

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ ÁP XE TRUNG THẤT LAN TỎA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đức Chính¹, Phạm Vũ Hùng¹,
Trần Tuấn Anh¹, Nguyễn Minh Kỳ¹

TÓM TẮT

Áp xe trung thất lan tỏa (AXTTLT) là bệnh nhiễm trùng nặng, khá hiếm gặp, tỷ lệ tử vong cao. Nguyên nhân gặp hầu hết do các bệnh lý vùng hàm miệng, hoặc do biến chứng thủng thực quản. Chẩn đoán và điều trị sớm có thể giảm bớt nguy cơ biến chứng và tử vong. Chẩn đoán và can thiệp sớm giúp giảm nguy cơ biến chứng và tử vong. Trong xử lý cấp cứu cần ưu tiên đặc biệt xử trí đường thở, nhất là những trường hợp nguyên nhân do viêm tấy lan tỏa sàn miệng, dùng kháng sinh phổ rộng có tác dụng với các vi khuẩn ái khí và kỵ khí, can thiệp phẫu thuật kịp thời. Phẫu thuật mở rộng dẫn lưu ổ áp xe cả đường cổ kết hợp mở ngực nếu cần thiết và cho rửa ổ áp xe liên tục tiên lượng điều trị sẽ tốt hơn. Hầu hết nguyên nhân AXTTLT hiện nay ở Việt Nam do nguyên nhân thủng thực quản nên chúng tôi khuyến cáo thực hiện nội soi thực quản cấp cứu để kết hợp chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: Áp xe trung thất lan tỏa, thủng thực quản, viêm tấy sàn miệng lan tỏa (Lugwig).

ABSTRACT

EXPERIENCE ON MANAGEMENT OF DESCENDING MEDIASTINAL INFECTION AT VIET DUC HOSPITAL

Nguyen Duc Chinh¹, Pham Vu Hung¹,
Tran Tuan Anh¹, Nguyen Minh Ky¹

Although the surgical approach described, together with comprehensive critical care management, have improved mortality and complication of DMIs can be severe. Early recognition and treatment are essential in order to minimize morbidity and mortality. Management priorities should include securing the patient airway especially in case of Ludwig's angina, initiating broad-spectrum antibiotic to cover both aerobic and anaerobic species and prompt timely surgical interventions. Which emergency cervical and mediastinal abscess drainage and irrigation via a thoracic approach can protect the patient from catastrophic results. Due to the esophageal perforation is a major cause of DMIs in Vietnam, gastroendoscopy on emergency was suggested as the procedure for both purposes of diagnosis and intervention.

Key words: Descending Mediastinal Infection, Esophageal perforation, Ludwig's angina.

1. Khoa Phẫu thuật nhiễm khuẩn,
BV Việt Đức

- Ngày nhận bài: (received): 29/8/2014, Ngày phản biện (revised): 12/11/2014;
Ngày đăng bài (accepted): 25/11/2014
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, TS. Nguyễn Lương Tấn
- Người phản hồi (corresponding author): Nguyễn Đức Chính
- Email: duc_chinh1960@yahoo.com, ĐT: 0912396753

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe trung thất lan tỏa (AXTTLT - Descending Mediastinal Infections) là loại nhiễm khuẩn nặng ngay cả khi được điều trị tích cực tỷ lệ tử vong có thể tới trên 50%. Bệnh nhân chủ yếu tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng suy đa tạng, hoặc chảy máu cấp tính [1], [2], [3].

Các nguyên nhân gặp nhiều nhất do thủng thực quản do dị vật, hoặc do thầy thuốc gây nên khi thăm khám, hoặc do bệnh lý của thực quản (hội chứng Boerhaave). Bên cạnh đó còn có các nguyên nhân khác do nhiễm trùng xung quanh lan tới như viêm tấy sàn miệng lan tỏa, do lao hạch /lao cột sống lan vào trung thất. Bệnh cần được xử trí cấp cứu, kết hợp phẫu thuật và hồi sức mới có hy vọng thay đổi được tiên lượng bệnh. Việc chẩn đoán sớm ngay khi bệnh nhân nhập viện tạo điều kiện thuận lợi để lên kế hoạch điều trị, giảm nguy cơ tử vong [4], [5].

