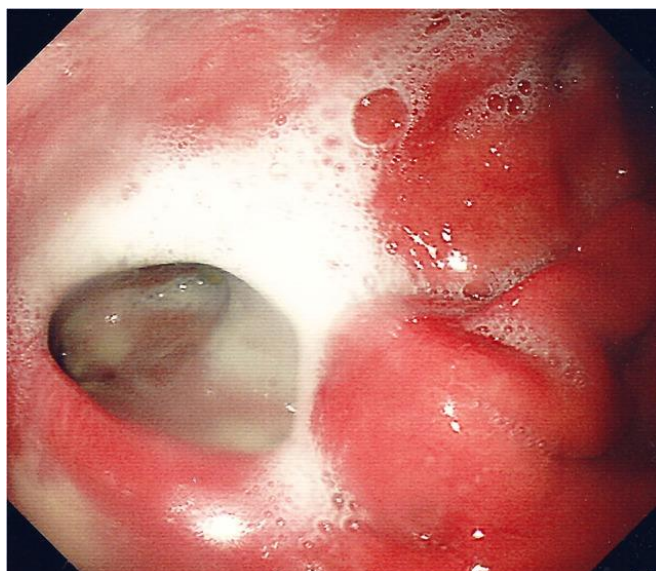


Bài dịch

SỰ CỐ Y KHOA THÙNG THỰC QUẢN TRONG LÚC ĐẶT DỤNG CỤ ĐIỀU TRỊ HÚT CHÂN KHÔNG QUA NỘI SOI

TG: [Edwin Halliday](#), [Anant Patel](#), [Andrew Hindmarsh](#), [Vijay Sujendran](#)

Journal of Surgical Case Reports, Volume 2016, Issue 7, July 2016,



Tóm tắt

Làm kín (lỗ thủng) bằng hút chân không hỗ trợ (VAC) qua nội soi được sử dụng ngày càng nhiều như một biện pháp điều trị thủng hoặc dò miệng nối của đường tiêu hóa trên .Các kết quả được công bố là có triển vọng, nhưng cũng có một vài rắc rối và biến chứng. Chúng tôi trình bày một trường hợp điều trị thủng dạ dày bằng liệu pháp hút chân không nội soi đã gây biến chứng thủng thực quản đoạn cổ. Ở đây nhấn mạnh nguy cơ của thủ thuật nội soi điều trị này và nó là báo cáo đầu tiên trong y văn mô tả tổn thương nặng vùng thực quản đoạn cổ trong lúc đặt dụng cụ VAC để điều trị thủng đường tiêu hóa trên. Sự cố thủng thực quản là một nguy cơ vốn có của nội soi đường tiêu hóa trên và nó tăng lên trong thủ thuật nội soi điều trị. Biến chứng có thể giảm đi với sự điều trị của một đội ngũ đa chuyên ngành trong một trung tâm có các chuyên gia về đường tiêu hóa trên làm việc. Không hoài nghi gì về phương pháp VAC nội soi đang trở nên thực tiễn và việc đào tạo sử dụng nó phản ánh một sự chấp nhận rộng rãi

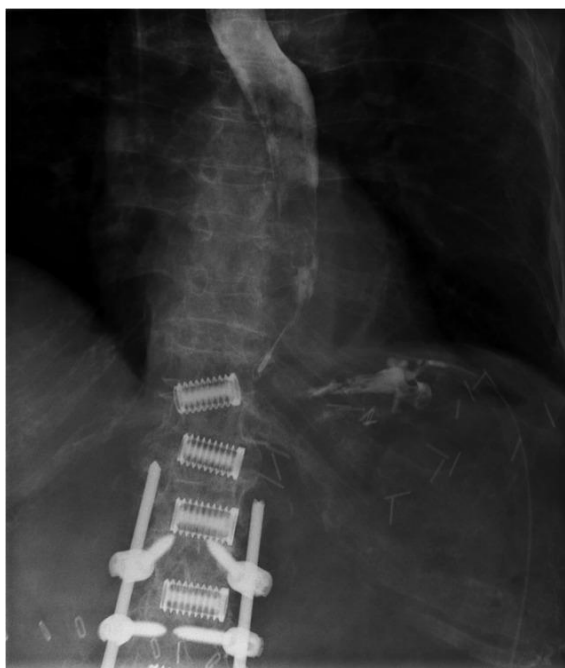
Giới thiệu

Điều trị nội soi thủng đường tiêu hóa (GI) trên là một phương pháp thay thế cho phẫu thuật. Liệu pháp làm kín vết thương có hỗ trợ bởi hút chân không (VAC) qua nội soi là một kỹ thuật đem lại tỉ lệ thành công 84-100% [1-4] trong điều trị thủng đường tiêu hóa trên do các nguyên nhân khác nhau bao gồm tổn

