

VỠ THỰC QUẢN TỰ PHÁT - HỘI CHỨNG BOERHAAVE NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG HỢP Y VẤN

Đặng Ngọc Hùng¹, Đặng Như Thành²

TÓM TẮT

Hội chứng Boerhaave là hội chứng đặc trưng bởi tình trạng vỡ tự phát, xuyên thành, thường xảy ra ở đoạn xa của thực quản. Nó thường xảy ra trong hoặc sau nôn liên tục do hậu quả của tình trạng tăng cao áp lực trong lòng thực quản. Đây là một hội chứng hiếm gặp trong thực hành lâm sàng. Trong 50% trường hợp, hội chứng biểu hiện với tam chứng Mackler: nôn, đau ngực dưới và tràn khí dưới da. Tỷ lệ tử vong của vỡ thực quản tự phát tương đối cao so với vỡ các đoạn khác trong ống tiêu hóa.

Bài báo này báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 65 tuổi, vào viện vì đau ngực dữ dội sau nôn. Bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là tràn mủ màng phổi phải và được dẫn lưu màng phổi ở bệnh viện tuyến trước. Bệnh nhân sau đó được nghi ngờ vỡ thực quản sau khi phát hiện thức ăn chảy ra từ dẫn lưu ngực và được chẩn đoán xác định bằng CT scan ngực có thuốc thuốc cản quang đường uống. Bệnh nhân được mổ cấp cứu dẫn lưu ngực trái, đưa thực quản cổ ra da, cô lập thực quản và mở thông hồng tràng nuôi ăn. Sau khi tình trạng nhiễm trùng ổn định, bệnh nhân đã được tạo hình thực quản bằng ống dạ dày. Bệnh nhân ổn định và tái khám sau một tháng cho kết quả tốt.

Từ khóa: vỡ thực quản, hội chứng Boerhaave

ABSTRACT

EFFORT RUPTURE OF THE ESOPHAGUS – BOERHAAVE SYNDROME – A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Dang Ngoc Hung¹, Dang Nhu Thanh²

Boerhaave syndrome is a syndrome characterized by spontaneous esophageal rupture, which usually occurs in the distal part of the esophagus. It usually occurs during or after persistent vomiting as a result of elevated pressure in the esophagus. This is a rare syndrome in clinical practice. In about 50% of cases, the syndrome manifests with Mackler's triads: vomiting, lower chest pain and subcutaneous emphysema. The mortality of spontaneous esophagus rupture is relatively high compared to rupture of other segments of the gastrointestinal tract. This article reports a 65-year-old male patient hospitalized with severe chest pain after vomiting. The patient was initially diagnosed with a right pleural effusion and treated with pleural drainage in another hospital. The patient was later suspected of esophageal rupture after food detected in the thoracic drain and the diagnosis was confirmed by chest CT scan. Patients was treated by left thoracic drainage, cervical esophagostomy, esophageal exclusion and feeding jejunostomy. After the infection had been stabilized, esophagoplasty by gastric tube was performed. Patient was stable and a follow up after one month showed good results.

Key words: esophageal rupture, Boerhaave syndrome

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Bệnh viện TW Huế | - Ngày nhận bài (Received): 1/12/2018; Ngày phản biện (Revised): 3/12/2018; |
| 2. Trường Đại học Y Dược Huế | - Ngày đăng bài (Accepted): 25/12/2018 |
| | - Người phản hồi (Corresponding author): Đặng Ngọc Hùng |
| | - Email: dr.dangngochung@gmail.com; ĐT: 0914 006 816 |

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng thực quản tự phát, còn gọi là hội chứng Boerhaave, được đặt tên theo bác sĩ Đức Herman Boerhaave, người đầu tiên mô tả hội chứng này vào năm 1724. Khác với các nguyên nhân gây thủng thực quản khác như sau các thủ thuật can thiệp và chấn đoán nội soi, chấn thương và một số bệnh lý thực quản, thủng thực quản tự phát thường xuất hiện sau nôn dai dẳng, do hậu quả của sự gia tăng áp lực trong lòng thực quản.