Qua nghiên cứu các bệnh nhân AXTTLT được điều trị tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi muốn chia sẻ kinh nghiệm trong việc xử trí nhằm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi hồi cứu 17 trường hợp AXTTLT trong thời gian nghiên cứu, gồm có 4 nữ, 13 nam, tuổi trung bình: $54,6 \pm 6,7$ tuổi.

Bảng 1 : Các đặc điểm bệnh nhân, nguyên nhân và điều trị

Tuổi	Giới	Nguyên nhân	Điều trị	Vi khuẩn
37	Nam	Viêm tấy sàn miệng do răng	Dẫn lưu cổ	<i>Acinetobacter Sp</i> <i>H. Streptococcus</i>
27	Nam	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + mở thông DD	<i>H. Streptococcus</i>
24	Nữ	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + ngực + mở thông DD	<i>H. Streptococcus</i> Trực khuẩn gram(+)
75	Nữ	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + lấy dị vật, khâu thực quản + mở thông DD	<i>Candida</i> Trực khuẩn gram (+)
35	Nam	Thủng thực quản sau soi	Dẫn lưu cổ + ngực + mở thông DD	<i>H. Streptococcus</i>
64	Nam	Viêm tấy sàn miệng do áp xe amidale	Dẫn lưu cổ	<i>H. Streptococcus</i>

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 17 trường hợp AXTTLT điều trị tại Bệnh viện Việt Đức trong hai năm 2011 – 2012.

Các trường hợp loại trừ bao gồm bệnh nhân không được phẫu thuật hoặc không làm pháp y nếu không được phẫu thuật, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, bệnh nhân và gia đình từ chối tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu các trường hợp AXTTLT điều trị tại Bệnh viện Việt Đức trong hai năm 2011 – 2012, bao gồm cả các trường hợp tử vong, qua hồ sơ bệnh án và biên bản pháp y. Toàn bộ các bệnh nhân chẩn đoán xác định AXTTLT qua chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật.

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.

Đạo đức nghiên cứu: Thông tin người bệnh chỉ phục vụ cho đề tài nghiên cứu và được thông qua Hội đồng khoa học bệnh viện.

Bệnh viện Trung ương Huế

45	Nam	Viêm tấy sàn miệng do hạch cổ	Dẫn lưu cổ	<i>H.Streptococcus</i>
51	Nam	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + mở thông DD	<i>Ecoli</i>
51	Nam	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + ngực + thông DD	<i>Ecoli</i>
71	Nam	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + ngực + mở thông DD	<i>H.Streptococcus</i>
59	Nữ	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + mở thông DD	<i>H.Streptococcus</i>
26	Nam	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + ăn qua thông DD	Trực khuẩn kháng còn kháng toan <i>Staphylococcus aureus</i>
26	Nữ	Viêm mũ amidale	Dẫn lưu cổ + mở khí quản	<i>H.Streptococcus</i>
47	Nam	Thủng thực quản do nẹp vis cổ	Dẫn lưu cổ + ăn qua thông DD	<i>H.Streptococcus</i> <i>K Pneumoniae</i>
65	Nam	Hóc xương thủng thực quản	Dẫn lưu cổ + ngực + mở thông DD	<i>H.Streptococcus</i>
51	Nam	Viêm sàn miệng do răng	Dẫn lưu cổ	<i>H.Streptococcus</i>
41	Nam	Viêm sàn miệng do răng	Dẫn lưu màng phổi	<i>Candida+</i> <i>H.Streptococcus</i>

Tiến hành nội soi cấp cứu 9 trường hợp, 5 trường hợp lấy dị vật.

Kháng sinh: 100% phối hợp Metronidazol liều 1g/ngày với Cephalosporin hoặc Sulperazol 3g/ngày như là kháng sinh đầu tiên, đường tĩnh mạch. Kháng viêm cũng được chỉ định với Solumedrol 40mg/ ngày đường tĩnh mạch trong 03 ngày đầu.

Kết quả điều trị: Tất cả được phẫu thuật trong cấp cứu. 3/17 nặng về, chiếm 17,6%. Biến chứng một trường hợp chảy máu vết mổ.

Theo dõi sau 3 tháng toàn bộ các trường hợp thủng thực quản đều liền tốt và bệnh nhân được rút mở thông dạ dày sau khi soi kiểm tra.

