

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NGỰC ĐIỀU TRỊ TÚI THỪA 1/3 GIỮA THỰC QUẢN

Vũ Ngọc Sơn\*, Triệu Triều Dương\*

## TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Khoảng 65% các trường hợp túi thừa thực quản không có triệu chứng và được phát hiện qua nội soi, chủ yếu là túi thừa ở thực quản cổ hay túi thừa Zenker. Túi thừa thực quản 1/3 giữa là tổn thương hiếm gặp. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt túi thừa thực quản 1/3 giữa đã được báo cáo, nhưng số trường hợp còn ít. Trình bày ca bệnh: Bệnh nhân nữ 60 tuổi biểu hiện đau tức ngực khi ăn, nội soi chẩn đoán có túi thừa thực quản 1/3 giữa (cách cung răng trước 30cm), đường kính của túi thừa là 5cm. Chúng tôi chỉ định cắt túi thừa thực quản qua phẫu thuật nội soi đường ngực phải. Bệnh nhân tư thế nằm sấp, sử dụng 4 trocar, kết hợp nội soi ống mềm trong mổ để xác định ranh giới cổ túi thừa, sử dụng 01 Stapler Endo GIA 60mm để cắt ngang cổ túi thừa. Chụp cản quang đường tiêu hóa trên sau mổ cho thấy không có bất thường. Bệnh nhân được cho ăn đường miệng sau mổ 7 ngày và xuất viện sau 10 ngày. Kết quả nội soi khám lại tại thời điểm 6 tháng, 1 năm và 2 năm sau mổ không ghi nhận bất thường. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đường ngực phải là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị bệnh lý túi thừa thực quản 1/3 giữa. Việc kết hợp nội soi ống mềm trong mổ xác định cổ túi thừa rất hữu ích để giảm nguy cơ biến chứng rò thực quản và tái phát sau phẫu thuật.

## SUMMARY

### A CASE REPORT: THORACOSCOPIC RESECTION TO TREAT DIVERTICULUM IN THE MIDDLE ESOPHAGUS

**Introduction:** Approximately 65% of esophageal diverticulum cases are asymptomatic and are found by endoscopic examination. Symptomatic middle esophageal diverticulum requiring surgery is rare. In recent years, laparoscopic surgery for middle esophageal diverticulum has been reported. **Case presentation:** A 60-year-old female patient with symptoms of chest pain when eating, was diagnosed endoscopically as having a middle esophageal diverticulum (30cm from from the incisor row) the diameter of the diverticulum is 5cm. We decided to perform a thoracoscopic diverticulectomy. The patient in a prone position via 4 ports, and intraoperative endoscopy was performed during the surgery. To achieve a complete resection of the diverticulum, threads were placed on the oral and anal sides of the diverticulum, the threads were pulled, and the

diverticulum was resected using Stapler Endo GIA 60mm. A postoperative upper gastrointestinal contrast examination revealed no abnormalities. She was given oral food 7 days after surgery and discharged after 10 days. The results of endoscopic re-examination at 6 months, 1 year and 2 years after surgery did not show any abnormalities. **Conclusion:** Laparoscopic thoracoscopic surgery is a feasible and safe method for the treatment of middle esophageal diverticulum. The surgery combined with intraoperative flexible endoscopic tube to identify the hernia sac neck is very useful to reduce the risk of esophageal fistula complications and postoperative recurrence.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa thực quản là một bệnh ít gặp ở thực quản, với tổn thương dạng túi nhô ra bên ngoài tại điểm yếu thành thực quản. Tổn thương có thể xuất hiện tại bất cứ vị trí nào trong niêm mạc thực quản giữa hầu họng và dạ dày. Túi thừa thực quản có thể gặp ở mọi lứa tuổi, chiếm tỷ lệ 1% các túi thừa ở đường tiêu hóa. Khoảng 65% trường hợp túi thừa thực quản không có triệu chứng và được phát hiện qua nội soi, trong đó thường gặp nhất là túi thừa Zenker [1]. Túi thừa thực quản 1/3 giữa là tổn thương hiếm gặp và khó xử lý do nằm ở sâu trong trung thất. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi điều trị túi thừa thực quản giữa đã được báo cáo bởi một số tác giả trên thế giới [2], tuy nhiên số trường hợp ghi nhận còn rất ít, quy trình phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật vẫn chưa được đánh giá tổng quát. Trong bài này, chúng tôi báo cáo một trường hợp túi thừa thực quản 1/3 giữa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua đường ngực phải.