Thủng thực quản rất hiếm, chiếm tỷ lệ 3,1 trên 1.000.000 người mỗi năm [2]. Thủng thực quản tự phát chiếm khoảng 15% trường hợp thủng thực quản. Tần suất thực sự của hội chứng Boerhaave rất khó được xác định chính xác. Tuy nhiên, do phần lớn các trường hợp được chẩn đoán trên kết quả mổ tử thi nên dẫn tới con số báo cáo về tỷ lệ bệnh và tỷ lệ tử vong thấp hơn thực tế. Độ tuổi của bệnh nhân thường dao động trong khoảng 50-70 tuổi.

Biểu hiện lâm sàng của hội chứng Boerhaave phụ thuộc vào vị trí thủng. Trong 50% trường hợp, hội chứng biểu hiện với tam chứng Mackler: nôn, đau ngực dưới và tràn khí dưới da. Việc chẩn đoán chậm trễ dẫn tới nguy cơ biến chứng và tử vong cao, dao động từ 16 đến 51% [8]. Lựa chọn điều trị phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của thủng và thời gian diễn tiến đến lúc chẩn đoán. Cách lựa chọn điều trị gồm nội khoa, điều trị nội soi và phẫu thuật.

II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

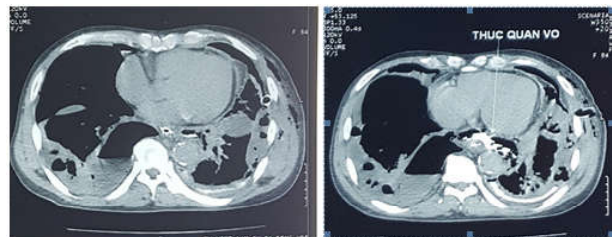
Bệnh nhân nam 65 tuổi, có tiền sử hen phế quản và nghiện rượu, được chuyển viện từ bệnh viện tuyến trước với chẩn đoán vỡ thực quản. Trước đó 7 ngày, bệnh nhân vào viện vì đau ngực dữ dội kèm khó thở nhiều sau một đợt nôn nhiều sau uống rượu. Bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là tràn mủ màng phổi và được dẫn lưu ngực phải và được điều trị hồi sức tích cực. Bệnh nhân được theo dõi thủng thực quản do phát hiện thấy thức ăn chảy ra ở ống dẫn lưu ngực. Bệnh nhân sau đó được chỉ định chụp CT scan ngực có thuốc cản quang đường uống

và đường tĩnh mạch và được chẩn đoán xác định là thủng thực quản và được chuyển Bệnh viện Trung ương Huế điều trị tiếp.

Ghi nhận lúc vào khoa cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế: bệnh nhân mệt mỏi, suy kiệt, vẻ mặt nhiễm trùng. Dấu hiệu sống: mạch 120 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, sốt 39°C. Bệnh thở nhanh nông 30 lần/phút, phải ngồi để thở. Dẫn lưu ngực phải ra dịch mủ đục, có mùi hôi. Nghe phổi thấy hai phổi giảm thông khí, bên trái giảm nhiều hơn bên phải và có nhiều rale ẩm hai phổi. Xét nghiệm công thức máu có bạch cầu tăng cao 22,8 K/ μ L.