IV. BÀN LUẬN

Kể từ trường hợp đầu tiên do Pearse mô tả năm 1939, trong thời gian dài bệnh AXTTLT là nhiễm trùng nặng của tổ chức liên kết vùng cổ, lan rộng. Những ca bệnh đầu tiên được báo cáo hầu hết nguyên nhân do viêm tấy sàn miệng lan tỏa: viêm

quanh răng, viêm mũ amidale nên được gọi là bệnh viêm tấy sàn miệng lan tỏa (Lugwig's Angina). Cơ chế bệnh do nhiễm trùng lan từ cổ, sàn miệng xuống trung thất gây ra viêm trung thất hoặc áp xe trung thất. Sau đó báo cáo đề cập nhiều đến áp xe trung thất nguyên nhân từ thủng thực quản do dị vật, hoặc biến chứng do soi. Mặc dù có những tiến bộ về điều trị, AXTTLT vẫn chiếm tỷ lệ tử vong cao đến trên 50% nguyên nhân do bệnh nhân đến viện muộn, do cơ địa người bệnh, đặc biệt do bệnh diễn biến nhanh chóng...[2], [3], [4].

Mặc dù có một số quan điểm điều trị AXTTLT có thể bằng bảo tồn qua dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm [5], hầu hết các tác giả thống nhất cần thiết phẫu thuật trong cấp cứu. Điều trị phẫu thuật AXTTLT nhằm mục đích dẫn lưu mũ, tránh biến chứng lan rộng như gây tràn mũ màng phổi, mũ màng tim, tổn thương mạch máu. Tiếp đến là xử trí thương tổn gốc như lấy dị vật, khâu lỗ thủng thực quản... Điều trị hồi sức, kháng sinh liều cao phổ rộng. Trong tất

cả các trường hợp có thủng thực quản, quan điểm chung các tác giả là mở thông dạ dày hoặc ruột để nuôi dưỡng bệnh nhân. Một điểm cần lưu ý là thông khí đặt hàng đầu, nhất là các trường hợp có viêm tấy lan tỏa [6,7].

Điều trị phẫu thuật: Được chỉ định ngay trong cấp cứu. Tùy theo vị trí tổn thương và mức độ, phương pháp phẫu thuật dẫn lưu mũ vùng cổ là đủ trong đa số các trường hợp. Tuy nhiên cũng có tác giả chủ trương mở ngực sớm như Corsten [1] vì cho rằng dẫn lưu qua vùng cổ là quá nhỏ và không đủ rộng. Trước đây một số tác giả còn chủ trương dẫn lưu trung thất đường lưng vì đa số các trường hợp AXTTLT nguyên nhân do thủng thực quản, nhưng việc chăm sóc sau phẫu thuật khó khăn. Hơn nữa mổ đường lưng có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng nặng do đi qua các khối cơ lưng. Ngày nay với tiến bộ kỹ thuật trong ngoại khoa và gây mê hồi sức, có thể dẫn lưu trung thất qua mở ngực đường bên, hoặc nội soi hỗ trợ cho phép thăm dò kỹ cả trên khoang ngực cho đến tận cơ hoành. Thậm chí có tác giả chủ trương khâu thực quản luôn nếu tổn thương không quá bản và không quá rộng. Tổn thương thực quản có thể tự liền sau đó trong hầu hết các trường hợp. Những trường hợp tổn thương dài, điều trị kéo dài không liền, chỉ định phẫu thuật tạo hình và thủng

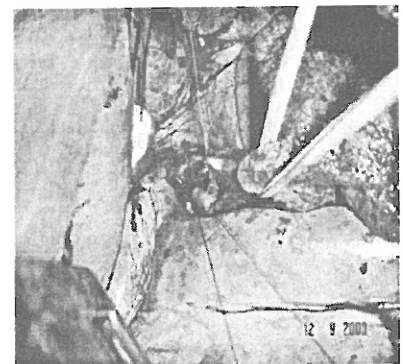
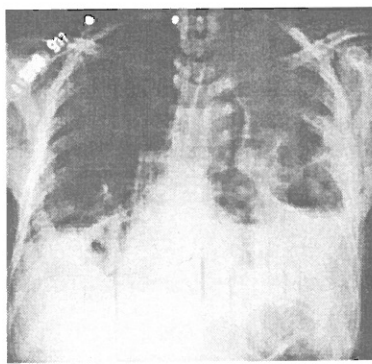
thực quản bằng màng tim, màng phổi, hoặc đưa dạ dày, ruột lên tạo hình sau khi bệnh nhân đã ổn định [2], [8], [9].

