại bệnh viện Việt Đức*" với mục tiêu :

- *Mô tả các phương pháp điều trị phẫu thuật AXTT do thủng thực quản*

- *Đánh giá kết quả điều trị sớm sau phẫu thuật.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân được chẩn đoán AXTT do thủng TQ được điều trị tại bệnh viện Việt Đức, bao gồm cả tử vong, thời gian từ 2016 đến 2019, không phân biệt tuổi giới

### Tiêu chuẩn chẩn đoán AXTT theo Estrera (1983) [2]:

Biểu hiện lâm sàng nhiễm khuẩn nặng;

Hình ảnh điển hình áp xe trên x quang;

Mối liên hệ giữa các bệnh lý vùng hầu họng và quá trình tiến triển thành áp xe có bằng chứng qua phẫu thuật hoặc qua pháp y;

### Phân loại theo Endo S (1999) [6]:

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: Gồm type IIa mũ hoàn toàn nằm phía trước trên trung thất; type IIb mũ lan phía sau dưới trung thất hay nằm ở sau tim.

**Cỡ mẫu:** Lấy toàn bộ các bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Các trường hợp AXTT không do nguyên nhân từ tổn thương TQ

Bệnh nhân và gia đình từ chối tham gia nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

**Bảng 3.1. Đặc điểm AXTT liên quan tuổi và giới**

Giới \ Tuổi	≤15	16-25	26-35	36-45	46-60	> 60	Tổng	
							n	%
Nam	3	1	2	7	13	7	33	82.5
Nữ	0	1	0	1	3	2	7	17.5
Tổng n	3	2	2	8	16	9	40	
%	7.5	5	5	20	40	22.5		100,0

**Nhận xét:** Nam chiếm 82,5%, nữ chiếm 17,5%, tỷ lệ nam: nữ là 4,7: 1. Tuổi mắc nhiều là 36 đến 60 chiếm tới 60%. Tuổi trung bình 56,3 ± 8,6.

**Nguyên nhân thủng TQ:** Do chấn thương chiếm phần lớn 70% (28/40), bệnh lý 30%, không có nguyên nhân do can thiệp y tế.

Trong nguyên nhân chấn thương dị vật thì xương động vật là chủ yếu: 23/26 chiếm 88,5%, trong đó xương gà: 12/23 (52,2%), xương cá: 9/23 (39,1%).

**Bệnh lý:** Boehaave chiếm chủ yếu 5/12 (66,7%), không rõ 4/12 (33,4%).

**Phân loại mức độ (Endo S)**

**Bảng 3.2. Phân loại theo Endo S**

Phân loại theo Endo S	N	Tỷ lệ (%)
Type I	22	55
Type IIa	0	0,0
Type IIb	18	45
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Type I và type IIb không khác biệt nhiều (55% và 45%), tuy nhiên type IIa không có ca nào.

**3.2. Điều trị can thiệp: 1 điều trị nội; 39 trường hợp can thiệp phẫu thuật cấp cứu**

**Dẫn lưu mũ:** Gồm dẫn lưu 82,1%, mở ngực 17,9%.

**Bảng 3.3 Dẫn lưu mũ**

Phương pháp	n =39	%
<b>Dẫn lưu mũ</b>		
Dẫn lưu cổ (13)	32	82,1
Dẫn lưu cổ ngực (9)		
Dẫn lưu ngực (10)		
Mở ngực do ổ cản màng phổi	7	17,9
Mở thường (5); VATs *(2)		

Bệnh nhân chẩn đoán AXTT nhưng chưa phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Phương pháp nghiên cứu.** Hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả lâm sàng, theo dõi dọc, không so sánh. Thiết kế mẫu bệnh án thu thập thông tin

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của BVHNVĐ. Mọi thông tin cá nhân trong nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm chung**

**Tuổi giới:**

**Nhận xét:** Dẫn lưu mũ 32/39 (82,1%): Dẫn lưu cổ 13/32 (40,6%), Dẫn lưu cổ + ngực 9/32 (28,1%), Dẫn lưu ngực 10/32 (31,2%). Mở ngực do ổ cản màng phổi 7/39 (17,9%).