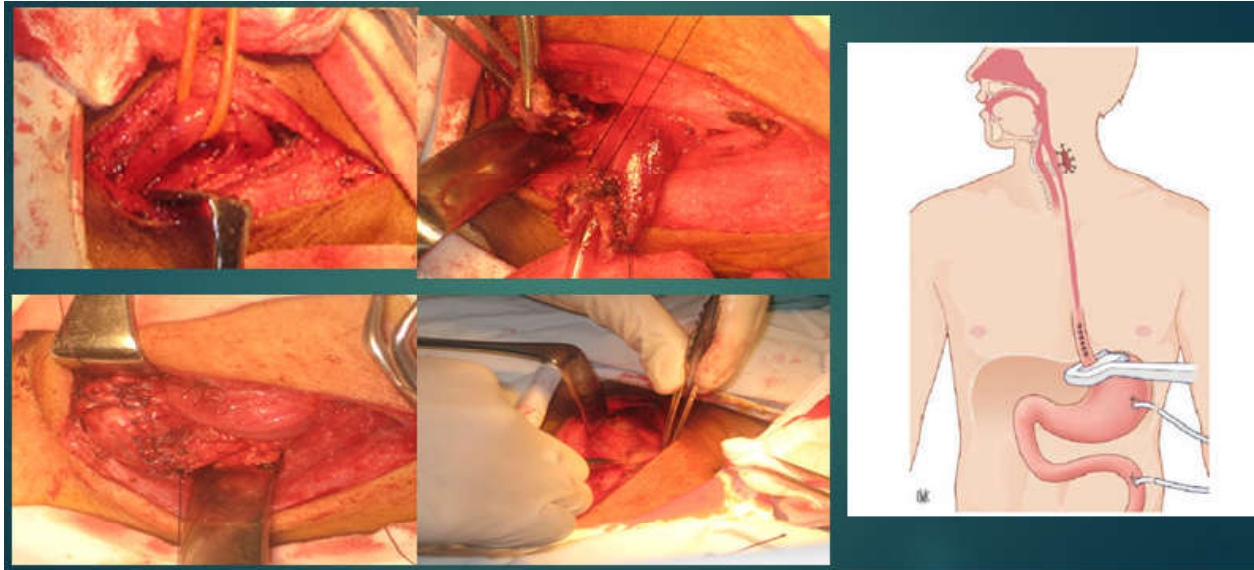
Hình 1. Hình ảnh tràn mủ màng phổi hai bên trên phim Xquang ngực thẳng



Hình 2. Hình ảnh tràn mủ màng phổi hai bên và thoát thuốc cản quang trong ngực ra màng phổi trái trên phim CT scan ngực.

Bệnh nhân được hồi chẩn với ngoại lồng ngực tim mạch và được xử trí bằng dẫn lưu ngực phải. Dẫn lưu ra 2000ml dịch mủ trắng thối. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phổi hợp liều cao, điều chỉnh các rối loạn điện giải, toan kiềm và bù dịch. Trong cùng ngày, bệnh nhân được mổ đưa thực quản cổ ra da và cô lập thực quản. Mổ bụng đường giữa thấy tình trạng viêm tấy lan xuống thực quản

bụng. Tâm vị ngày đường Z được khâu thắt bằng chỉ không tiêu Prolene 3.0. Bệnh nhân được mở thông hồng tràng nuôi dưỡng và đặt dẫn lưu cạnh vị trí viêm tấy của thực quản bụng.



Hình 3. Phẫu tích đưa thực quản cổ ra da và cô lập thực quản

Sau đó 3 tuần, bệnh nhân được tiếp tục mổ làm sạch ổ mù cận do áp xe màng phổi phải, kết hợp khâu đóng lỗ rò thực quản-màng phổi phải. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị tích cực và ổn định tình trạng nhiễm trùng sau khi điều trị 1,5 tháng. Bệnh nhân được xuất viện và tái khám sau 1 tháng. Sau 1 tháng trở lại, bệnh nhân ổn định, tiếp tục được nuôi dưỡng qua sonde hồng tràng và có tăng cân. Bệnh nhân không khó thở, bụng mềm, đại tiểu tiện thường.

Bệnh nhân được chỉ định tái lập lưu thông tiêu hóa và tạo hình thực quản bằng ống dạ dày. Phẫu thuật gồm 3 thì:

- Thì bụng: mở bụng và tạo hình thực quản bằng ống dạ dày
- Thì ngực: mở ngực phải qua gian sườn V, gỡ dính, cắt bỏ thực quản ngực hoàn toàn
- Thì cổ: phẫu tích, nối ống dạ dày thực quản cổ qua trung thất sau.