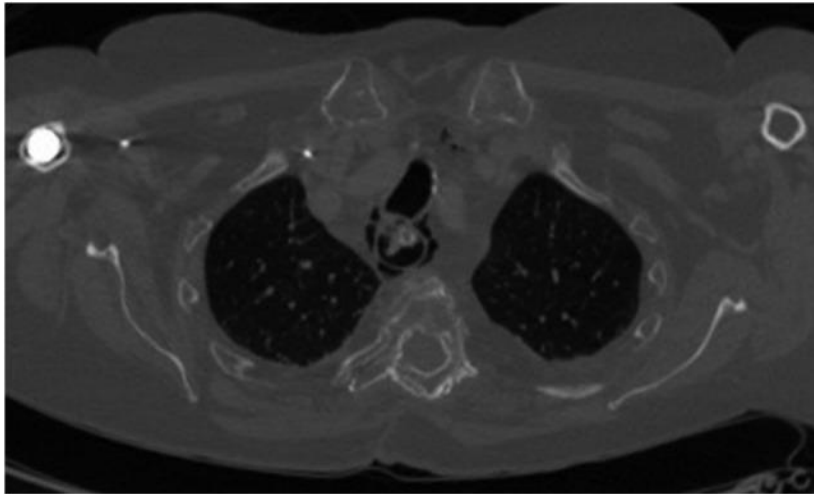
thương do sự cố y khoa, thủng do dị vật, hội chứng Boerhaave và dò miệng nối. Nó có cùng một nguyên lý như băng hút chân không trên các vết thương ngoài da, nó cho phép dẫn lưu tích cực khoang thủng trong khi đó lại kích thích tổ chức hạt tái tạo. Kỹ thuật đem lại thông tin chẩn đoán đồng thời cho phép thủ thuật điều trị (*có tác dụng điều trị*) với tỉ lệ biến chứng thấp[5]. Tuy nhiên, việc đặt dụng cụ này đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và cũng có khả năng gây ra các biến chứng.

Báo cáo trường hợp

Một phụ nữ trước đây khỏe mạnh, không có tiền sử dùng thuốc Steroid hoặc thuốc chống viêm Non-steroid, được chuyển đến khoa chúng tôi vì sự cố y khoa thủng thực quản. Cô ta đã được mổ cắt túi mật 5 tuần trước, biến chứng chảy máu thứ phát trong ổ bụng nên phải mổ mở và cắt lách. Giai đoạn hậu phẫu đã bị thêm biến chứng tắc ruột non do thoát vị nội. Đã phải mổ cấp cứu, trong mổ phát hiện thủng ở thành sau dạ dày (hình 1). Trước khi chuyển đến khoa chúng tôi, bệnh nhân được nội soi đường tiêu hóa trên cố gắng đặt một dụng cụ VAC để điều trị lỗ thủng dạ dày này. Trong khi cố đặt lớp xốp của dụng cụ VAC, bệnh nhân không may bị tổn thương thực quản. Chụp CT cho thấy có hình ảnh tràn khí trung thất, xác định là rách hết chiều dày của đoạn thực quản cổ.(hình 2)



Hình 1: Hình ảnh huỳnh quang cho thấy chất cản quang chảy vào phúc mạc gần lỗ thủng dạ dày (Phẫu thuật cột sống trước đây)