**Cô lập TQ:** 71% mở thông dạ dày, 29 % mở thông hồng tràng

**Xử lý thủng TQ:** không có

**Xử lý khác:** Xử lý vết thương mạch máu 2 ca gồm tổn thương mạch giáp dưới và cảnh trong ; Đặt stent graft ĐMC 02 ca: dò quai ĐM chủ/TQ

**3.3. Kết quả điều trị:**

**Biến chứng:** 7/40 ca có biến chứng, chiếm tỷ lệ 17,5% gồm: Chảy máu vết mổ 3, suy đa tạng 2, rò chân mở thông dạ dày 2

**Tái khám:** Tái khám sau 1 tháng: 91% liền TQ và được rút mở thông

Tái khám sau 3 tháng: 100% còn lại liền TQ

**Tử vong:** Trong thời gian nghiên cứu có tử vong: 3/40, chiếm 7,5% gồm 01 nguyên nhân tổn thương mạch máu, 01 do sốc nhiễm khuẩn, 01 suy đa tạng.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm bệnh nhân AXTT do tổn thương thực quản**

**Tuổi:** Tuổi trung bình của những bệnh nhân AXTT trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,3 ± 8,6, trong khi nghiên cứu của các tác giả khác Ricardas J là 55,3±15,4, Sofia Arizaga là 40 tuổi. Như vậy tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn [6,9]

**Giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ 4,7:1, phù hợp với các tác giả khác như Ricardas J là 2,7: 1, Nguyễn Đức Chính 3:1. [7,9]

**Nguyên nhân tổn thương TQ:** Hầu hết các nghiên cứu của tác giả nước ngoài nguyên nhân thủng TQ do can thiệp y tế chiếm tới 70%. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì nguyên nhân hàng đầu chấn thương chiếm 70%, đặc biệt nguyên nhân hóc xương chiếm 88,5%, không có trường hợp nào liên quan đến can thiệp y tế. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính [7] có 02 trường hợp liên quan sau phẫu thuật nẹp vis cột sống cổ.

#### **4.2. Điều trị phẫu thuật AXTT bao gồm việc dẫn lưu mủ, cô lập TQ và xử lý tổn thương TQ**

**4.2.1. Dẫn lưu mủ.** Trong nghiên cứu của Ricardas [9] (2013) nghiên cứu 45 bệnh nhân AXTT: Type I chiếm đa số 56%, type IIa 22%, type IIb chiếm 22%. Tác giả có 35,6% dẫn lưu cổ đơn thuần, 11% dẫn lưu ngực đơn thuần, 53,4% dẫn lưu kết hợp cả cổ và ngực. Sofia Arizaga (2015) thực hiện mở ngực 50% [4]. Nguyễn Công Minh (2012)[8] có 19 bệnh nhân tại bệnh viện Chợ Rẫy tổn thương TQ do Boerhaave, 80% mở ngực vì tổn thương vị trí 1/3 dưới.

Trong nghiên cứu lượng lớn của E. Weaver [5] các bệnh nhân có thể dẫn lưu cổ hoặc ngực theo phân loại Endo. Tuy nhiên tử vong trong nhóm kết hợp mở cổ và ngực là 19%, trong khi nhóm chỉ dẫn lưu cổ chiếm tới 47%. Việc quyết định đường dẫn lưu mủ và dẫn lưu triệt để quan trọng liên quan tiên lượng bệnh. Trường hợp mủ cả 2 bên cần phải dẫn lưu cả 2 phía. Nếu mở ngực nội soi VATs nhất là đối với AXTT type IIb rất cần thiết vì có thể tiếp cận mủ và làm sạch thay vì mở ngực thông thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi chúng tôi thực hiện số lần dẫn lưu mủ đơn thuần 82,1%, mở ngực là 17,9%.

**4.2.2 Cô lập thực quản và nuôi dưỡng.** Mở thông dạ dày được đa số các tác giả khuyến cáo thực hiện mở thông mục đích cho nuôi dưỡng. Mặt khác mở thông dạ dày nhằm mục đích cô lập tổn thương TQ. Ví dụ dạ dày được cấp máu tốt, có thành dày, việc mở thông cũng dễ thực hiện. Đa số các tác giả thực hiện mở thông dạ dày phương pháp Fontan cải tiến. Nguyễn Đức Chính và cộng sự [7] thực hiện 81,3% mở thông dạ dày. Một số các tác giả khác có tỷ lệ mở thông dạ dày trên 70%, 20% mở thông hồng tràng. Một số tác giả chủ trương chỉ đặt thông dạ dày qua mũi mục đích nuôi dưỡng và

cách ly TQ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 71 % mở thông dạ dày. 100% mở thông dạ dày phương pháp Fontan cải tiến và ống thông Pezzer được đưa vào dạ dày. 89% trường hợp được nuôi ăn sớm trong 6h đầu tiên sau mổ.