Bệnh nhân ổn định hậu phẫu, rút dẫn lưu ngực sau 3 ngày và ăn trở lại đường miệng sau 5 ngày. Sau khi ăn uống tốt bằng đường miệng, bệnh nhân được cho xuất viện sau mổ 10 ngày và hẹn tái khám sau 1 tháng.

III. BÀN LUẬN

Hội chứng Boerhaave thường xảy ra ở những bệnh nhân có niêm mạc thực quản bình thường. Tuy nhiên, một nhóm nhỏ bệnh nhân có hội chứng Boerhaave có viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan, viêm thực quản do thuốc gây ra, vết loét của Barrett hoặc nhiễm trùng.

Thủng thực quản thường xảy ra ở mặt sau bên trái của thực quản đoạn xa và kéo dài vài centimet. Tuy nhiên, vỡ có thể xảy ra ở thực quản đoạn cổ hoặc trong ổ bụng. Vỡ thực quản đoạn ngực dẫn đến viêm trung thất do dịch dạ dày. Điều này dẫn đến viêm trung thất hóa học, sau đó là viêm trung thất nhiễm khuẩn và hoại tử trung thất. Mặc dù chèn ép màng ngoài tim và tràn dịch màng ngoài tim do hội chứng Boerhaave đã được báo cáo nhưng hiếm gặp [4]. Nếu không được điều trị, kết quả gây nhiễm trùng huyết và suy tạng [5].

Thủng thực quản đoạn cổ dẫn đến thủng cổ thực quản khu trú và có bối cảnh lành tính hơn, vì sự lây lan của dịch viêm đến trung thất qua khoảng sau thực quản chậm và sự dính của thực quản với cân trước cột sống giới hạn sự lan truyền của nhiễm trùng ra hai bên của thực quản [6].

Các đặc điểm lâm sàng của hội chứng Boerhaave phụ thuộc vào vị trí của thủng (cổ, ngực, hoặc đoạn bụng), mức độ rò dịch và thời gian kể từ khi chấn thương xảy ra. Bệnh nhân có hội chứng Boerhaave thường xuất hiện với đau sau xương ức dữ dội gây nôn và nôn nặng trước khi bắt đầu đau có liên quan đến hội chứng Boerhaave, khoảng 25 đến 45% bệnh nhân không có tiền sử nôn mửa [7]. Có thể có lép búp ở thành ngực do tràn khí dưới da. Ở những bệnh nhân có tràn khí trung thất, có thể nghe thấy tiếng cọ trung thất với từng nhịp tim, đặc biệt là nếu bệnh nhân nằm ở tư thế nghiêng trái (dấu hiệu Hamman). Tuy nhiên, những dấu hiệu này đòi hỏi ít nhất một giờ để hình thành sau khi thủng thực quản và thậm chí chỉ có ở một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân [3]. Trong vòng vài giờ sau khi thủng, bệnh nhân có thể xuất hiện đau bụng, khó thở, và nhiễm trùng huyết.

Bệnh nhân bị thủng thực quản đoạn cổ có thể biểu hiện đau cổ, khó nuốt hoặc khó thở [1]. Bệnh nhân có thể bị đau ở cơ ức đòn chũm và dấu lép búp do sự hiện diện của tràn khí dưới da đoạn cổ. Bệnh nhân thủng thực quản đoạn bụng thường xuất hiện đau vùng thượng vị có thể lan lên vai. Bệnh nhân cũng có thể đau lưng và không có khả năng nằm ngửa hoặc xuất hiện với một đau bụng cấp tính. Trong thủng thực quản đoạn ngực, nhiễm trùng huyết có thể diễn tiến nhanh chóng trong vòng vài giờ sau khi khởi phát.

