

địa bàn tại thị trấn Vũ Thư những học sinh lớp 4 lớp 5 có thể tự đi đến trường và bố mẹ sẽ cho các em tiền đến những quán ở gần trường ăn sáng nhưng rất nhiều em không ăn và dành tiền mua quà vặt. Thực phẩm các em thường ăn hàng ngày là cơm, xôi.

Nghiên cứu của Hiệp hội răng miệng Hoa kỳ trên 4000 trẻ cho thấy trẻ bỏ bữa sáng hoặc không ăn đủ hoa quả và rau trong ngày cũng tăng nguy cơ bị sâu răng ở trẻ. Báo cáo kết luận rằng thực hành ăn uống lành mạnh là một yếu tố quan trọng trong toàn bộ quá trình phức tạp dẫn đến sâu răng và các bệnh răng miệng ở trẻ [6].

Tỷ lệ học sinh trong nghiên cứu bị các bệnh răng miệng hàng ngày sử dụng bím bím, đồ ăn ngọt và uống nước có ga tương ứng là 4,7%, 11,3% và 6,5%. Trẻ có tiêu thụ các thực phẩm này ở mức thịnh vượng cũng rất cao với trên 80%. Việc sử dụng các thực phẩm có nhiều đường và đồ uống có ga đã được chỉ ra là yếu tố liên quan chặt chẽ với các bệnh răng miệng. Một nghiên cứu tại Ấn Độ với 448 học sinh cũng cho thấy, tiêu thụ các chất dinh dưỡng sinh nhiệt, tiêu thụ nước giải khát và các thực phẩm giàu đường/mật, cũng như sử dụng bím bím đồ ăn vặt giữa các bữa ăn có nguy cơ làm tăng các bệnh răng miệng ở trẻ [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ăn sáng hàng ngày ở học sinh có VĐVRM ở nam là 47,5% và nữ là 55,3%. Có 6,5% nam và 3,6% nữ không ăn sáng. Tỷ lệ bỏ ăn sáng ở 2 giới đều là cao nhất với 85,7% ở mỗi giới.

Thói quen ăn đồ ngọt của học sinh nữ có VĐVRM cao hơn nam (lần lượt là 82,2% và

76,3%). Ở cả 2 giới thực phẩm trẻ hay ăn vào bữa sáng là cơm, xôi lần lượt là nam 76,4%; nữ 75,9%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Mô hình kết hợp nhà trường – gia đình cần được triển khai có hiệu quả để giáo dục các em về mối quan hệ giữa thực hành dinh dưỡng và bệnh răng miệng nhằm làm giảm tỷ lệ học sinh tiểu học mắc bệnh lý răng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdel Wahed Wafaa Y, Hassan Safaa K and Eldessouki Randa (2017)**, "Malnutrition and Its Associated Factors among Rural School Children in Fayoum Governorate, Egypt", *Journal of Environmental and Public Health*, 2017, pp. 4783791.
2. **Thakur. R and Gautam. RK (2016)**, "Co-existence of undernutrition and obesity: A cross sectional study among".
3. **Psoter. W, Gebrian. B, Prophete. S, et al(2008)**, "Effect of early childhood malnutrition on tooth eruption in Haitian adolescents", *Community dentistry and oral epidemiology*, 36(2), pp. 179-189.
4. **Trần Tuấn Tài. (2016)**. "Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế", *Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế*.
5. **Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn. (2012)**. Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010, *Tạp chí Y học thực hành*, 12 (797), 56-59.
6. **American Dental Association (2004)**. "Skipping Breakfast Ups Tooth Decay Risk For Children"
7. **V. C. Punitha, A. Amudhan (2015)**. Role of dietary habits and diet in caries occurrence and severity among urban adolescent school children, *Journal of Pharmacy Bioallied Sciences*, 7 (1), 296-300

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG ÁP XE TRUNG THẤT DO THƯỜNG THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

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

TÓM TẮT¹⁹

Đặt vấn đề: Áp xe trung thất (AXTT) là nhiễm khuẩn nặng, nguy cơ tử vong cao, nguyên nhân do bệnh lý nhiễm khuẩn miệng, họng, đặc biệt liên quan

đến tổn thương thực quản (TQ). Mục đích nghiên cứu chúng tôi mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giúp cho chẩn đoán bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu các trường hợp chẩn đoán AXTT do tổn thương TQ được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2016 đến 10/2019, bao gồm các trường hợp tử vong và nặng về. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Estrera (1983), phân loại theo Endo S (1999). **Kết quả:** Tổng số có 40 trường hợp, tuổi trung bình: 48,5 ± 17,74 tuổi, nam giới chiếm 82,5 %. Nguyên nhân tổn thương TQ do chấn thương chiếm 70%, chủ yếu hóc xương; do bệnh lý

**Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Hùng

Email: hungpv5271@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2021

Ngày duyệt bài: 7.9.2021

30%, trong đó hội chứng Boerhaave chiếm 62,5%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất ở 1/3 trên (TQ cổ) chiếm 65%, TQ ngực (1/3 giữa) chiếm 15 %, và TQ ngực (1/3 dưới) 20%. Phân độ theo Endo: type I 28 bệnh nhân chiếm 70%, không có type IIa, type IIb có 12 trường hợp, chiếm 30%. Dấu hiệu lâm sàng chính: nuốt đau 35%, đau ngực 42,5%, sốt và khó thở 75%. Khám tại chỗ: Đau máng cảnh 47,5%, mất lọc cọc thanh quản – cột sống 52,5%, tràn khí dưới da 50%. Hình ảnh X quang: CLVT có độ nhạy và đặc hiệu cao, 54,6% hình ảnh thâm nhiễm, 50% hình khí hơi trung thất (type I); Ổ giảm tỷ trọng ở trung thất 100%, mũ màng phổi 83,3%, hơi khí trung thất 100% (type II). 25/40 trường hợp phân lập được vi khuẩn/nấm (62,5%). Vi khuẩn Gram (+) phổ biến Streptococcus species (44%) Enterococcus faecalis (24%) Vi khuẩn Gram (-) phổ biến Acinetobacter Baumannii (24%) Klebsiella pneumoniae (12%), Pseudomonas aeruginosa (8%). Nấm: Phân lập được 6/24 chiếm 25%. **Kết luận:** Áp xe trung thất do tổn thương thực quản là biến chứng nhiễm khuẩn nặng, cần được chẩn đoán sớm để có thái độ xử lý kịp thời. Nghiên cứu đặc điểm AXTT do tổn thương TQ qua những dấu hiệu điển hình trên lâm sàng, X quang cũng như vi khuẩn giúp cho phẫu thuật viên đưa ra chiến lược điều trị sớm và phù hợp.

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

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF MEDIDESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS CAUSED BY ESOPHAGEAL PERFORATION HAVE BEEN TREATED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Descending necrotizing mediastinitis represent a virulent form of mediastinal infection caused by oropharyngeal infection spreading along, especially cause of the perforation of the esophagus with high risk of mortality. Aim of our study is to describe clinical and para-clinical which contributes to the diagnosis. **Materials and Methods:** A prospective study of mediastinal abscess due to perforation of the esophagus have been treated in Viet Duc hospital from 1/2016 to 10/2019 including the deaths and discharged to die. The diagnosis criterias of mediastinal abscess was based on Estrera (1983) criterias, classified by Endo S (1999). **Results:** A total of 40 cases, average age: $48,5 \pm 17,4$ years old, accounting for 82.5% male. The cause of esophageal perforation due to injury accounts for 70%, mainly by bone; due to disease 30%, in which Boerhaave syndrome accounts for 62,5%. The most common lesions in the upper third (cervical esophagus) accounted for 65%, at thoracic level (the middle third) accounted for 15%, and at thoracic level (the lower third) accounted for 20%. Classified by Endo: type I has 28 patients, accounting for 70%, no type IIa, type IIb has 12 cases, accounting for 30%. The main clinical signs: swallowing pain 35%, chest pain 42.5%, fever and difficulty breathing 75%. Local examination: pain in carotid region 47.5%, loss of sound between laryngeal - spine 52.5%, subcutaneous emphysema

32.5%. X-ray examination: CT had high sensitivity and specificity, 71.4% infiltration images, 46.4% mediastinal gas (type I); hypodensity in the mediastinum 100%, pleural pus 83.3%, mediastinal gas was 100% (type II). 24/40 cases of bacteria/fungi were isolated (60%). Common Gram(+) bacteria Streptococcus species (44%) Enterococcus faecalis (24%), Common Gram (-) Acinetobacter Baumannii (24%), Klebsiella pneumoniae (12%), Pseudomonas aeruginosa (8%). Fungus was isolated 6/24, accounted for 25%. **Conclusion:** Descending Necrotizing Mediastinitis caused by esophageal perforation is a serious infectious complication and result in life threatening, therefore it should be diagnosed early to have a timely response. Research on characteristics of clinical and para-clinical through typical clinical signs, diagnostic imaging as well as bacteria helps to make early and appropriate treatment strategies.

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. Nguyên nhân gây AXTT có nhiều liên quan đến nhiễm trùng răng, miệng, lao hạch, ung thư... Trong đó nguyên nhân gặp chủ yếu do tổn thương thực quản (TQ) và là thể AXTT nặng, nguy cơ tử vong cao. 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 nhất là do nguyên nhân từ TQ [1-4]

Tại Việt nam ngoài một số nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính và cộng sự tại bệnh viện Việt Đức (các giai đoạn 2001 và 2017) [2], Nguyễn Công Minh (2014) bệnh viện Chợ Rẫy tử vong chung từ 17% đến 35% [5] thì không có nhiều các nghiên cứu sâu bệnh lý AXTT do tổn thương TQ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đặc điểm AXTT do thủng TQ điều trị tại bệnh viện HN Việt Đức*" với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng AXTT do tổn thương thực quản.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán AXTT do tổn thương thực quản được điều trị tại bệnh viện Việt Đức, bao gồm cả tử vong, thời gian từ 2016 đến 2019.