Cũng giống như mở thông dạ dày, mở thông hồng tràng nhằm mục đích nuôi dưỡng và cô lập tổn thương TQ. Mở thông hồng tràng đem lại rất nhiều lợi ích cho bệnh nhân: ăn qua mở thông hồng tràng ngay 48h sau phẫu thuật làm giảm lượng dịch nuôi dưỡng, tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân. Sofia Arizaga (2015) [6] có 75% ca mở thông hồng tràng nuôi dưỡng. Nguyễn Đức Chính và Cs [7] thực hiện 20% mở thông hồng tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29 % mở thông hồng tràng. Các trường hợp này được chỉ định do tổn thương TQ ở vị trí 1/3 dưới như các tác giả.

**4.2.3. Xử lý thực quản thì đầu.** Nếu trước đây các tác giả nêu nhiều ý kiến cần giải quyết nguyên nhân gây áp xe là tổn thương TQ, ngay cả các biện pháp can thiệp phẫu thuật triệt để như cắt đôi TQ, tạo hình TQ trong cấp cứu bằng trám cơ, hoặc đơn giản chỉ là khâu lỗ thủng nhằm giúp cho quá trình liền tổn thương nhanh chóng, người bệnh có thể ăn uống sớm. Tuy nhiên quan điểm hiện nay các can thiệp như trám kheo sinh học, đặt stent sẽ hạn chế can thiệp như trên trong cấp cứu do nguy cơ cao vì:

- Xử lý khâu ngay thì đầu ít hiệu quả do ổ nhiễm khuẩn nguy cơ bị bục, xì chỗ khâu/tạo hình rất lớn

- Kéo dài cuộc mổ không cần thiết và ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh

- Kíp phẫu thuật và phương tiện chuyên khoa chưa sẵn sàng

Theo F. Kroepil [4] và cộng sự nghiên cứu qua 22 bệnh nhân trong đó 7 bệnh nhân được khâu TQ thì đầu, 4 BN tạo hình bằng vạt cơ và 7 BN cắt TQ. Thành công 80,9%, các biến chứng gặp phổ biến là xì rò sau khâu và trám cơ. Nguyễn Công Minh (2012)[8] bệnh viện Chợ Rẫy thực hiện khâu TQ đường ngực 9/19 ca: 05 tử vong sau đó nhiễm khuẩn và suy đa tạng, 04 ca xì rò chỗ khâu. Nghiên cứu của chúng tôi có 01 ca khâu TQ thì đầu, tuy nhiên thực hiện tại bệnh viện tuyến dưới, và khi chuyển lên thì bục và rò.

**4.2.3. Điều trị bổ sung.** Theo Nguyễn Công Minh (2013) [8] nên làm tối thiểu thì đầu: phải lấy triệt để các thức ăn, vật lạ, mô hoại tử, dẫn lưu hiệu quả TT và khoang màng phổi bằng ống cỡ lớn, kèm theo tưới rửa, nuôi ăn qua ống thông hồng tràng và giải áp dạ dày, kết hợp với kháng sinh đường tĩnh mạch thích hợp liên tục

trong 7-10 ngày. Nên chú ý phẫu thuật dẫn lưu đơn thuần mà không lấy sạch các mô chết, thức ăn vừa vỡ ra thì đều thất bại, tử vong cao như một hình thức điều trị bảo tồn không can thiệp. Nguyễn Đức Chính cho thấy rửa nước muối sinh lý giảm vi khuẩn, kiểm soát chảy máu vết mổ, thay băng đơn giản [7]

Chúng tôi tưới rửa nước muối sinh lý có pha Betadin trong 100% trong 1 đến 2 tuần

#### 4.2.4. Tai biến/biến chứng

**Chảy máu.** Vị trí tổn thương ở đoạn cổ thường liên quan bó mạch cảnh, động mạch giáp dưới trong quá trình bóc tách đi xuống TT. Tổn thương quai động mạch chủ trong ngực hầu như tử vong 100%. Theo E. Weaver [5] tổn thương mạch trong AXTT bao gồm tổn thương mạch cảnh trong, mạch cánh tay đầu, hoặc hoại tử mạch đốt sống xa (proximal vertebral artery), mạch dưới đòn. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính (2015) [7] có 01 trường hợp tổn thương mạch cảnh, 01 trường hợp chảy máu tĩnh mạch cổ nông. Trong nghiên cứu có trường hợp tổn thương mạch máu nghiêm trọng 02 không cứu được