Đánh giá kết quả xét nghiệm có thể phát hiện tăng bạch cầu. Chụp X quang ngực và cổ - cho thấy khí tự do ổ bụng hoặc trung thất hoặc tràn khí dưới da [3]. Với thủng thực quản đoạn cổ, XQ cổ thẳng đứng có thể cho thấy khí trong các mô mềm khoảng trước xương sống.

Các hình ảnh gợi ý thủng thực quản trên CT scan bao gồm phù nề và dày thành thực quản, dịch quanh thực quản có hoặc không có bong bóng khí, trung thất giãn rộng, và tràn dịch tràn khí khoang màng phổi, khoang sau phúc mạc [9]. CT scan không cho phép định khu chính xác lỗ thủng thực quản nhưng rất nhạy cảm với việc phát hiện một lượng nhỏ thuốc cản quang thoát ra ngoài hoặc không khí trong các

mô mềm gần thực quản hoặc trong trung thất.

Vai trò của nội soi tiêu hóa trên trong chẩn đoán thủng tự phát hiện vẫn còn gây tranh cãi, vì cả nội soi và bơm khí có thể mở rộng lỗ thủng và gây tràn khí trung thất [10]. Nếu thực hiện, nội soi tiêu hóa trên nên được dành riêng cho bệnh nhân mà vị trí của thủng không rõ ràng trên xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh và trong đó điều trị nội soi được lên kế hoạch. Nội soi tiêu hóa trên nên được thực hiện bởi một bác sĩ nội soi có tay nghề cao trong phòng mổ và bệnh nhân cần được chuẩn bị cho can thiệp phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân với thủng thực quản đòi hỏi phải được điều trị ban đầu với nhịn ăn, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, kháng sinh phổ rộng tiêm tĩnh mạch, thuốc ức chế bơm proton tĩnh mạch, dẫn lưu dịch, mô bị nhiễm trùng và hoại tử, nếu có. Điều trị kế tiếp phụ thuộc vào kích thước và vị trí của thủng và thời gian chẩn đoán.

Điều trị nội khoa được đặt ra cho các bệnh nhân không có tình trạng nhiễm trùng, không hoặc có triệu chứng tối thiểu, không có bệnh lý thực quản như ung thư thực quản, thuốc cản quang dò qua lỗ thủng rất ít. Bệnh nhân có diễn tiến lâm sàng nặng lên khi điều trị nội khoa cần được can thiệp phẫu thuật. Phẫu thuật được chỉ định ở những bệnh nhân điều trị nội khoa khi [11], [12]: lỗ thủng ban đầu có tình trạng thoát thuốc cản quang tiến triển, lâm sàng nặng nề hơn, như sốt dai dẳng, hoặc nhiễm trùng huyết.

Bệnh nhân không có chỉ định hoặc điều trị nội khoa thất bại cần được điều trị phẫu thuật [12]. Điều trị bao gồm khâu lỗ thủng, khâu lỗ thủng tăng cường bằng vật cơ hoặc vật màng phổi lân cận, dẫn lưu lỗ thủng, hoặc trong một số trường hợp, cắt thực quản, cô lập thực quản. Điều trị nội soi cho thủng thực quản nên được xem xét ở những bệnh nhân có các bệnh kèm không thể chịu đựng được phẫu thuật [13]. Điều trị nội soi nên được thực hiện bởi một bác sĩ nội soi có kinh nghiệm với các dụng cụ như stent, clips, keo sinh học...