## II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 60 tuổi có tiền sử tăng huyết áp. Đợt này bệnh nhân biểu hiện đau tức ngực sau xương ức khi ăn, không nôn, không nuốt nghẹn.

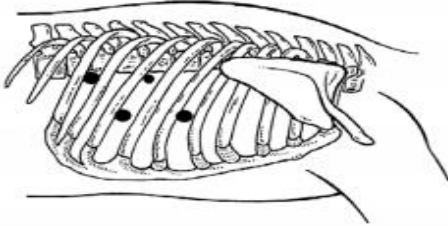
Bệnh nhân đã được nội soi chẩn đoán túi thừa thực quản 1/3 giữa (cách cung răng trước 30cm), đường kính của túi thừa là 5cm.



**Hình 1. Hình ảnh túi thừa thực quản qua nội soi và cắt lớp vi tính ngực**

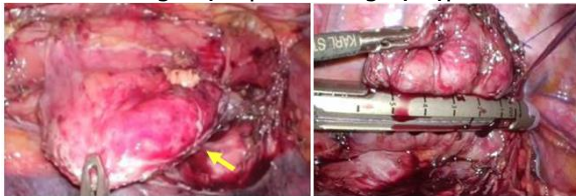
\*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Sơn  
 Email: sonk33g@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 24.6.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 16.8.2022  
 Ngày duyệt bài: 23.8.2022

Chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh túi thừa lớn thực quản 1/3 giữa, ứ đọng thuốc cản quang trong lòng túi thừa. Bệnh nhân được chỉ định cắt túi thừa thực quản qua phẫu thuật nội soi đường ngực phải. Bệnh nhân tư thế nằm sấp, dưới gậy mê nội khí quản sử dụng ống Carlens, chỉ thông khí phổi trái và làm xẹp phổi phải. Sử dụng 4 trocar: 01 trocar 12 mm được đặt ở khoang liên sườn 9 đường nách sau, 01 trocar 10mm 7 đường nách giữa, 02 trocar 5mm đặt ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa và khoang liên sườn 6 đường nách sau.



**Hình 2. Vị trí đặt các trocar**

Sau khi làm xẹp phổi phải và xác định vị trí túi thừa ở 1/3 giữa thực quản, chúng tôi dùng dao siêu âm bóc tách đáy túi ra khỏi các tổ chức xung quanh, đồng thời kết hợp nội soi ống mềm trong mổ để xác định rõ ranh giới cổ túi thừa và thành thực quản bình thường. Sau đó, dùng 01 Stapler Endo GIA 60mm 3 hàng ghim để cắt ngang cổ túi thừa. Hình ảnh nội soi ống mềm cho thấy túi thừa đã được cắt hoàn toàn, diện cắt kín và lòng thực quản không bị hẹp.



**Hình 3. Bộc lộ và cắt ngang cổ túi thừa**

Chụp XQ thực quản dạ dày có thuốc cản quang sau mổ không có bất thường. Bệnh nhân được cho ăn đường miệng sau mổ 7 ngày và xuất viện sau 10 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ thành túi thừa có một lớp cơ và một lớp niêm mạc, không có tế bào ác tính.

**Hình 4. Chụp XQ thực quản dạ dày có thuốc cản quang sau mổ**



Bệnh nhân được tái khám sau mổ tại các thời điểm 6 tháng, 1 năm và 2 năm sau mổ, kết quả nội soi và chụp XQ có ứ đọng thuốc cản quang không ghi nhận tái phát hay hẹp thực quản.