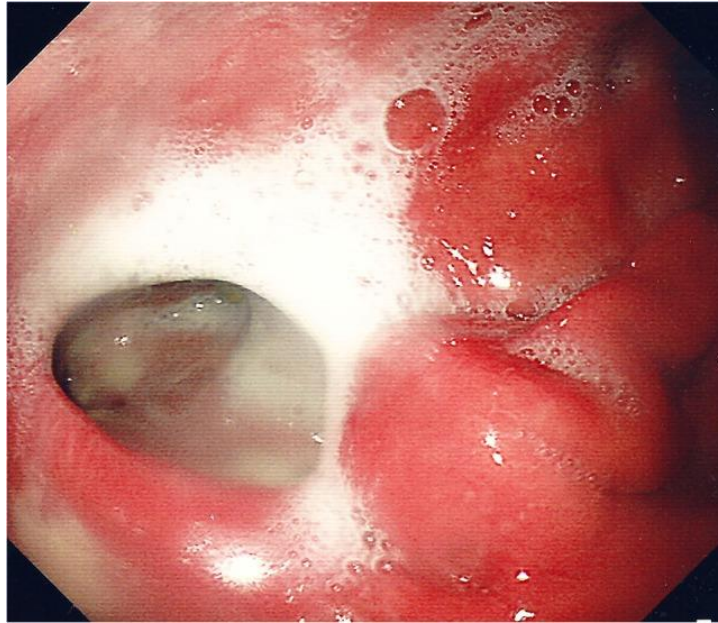


Hình 2: Ảnh Axial CT (cửa sổ xương) cho thấy tràn khí trung thất do sự cố thủng thực quản đoạn cổ

Bệnh nhân được chuyển đến khoa của tác giả, một trung tâm giám sát thứ ba đối với phẫu thuật đường tiêu hóa trên, để điều trị vấn đề thủng thực quản và điều trị triệt để thủng dạ dày. Việc đầu tiên, chúng tôi cho uống thuốc cản quang loại tan trong nước để đánh giá tình trạng thủng thực quản. Kết quả cho thấy không có dò thuốc cản quang và vì thế tiếp tục nội soi chẩn đoán bằng vô cảm toàn thân để đánh giá thực quản đoạn cổ và biết thêm về lỗ thủng dạ dày. Qua nội soi cho thấy lỗ thủng thực quản đã liền nhưng lỗ thủng dạ dày vẫn còn tạo nên một ổ (hình 4) bên trong vẫn còn ống dẫn lưu Robinson đặt qua thành bụng. Đánh giá kích thước của khoang này có thể liền lại mà không cần liệu pháp chân không áp lực âm thêm nữa, chúng tôi đã đặt một ống chữ T ngang nó. Đường hầm dẫn lưu ổ bụng đã có được dùng làm dẫn đường để đặt ống chữ T. Đặt một ống nuôi dưỡng qua mũi vào hồng tràng dưới quan sát của nội soi.



Hình 3: Nghiên cứu cho uống thuốc cần tan trong nước cho thấy dòng chảy tự do của thuốc cần quang từ họng hầu đến dạ dày không có biểu hiện dò rỉ



Hình 4: Ảnh nội soi cho thấy lỗ thủng ở thành sau dạ dày tạo thành một ổ

Nuôi dưỡng qua ống mũi –hỗng tràng và bệnh nhân nhịn ăn uống đường miệng. Hướng dẫn chế độ cho ăn chậm và bệnh nhân ra viện còn mang thoe ống chữ T. bên mình. Ống này đã được rút bỏ khi khám ngoại trú và bệnh nhân đã hồi phục tốt.

Bàn luận

Thủng thực quản là một biến chứng nguy hiểm của nội soi đường tiêu hóa trên nhưng đã được chấp nhận . Một phân tích dữ liệu lớn của 75 nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tử vong chung do thủng thực quản là 11,9% [5]. Mặc dù các phương pháp nội soi mới ở đường tiêu hóa trên báo cáo các kết quả thuận lợi và tỉ lệ biến chứng thấp [6]. Trường hợp này nhấn mạnh các nguy cơ của thủ thuật nội soi điều trị và gợi ý bàn luận chiến thuật điều trị với các trường hợp thủng như vậy.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật , nội soi, và bảo tồn để điều trị thủng đường tiêu hóa trên. Nguyên nhân của thủng, độ rộng của vết thương và thời gian từ khi chẩn đoán là tất cả các yếu tố căn bản ảnh hưởng đến việc lựa chọn chiến thuật điều trị, cũng như trình độ phẫu thuật và y tế của khu vực. Lựa chọn phẫu thuật dựa vào vị trí giải phẫu nhưng sẽ kèm theo các biến chứng nặng nề. Phương pháp nội soi bao gồm cặp clip qua ống soi, tiến hành đặt Stent tự mở rộng ở các trường hợp thủng thực quản, cũng như các kỹ thuật mới hơn là đặt dụng cụ VAC qua nội soi và cặp clip trên nội soi, loại mà có thể sử dụng cho cả thủng dạ dày và thủng thực quản [6]. Hiệp hội nội soi tiêu hóa châu Âu ủng hộ các kỹ thuật nội soi để điều trị thủng thực quản và dạ dày , bao gồm cặp clip qua ống soi điều trị các lỗ thủng nhỏ, cặp clip trên ống soi , khâu bằng dụng cụ, dụng cụ VAC nội soi và đặt stent điều trị các lỗ thủng lớn hơn, trong khi đó phẫu thuật không được chỉ định như một việc điều trị hàng đầu [7].