Hiện nay phẫu thuật cắt ngay thực quản (esophagectomy) trong cấp cứu mục đích để biệt lập thực quản hầu như không được nhắc đến nữa vì là phẫu thuật nặng, nguy cơ tử vong cao cho bệnh nhân, ít khả năng tạo hình về sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân hầu hết nam giới, nguyên nhân do thủng thực quản 11/17, chiếm 64,7%. Các chỉ định phẫu thuật dẫn lưu cổ ... dẫn lưu cổ + ngực ...tùy theo mức độ thương tổn. 10/11 trường hợp thủng thực quản được mở thông dạ dày hoặc ruột non cho ăn. Theo dõi sau thời gian sau 1 đến 3 tháng cho kết quả khả quan, tất cả các trường hợp soi kiểm tra sau 3 tháng thực quản liền và bệnh nhân được tháo mở thông dạ dày. Lưu ý một trường hợp suy hô hấp, sau bỏ máy thở phải mở khí quản.

Soi thực quản dạ dày cấp cứu: Đa số các trường hợp AXTTLT nguyên nhân do từ thực quản do dị vật, nếu tiến hành soi trong cấp cứu sẽ giúp xác định tổn thương, còn là biện pháp can thiệp để lấy vật. Trường hợp trên phim x quang nghi ngờ dị vật nội soi sẽ giúp khẳng định [6], [7].

Chúng tôi tiến hành soi 9/17 trường hợp (52,9%), 5 trường hợp lấy được dị vật còn trong thực quản.



Hình 1-2 : Áp xe lan tỏa từ cổ xuống trung thất lan tỏa. Hình 3: Thủng thực quản ngực

Rửa liên tục trung thất sau dẫn lưu: Việc rửa liên tục trung thất sau khi dẫn lưu theo một số tác giả nghiên cứu thấy ít hiệu quả, thậm chí tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm rửa và không rửa liên tục không có sự khác biệt.

Tuy nhiên việc rửa liên tục, theo nhiều nghiên cứu cho thấy có hiệu quả làm giảm bớt vi khuẩn (xét nghiệm sau so với trước khi rửa), làm sạch và loại bỏ bớt tổ chức hoại tử, bớt mùi hôi vì những trường hợp áp xe trung thất do thủng thực quản thường có

vi khuẩn kỵ khí. Do vậy rửa liên tục sau dẫn lưu là điều trị lựa chọn [1].

Điều trị oxy cao áp : Được một số tác giả đề nghị do nghiên cứu thấy nhiễm khuẩn bởi vi khuẩn kỵ khí trong nhiều trường hợp. Tuy nhiên hiệu quả của oxy cao áp, hay do phối hợp nhiều các yếu tố như phẫu thuật, kháng sinh, hồi sức ... chưa được thấy rõ [2], [4]. Không có bệnh nhân nào của chúng tôi được điều trị bằng oxy cao áp.

Kháng sinh điều trị: Các vi khuẩn phân lập được chủ yếu là H.Streptococcus, Ecoli, Staphylococcus aureus, hoặc kỵ khí như Bacteroides fragilis nên kháng sinh chỉ định cần phổ rộng, bao phủ cả vi khuẩn gram (-) và gram (+) và vi khuẩn kỵ khí. Kháng sinh các tác giả chỉ định dùng là Piperacillin –Tazobactam và Vancomycin, cùng với Cephalosporin [4], [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các vi khuẩn chủ yếu là H. H.Streptococcus, Ecoli, Kháng sinh: 100% phối hợp Metronidazol liều 1g/ngày, với Cephalosporin hoặc Sulperazol như là kháng sinh đầu tiên, đường tĩnh mạch. Có 1 trường hợp kèm nấm nên bệnh nhân được chỉ định dùng Diflucant. Không trường hợp nào phân lập được vi khuẩn kỵ khí, có thể do hầu hết làm trong cấp cứu, qui trình lấy bệnh phẩm không đúng.