### III. BÀN LUẬN

Túi thừa thực quản được chia làm 2 loại: Túi thừa bẩm sinh có từ lúc sinh ra do bất thường cấu trúc giải phẫu thực quản và túi thừa mắc phải gặp ở người lớn, thường liên quan đến tình trạng tăng áp lực cơ kéo từ bên ngoài lên thành thực quản do viêm, làm cho vùng bị yếu trên thành thực quản nhô ra tạo thành túi thừa [1].

Thông thường túi thừa thực quản tiến triển chậm qua nhiều năm (5-10 năm). Các triệu chứng thường gặp và tăng dần bao gồm: Đau ngực hoặc có cảm giác khó chịu sau xương ức, khó nuốt, nôn, ho khan, hơi thở có mùi hôi, nghe có tiếng óc ách khi túi thừa ứ đọng thức ăn, thể trạng suy kiệt do không ăn uống được, trào ngược gây ra bởi túi thừa, thường xảy ra vào ban đêm hoặc khi nằm, dẫn đến khó thở, viêm phổi và áp xe phổi,... Các triệu chứng xấu đi khi nuốt nghẹn, thậm chí có viêm, vỡ và thủng túi thừa thực quản là biến chứng nguy hiểm và cần được can thiệp ngoại khoa ngay [1], [2].

Túi thừa 1/3 giữa thực quản là tổn thương hiếm gặp, chủ yếu được báo cáo qua các ca lâm sàng, do vậy chỉ định phẫu thuật điều trị tổn thương này vẫn chưa được thống nhất. Nhiều báo cáo cho rằng nên tiến hành phẫu thuật nếu có bất kỳ triệu chứng nào [3]. Tổn thương túi thừa nằm ở trung thất sau, liên quan đến nhiều tạng quan trọng như tim, phổi và động mạch chủ,... do đó, các cuộc phẫu thuật mở ngực được cho là nặng nề và có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao, đặc biệt là biến chứng về hô hấp. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển và ưu điểm ngày càng được khẳng định của phẫu thuật nội soi nói chung, các tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi lồng ngực như một phương pháp điều trị túi thừa thực quản giữa một cách hiệu quả, giúp giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng. Chúng tôi thực hiện cắt túi thừa qua phẫu thuật nội soi đường ngực phải vì bệnh nhân có triệu chứng làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và khả năng ác tính của biểu mô không điển hình tại túi thừa thực quản. Chúng tôi cho rằng cách tiếp cận nội soi đối với tổn thương này có thể khó khăn khi phẫu tích túi thừa lớn và nguy cơ xì rò đường cắt khâu sau mổ dẫn đến áp xe trung thất là một trong những biến chứng rất nặng nề.

Đến nay, chưa có nghiên cứu phân tích tổng hợp nào so sánh kết quả phẫu thuật mở so với phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị túi thừa thực quản 1/3 giữa được báo cáo. Macke và cộng sự so sánh kết quả của 205 bệnh nhân được phẫu thuật mở ngực và 183 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và báo cáo tỷ lệ biến chứng lần lượt

là 23% và 15% và tỷ lệ rò diện cắt lần lượt là 9% và 7%, qua đó cho thấy sự an toàn của phẫu thuật nội soi [4]. Các nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi đường ngực cắt túi thừa thực quản có ưu điểm như giảm thiểu chảy máu và giảm đau, phục hồi nhanh sau phẫu thuật và giảm các biến chứng liên quan đến hô hấp.