Liệu pháp nội soi cho hội chứng Boerhaave chưa được so sánh trực tiếp với phẫu thuật trong các thử

nghiệm ngẫu nhiên, nhưng các nghiên cứu quan sát cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân được điều trị bằng nội có tái phát. Trong nghiên cứu tổng quan bao gồm 340 bệnh nhân bị thủng thực quản, đặt stent nội soi có tỷ lệ thành công 81% nhưng tái phát nội soi được yêu cầu ở 58 (17%) và tái phát phẫu thuật ở 33 (10%) bệnh nhân [14]. Một nghiên cứu hồi cứu so sánh kết quả lâm sàng ở 20 bệnh nhân trải qua phẫu thuật với 13 bệnh nhân trải qua stenting nội soi để điều trị hội chứng Boerhaave. Trong nghiên cứu này, không có sự khác biệt về bệnh suất hoặc đơn vị chăm sóc đặc biệt / nằm viện giữa các nhóm và 11 trong số 13 bệnh nhân có stent nội soi cần can thiệp phẫu thuật [13].

Đối với bệnh nhân của chúng tôi, phẫu thuật là chỉ định tuyệt đối do có tình trạng thoát thuốc cản

quang nhiều ra khoang màng phổi. Bên cạnh đó, bệnh nhân vào viện với hội chứng nhiễm trùng rầm rộ. Phẫu thuật khâu thì đầu cũng không được đặt ra ở bệnh nhân này do bệnh nhân đến muộn sau 7 ngày, tình trạng nhiễm trùng và viêm trung thất nặng nề nên khâu thì đầu sẽ dẫn tới nguy cơ thất bại cao.

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng Boerhaave là một nguyên nhân hiếm gặp của thủng thực quản có tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong cao. Lựa chọn điều trị giữa bảo tồn, can thiệp nội soi và phẫu thuật tùy thuộc vị trí, kích thước và thời gian thủng đến thời điểm điều trị. Sự kết hợp chặt chẽ giữa bác sĩ hồi sức, ngoại lồng ngực và ngoại tiêu hóa giúp nâng cao chất lượng điều trị và hạn chế biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ, et al. *Boerhaave's syndrome: analysis of the literature and report of 18 new cases*. Dis Esophagus 1997; 10:64.
2. Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, et al. *Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome*. Thorac Cardiovasc Surg 2010; 58:476.
3. Pate JW, Walker WA, Cole FH Jr, et al. *Spontaneous rupture of the esophagus: a 30-year experience*. Ann Thorac Surg 1989; 47:689.
4. Saha A, Jarvis M, Thorpe JA, O'Regan DJ. *Atypical presentation of Boerhaave's syndrome as Enterococcal bacterial pericardial effusion*. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2007; 6:130.
5. Michel L, Grillo HC, Malt RA. *Operative and nonoperative management of esophageal perforations*. Ann Surg 1981; 194:57.
6. McGovern M, Egerton MJ. *Spontaneous perforation of the cervical oesophagus*. Med J Aust 1991; 154:277.
7. Wilson RF, Sarver EJ, Arbulu A, Sukhnandan R. *Spontaneous perforation of the esophagus*. Ann Thorac Surg 1971; 12:291.
8. Larsen K, Skov Jensen B, Axelsen F. *Perforation and rupture of the esophagus*. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 1983; 17:311.
9. Backer CL, LoCicero J 3rd, Hartz RS, et al. *Computed tomography in patients with esophageal perforation*. Chest 1990; 98:1078.
10. Gubbins GP, Nensey YM, Schubert TT, Batra SK. *Barogenic perforation of the esophagus distal to a stricture after endoscopy*. J Clin Gastroenterol 1990; 12:310.
11. Ivey TD, Simonowitz DA, Dillard DH, Miller DW Jr. *Boerhaave syndrome. Successful conservative management in three patients with late presentation*. Am J Surg 1981; 141:531.
12. Carrott PW Jr, Low DE. *Advances in the management of esophageal perforation*. Thorac Surg Clin 2011; 21:541.
13. Schweigert M, Beattie R, Solymosi N, et al. *Endoscopic stent insertion versus primary operative management for spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave syndrome): an international study comparing the outcome*. Am Surg 2013; 79:634.
14. Dasari BV, Neely D, Kennedy A, et al. *The role of esophageal stents in the management of esophageal anastomotic leaks and benign esophageal perforations*. Ann Surg 2014; 259:852.