**Sốc nhiễm trùng.** Sốc nhiễm trùng là một trong những nguy cơ cao gây tử vong. Nghiên cứu của Nguyễn Công Minh (2012) tất cả các trường hợp AXTT có sốc nhiễm trùng đều tử vong. Nguyễn Đức Chính (2015) tử vong 16,7%, do mất máu và sốc nhiễm khuẩn (suy đa tạng) [7,8]. Sốc nhiễm khuẩn nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp sốc nhiễm khuẩn, sau đó tử vong. Rò chân mở thông dạ dày/hồng tràng

Nguyễn Đức Chính [7] có 7,1% rò chân mở thông dạ dày phải làm lại. Nghiên cứu của chúng tôi có 02 trường hợp rò chân mở thông dạ dày được mổ làm lại mở thông. Cả 2 bệnh nhân liên quan bệnh nền, suy dinh dưỡng.

**4.2.5. Tử vong.** Tử vong cao ở nhóm tổn thương TQ 1/3 dưới và hội chứng Boerhaave do tổn thương thường lớn, chẩn đoán muộn. Nguyễn Công Minh (2012) tử vong tới 47% do hầu hết bệnh nhân hội chứng Boerhaave lại chẩn đoán và xử lý chậm. Tuy nhiên phân tích tử vong các thể AXTT cũng khác nhau. Theo Ricardas J (2013) tử vong type I là 10%, trong khi type IIa và type I Ib đến tới 32% [8,9].

Nghiên cứu chúng tôi có 03 trường hợp tử vong, chiếm tỷ lệ 7,5% do mất máu và suy đa tạng đều type IIb. Kết quả này thấp so với kết quả của tác giả trong nước và trên thế giới.

## V. KẾT LUẬN

**Điều trị phẫu thuật:** 1 điều trị nội; 39 trường hợp can thiệp phẫu thuật cấp cứu gồm: Dẫn lưu 82,1%, mở ngực 17,9%. Dẫn lưu cổ 40,6%; Dẫn lưu ngực 31,2%, Dẫn lưu cổ + Ngực 28,1%.

Mở thông dạ dày 71%, hồng tràng 29%.

**Kết quả điều trị:** Biến chứng 7 (17,5%): Chảy máu vết mổ 2, Rò chân mở thông 02, Sốc nhiễm trùng 01, suy đa tạng 01

Tái khám sau 1 tháng: 91% liền TQ và được rút mở thông

Tử vong: 3 trường hợp, chiếm 7,5%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pearse Herman E Jr (1938)**, Mediastinitis following cervical suppuration. *Ann Surg*; 108:588-611.
2. **Estrera AS, Lanay MJ, Grisham JM et al (1983)**, Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet*; 157 :545-52.
3. **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.
4. **F. Kroepil & M. Schauer & A. M. Raffel & P. Kröpil & C. F. Eisenberger & W. T. Knoefel (2013)**, Treatment of Early and Delayed Esophageal Perforation. *Indian J Surg*; 75(6):469-472.
5. **E. Weaver; X. Nguyen; M.A. Brooks (2010)**, Descending Necrotizing Mediastinitis: two case reports and review of the literature, *Eur. Respir. Rev*; Jun; 19 (116) :141-9.
6. **Sofia Arizaga, Edgar Bruck Rodas, Raul Pino, Jeovanni Reinoso et al (2015)**, Descending Necrotizing Cervicomedastinitis Secondary to Esophageal Perforation: Management in a Hospital with Limited resources. *Paramerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery*; 4(1):23-29
7. **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 Volume 38* January - March 2017.
8. **Nguyễn Công Minh (2013)**, Hội chứng Boerhaave hay hội chứng vỡ thực quản do nôn ói mạnh tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện cấp cứu Trưng Vương trong 14 năm (1999 – 2012). Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Tập 17 \* Phụ bản của Số 4.
9. **Ričardas Janilionis<sup>1</sup>, Žymantas Jagelavičius<sup>1</sup>, Pavel Petrik<sup>1</sup>, Gintaras Kiškis<sup>1</sup>, Vytautas Jovaišas<sup>1</sup>, Algis Kybartas<sup>1</sup>, et al (2013)**, Diffuse descending necrotizing mediastinitis: surgical treatment and outcomes in a single-centre series. *Acta medica lituanica*. 2013. Vol. 20. No. 3. P.117-128.