Hệ thống VAC nội soi gồm đặt miếng xốp Polyurethane có các lỗ mở trên một ống thông dạ dày đưa vào chỗ thủng. Đối với các ổ lớn, miếng xốp phải cắt

cho vừa với ổ ngoài lòng ống tiêu hóa. Đối với các lỗ thủng nhỏ, miếng xóp được đặt trong lòng sát với chỗ thủng. Nối ống với nguồn hút áp lực âm liên tục có điều khiển, như vậy, miếng xóp sẽ liên tục hút đi dịch tiết của vết thương và phù nề, cải thiện vi tuần hoàn và kích thích hình thành tổ chức hạt [8]. Việc thay các miếng xóp của VAC thường được làm hai lần mỗi tuần, đem lại cơ hội để quan sát quá trình liền vết thương. Có thể dùng liệu pháp chân không khi tổ chức hạt ổn định che phủ vết thương tự làm sạch bên trong. Lợi ích rõ ràng của hệ thống VAC nội soi là ổ nhiễm trùng làm bản ngoài lòng ống tiêu hóa, mà thủng thực quản là đặc biệt nguy hiểm, được liên tục làm sạch. Ngược lại, khi làm kín lỗ dò có đặt stent che lấp, dẫn lưu khoang nhiễm trùng qua da là bắt buộc.

Việc sử dụng hệ thống VAC ở đường tiêu hóa trên đã kéo theo ứng dụng của họ có kết quả thành công trong hoàn cảnh dò miệng nối trực tràng [9] và trường hợp đầu tiên được báo cáo năm 2008 [10]. Tóm tắt gần đây của các nghiên cứu cho thấy đặt VAC nội soi đối với thủng đường tiêu hóa trên có tỉ lệ thành công trung bình 90% cho 101 bệnh nhân không có các biến chứng ngắn hạn. Báo cáo các biến chứng lâu dài chủ yếu là hẹp sau khi liệu pháp hoàn thành. Trường hợp này là báo cáo đầu tiên trong y văn mô tả tổn thương tạng đáng kể trong lúc đặt dụng cụ VAC điều trị thủng đường tiêu hóa trên. Đây là một nguy cơ vốn có của nội soi đường tiêu hóa trên. Tuy nhiên, nguy cơ của tổn thương do sự cố y khoa tăng lên trong thủ thuật nội soi với mục đích điều trị và biểu đồ đào tạo kết hợp với tất cả các kỹ thuật mới. Các biến chứng có thể giảm đi nếu được quản lý bởi một đội ngũ đa chuyên ngành ở một trung tâm có chuyên gia về khoa tiêu hóa trên làm việc. Trong khi nhấn mạnh cần thận trọng, vẫn không hoài nghi gì về phương pháp VAC nội soi đang trở thành một thực tiễn, và đào tạo sử dụng nó phải phản ánh sự lựa chọn nó rộng rãi đang tăng lên

Lào Cai, ngày 9/7/2022

Người dịch: Đinh Ngọc Dũng

Bài gốc:

Iatrogenic oesophageal perforation during placement of an endoscopic vacuum therapy device

Edwin Halliday, Anant Patel, Andrew Hindmarsh, Vijay Sujendran

Journal of Surgical Case Reports, Volume 2016, Issue 7, July 2016, rjw131, <https://doi.org/10.1093/jscr/rjw131>

Published:

28 July 2016

Article history