Kết quả điều trị: Nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính

và Cs năm 2001 qua 56 trường hợp, tử vong 9 (16,1%), 7 do nhiễm trùng nhiễm độc nặng, suy đa tạng; 2 trường hợp vết thương động mạch chủ ngực và động mạch cảnh gốc. Nhiều tác giả khác cho rằng trường hợp tổn thương mạch lớn : mạch cảnh, quai động mạch chủ ngực hầu như không có cơ hội cứu được bệnh nhân. Tử vong trong nhiều báo cáo đến trên 50%, hoặc hơn [1], [5], [7]

Nghiên cứu của chúng tôi nặng về và tử vong là 17,6%. Tất cả do nhiễm trùng nặng, suy hô hấp và đa tạng.

V. KẾT LUẬN

Áp xe trung thất lan tỏa cho đến nay vẫn là thử thách đối với phẫu thuật viên vì nguy cơ tử vong cao ngay cả khi được điều trị tích cực. Theo y văn, nếu áp xe trung thất cấp không được điều trị tử vong tới trên 92%, ngay cả điều trị thì tử vong có thể tới 60%. Các phương pháp điều trị được thống nhất là phẫu thuật dẫn lưu mũ đường cổ, hoặc đường cổ và mở ngực theo mức độ tổn thương. Chúng tôi khuyến cáo nên kết hợp rửa liên tục ổ áp xe, nước muối sinh lý pha Betadine có hiệu quả nhanh kiểm soát nhiễm khuẩn. Mở thông dạ dày hoặc ruột non để nuôi dưỡng trường hợp thủng thực quản, kháng sinh sớm và mạnh, hồi sức tích cực sẽ giảm bớt nguy cơ và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dalokay Kilic, Alper Findikcioglu, Ufuk Ates, Kohay Hekimoglu and Ahmet Hatipoglu (2010), Management of Descending Mediastinal Infections with an Unusual Cause: A Report of 3 Cases, *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 16(3), pp. 189- 202.
2. Luis Miguel Melero Sancho, Helio Minamoto, Angelo Fernandez, Luiz Ubirajara Sennes (1999), Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience, *European Journal of Cardio-thoracic surgery*, 16, pp. 200 -205.
3. Henrique Jose da Mota; Manoel Ximenes Netto; Aldo da Cunha (2007), Postmetetic rupture of the esophagus Boerhaave's syndrome, *J.bras. pneumol*, 33(4), Sao Paulo July/Aug.2007.
4. E.Weaver; X. Nguyen; M.A.Brooks (2010), Descending Necrotising Mediastinitis: two case reports and review of the literature, *Eur Respir Rev*, 19(116), pp. 141- 9.
5. B.A.P Jayasekera, O.T.dale and R.C Corbridge (2012), Descending Necrotising Mediastinitis: A Case Report Illustrating a Trend in Conservative Management, *Case Rep Otolaryngol*, 2012:504219. PMID: PMC3420637.
6. Sheryll Soriano, Amardeep Shrestha, Mingchen Song (2012), An Uncommon Cause of Posterior

- Mediastinal Abscess, *Chest*, 142 :180A.
Doi:10.1378/Chest.1382356
7. Nguyễn Đức Chính, Phạm Hải Bằng, Phạm Văn Trung, Phạm Lộng Chương, Phạm Vũ Hùng (2002), Kinh nghiệm xử trí áp xe trung thất qua 56 trường hợp được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức trong 10 năm, *Kỹ yếu công trình Nghiên cứu Khoa học, Bệnh viện Việt Đức*, Tập II, tr.72- 78.
 8. Nguyen Duc Chinh et Nguyen Huu Tu (2005), Mediastinites post-chirurgicales: Diagnostic et traitement, *EMC*, 11 -014- B -10.
 9. Jarmo A.Salo, Jukka K.Savola, Vesa J Toikkanen, Vesa J. Perhoniemi, Ville Y.O.Pettila et al (2000), Successful Treatment of Mediastinal Gas Gangrene Due to Esophageal Perforation, *Ann Thorac Surg*, 70, pp. 2143- 5.
 10. Vasileios K.Kouritas, Charalambos Zissis and Ion Bellenis (2012), Staphylococcal isolated anterosuperior mediastinal abscess of unknown origin, *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 14(5), pp. 650- 651.