Khi thực hiện cắt túi thừa, điều quan trọng là phải giảm nguy cơ rò diện cắt, tái phát và hẹp thực quản sau phẫu thuật. Dựa trên kinh nghiệm của mình, chúng tôi cho rằng cần phẫu tích bóc tách rõ và cắt sát phần cổ túi thừa là quan trọng để ngăn ngừa tái phát và hẹp thực quản sau mổ. Trong trường hợp này, để tách túi thừa ra một cách an toàn, chúng tôi kết hợp với nội soi ống mềm trong mổ để xác định ranh giới cổ túi thừa với phần thực quản lành, sau đó tiến hành cắt sát cổ túi thừa bằng Stapler Endo GIA 60mm, khâu tăng cường diện cắt bằng chỉ Vicryl 3/0 để giảm nguy cơ rò. Vai trò của nội soi ống mềm trong quá trình cắt bỏ túi thừa cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Palanivelu C và cộng sự [5]

Tỷ lệ túi thừa thực quản phát triển thành ung thư đã được báo cáo từ 0,3 - 3% [6], và sự kích thích mãn tính của niêm mạc túi thừa thực quản được coi là nguyên nhân sinh ung thư. Trên thực tế, ung thư túi thừa rất hiếm và cơ chế khởi phát vẫn chưa được biết rõ. Trong phẫu thuật điều trị túi thừa thực quản, cần đánh giá kỹ khả năng ung thư của túi thừa dựa vào hình ảnh nội soi và giải phẫu bệnh. Trong trường hợp của chúng tôi, hình ảnh nội soi trước và trong mổ thấy tình trạng viêm ở niêm mạc túi thừa, giải phẫu bệnh sau mổ không có tế bào ác tính. Báo cáo của Fu K. và cộng sự cho thấy nếu giải phẫu bệnh niêm mạc túi thừa có tế bào ung thư, cần xét chỉ định

phẫu thuật lại để cắt thực quản [7].

#### IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường ngực là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị túi thừa thực quản 1/3 giữa. Việc kết hợp nội soi ống mềm trong mổ xác định cổ túi thừa rất hữu ích để giảm nguy cơ biến chứng rò thực quản và tái phát sau phẫu thuật.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas ML, Anthony AA, Fosh BG, Finch JG, Maddern GJ.** Oesophageal diverticula. Br J Surg. 2001;88:629–42.
2. **Caronia FP, Fiorelli A, Santini M, Lo Monte AI.** Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery resection of a giant midesophageal diverticulum. Ann Thorac Surg. 2017;103:e365–7.
3. **Castrucci G, Porziella V, Granone PL, Picciocchi A.** Tailored surgery for esophageal body diverticula. Eur J Cardiothorac Surg. 1998;14:380–7.
4. **Macke RA, Luketich JD, Pennathur A, Bianco V, Awais O, Gooding WE, Christie NA, Schuchert MJ, Nason KS, Levy RM.** Thoracic esophageal diverticula: a 15-year experience of minimally invasive surgical management. Ann Thorac Surg. 2015;100:1795–803.
5. **Palanivelu C, Rangarajan M, Maheshkumar GS, Senthilkumar R.** Minimally invasive surgery combined with perioperative endoscopy for symptomatic middle and lower esophageal diverticula. A single institute's experience. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2008;18:133–8.
6. **Bebacci JC, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Daly RC, Pairolo PC.** Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. Ann Thorac Surg. 1993;55:1109–13.
7. **Fu K, Jin P, He Y, Suzuki M, Sheng J.** A superficial esophageal cancer in an epiphrenic diverticulum treated by endoscopic submucosal dissection. BMC Gastroenterol. 2017;17:94.

## KHẢO SÁT CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI MỘT BỆNH VIỆN ĐA KHOA THUỘC THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Lê Thanh Tâm<sup>1</sup>, Nguyễn Hương Thảo<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems, DRPs) thường gặp ở bệnh

nhân (BN) ngoại trú, có thể làm giảm hiệu quả và an toàn trong điều trị. Do đó, việc xác định DRPs trong kê đơn và các yếu tố liên quan là cần thiết để tối ưu hóa việc điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tần suất, các loại DRPs trong kê đơn cho BN ngoại trú và các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên các đơn thuốc của BN điều trị ngoại trú tại một bệnh viện đa khoa hạng 1 ở thành phố Thủ Đức, từ 1/11/2021 đến tháng 15/11/2021. DRPs được xác định bằng cách so sánh

\*Đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022