Tiêu chuẩn chẩn đoán AXTT theo Estrera

[3]: 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 AXTT theo Endo 1999 gồm:

Phân loại theo Endo S (1999) [4]:

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.

Bệnh nhân tử vong chưa phẫu thuật và không làm pháp y.

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

Biến nghiên cứu. Tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương thực quạ, thời gian mắc trước khi đến viện, các biểu hiện lâm sàng và đặc điểm xét nghiệm, X quang.

Kết quả điều trị ngoại khoa trong cấp cứu

2.2. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

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. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung

Tuổi giới: Tổng số 40 trường hợp, nam 33 bệnh nhân, chiếm 82,5%, nữ 7 bệnh nhân chiếm 17,5%, tỷ lệ nam: nữ là 4,7: 1. Tuổi mắc nhiều là 36 đến 60 chiếm tới 57,5%. Tuổi trung bình $48,5 \pm 17,74$.

Nguyên nhân tổn thương TQ: Tổn thương TQ do chấn thương chiếm phần lớn 32/40 (80%), bệnh lý 8/40 (20%). Trong nguyên nhân chấn thương 30/32 (93,6%) do hóc xương, 2/32 do tai nạn giao thông hay tai nạn sinh hoạt.

Do bệnh lý hội chứng Boerhaave 5/8 (62,5%), ung thư tìm thấy có 3 trường hợp (37,5%).

Thời gian từ khi bị bệnh đến khi khám bệnh. Đến viện trước 24h: 4 bệnh nhân

chiếm 10%; Ngày thứ 2 – 3: 7 bệnh nhân chiếm 17,5%; Từ 3 ngày đến 7 ngày: 10 bệnh nhân chiếm 25%; Sau 7 ngày: 19 bệnh nhân chiếm 47,5%

Phân loại theo Endo S: Type I có 28 bệnh nhân chiếm 70%, type IIa không có ca nào, type IIb có 12 trường hợp, chiếm 30%.

3.1.2 Đặc điểm lâm sàng

Dấu hiệu cơ năng

Bảng 1. Dấu hiệu cơ năng

Lý do vào viện	N = 40	%
Sốt	30	75,0
Sưng đau cổ	24	60,0
Nuốt đau	14	35,0
Đau ngực	17	42,5
Khó thở	30	75,0
Nôn máu	2	5,0
Ho máu	5	1,25
Khác	20	50

Dấu hiệu thực thể

Bảng 2. Dấu hiệu thực thể

Triệu chứng thực thể	n = 40	%	
Thực thể	Cổ sưng nề 1 bên	20	62,5
	2 bên	5	
	Đau máng cảnh	19	47,5
	Mất lọc cọc TQ- CS	21	52,5
	Tràn khí dưới da vùng cổ	20	50
RRFN phổi giảm 1 bên; 2 bên	13	32,5	
	Sưng lan xuống cổ ngực	10	25

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Chẩn đoán hình ảnh: Đối với AXTT type I

Bảng 3. Hình ảnh X quang và CLVT của AXTT type I

Hình ảnh	n=28	%	
X quang	Dị vật cản quang	10	35,7
	Thâm nhiễm phần mềm	15	53,6
	Mất chiều cong sinh lý cột sống cổ	4	14,3
Thường qui	Trung thất rộng	10	35,7
	Khối dịch khí	13	46,4
	Phủ nề phần mềm	14	50,0
	Hơi lan tỏa	10	35,7
CLVT	Dị vật	14	50,0
	Hình ảnh thâm nhiễm	20	71,4
	Ổ dịch khí lan tỏa	17	60,7

Đối với AXTT type II

Bảng 4. Hình ảnh X quang và CLVT AXTT type II

Hình ảnh	n=12	%	
X quang	Dị vật cản quang	1	8,3
Thường qui	Trung thất rộng	4	33,3
	Tràn dịch màng phổi	4	33,3

CLVT lồng ngực	Hình ảnh dị vật	1	8,3
	Ổ giảm tỷ trọng ở trung thất	12	100
	Tràn mủ màng phổi	10	83,3
	Hơi trong trung thất	12	100,0
	Tổn thương mạch máu	3	25,0

Nhận xét: Trung thất rộng, ổ giảm tỷ trọng chiếm đa số là 50% và 83,3 %

Kết quả soi thực quản:

Bảng 5. Vị trí tổn thương TQ (cách CRT)

Vị trí	n=40	Tỷ lệ (%)
1/3 trên (15-24 cm)	26	65
1/3 giữa (24-32 cm)	6	15
1/3 dưới (32-40 cm)	8	20
Tổng	40	100,0

Nhận xét: Hay gặp nhất ở 1/3 trên (TQ cổ) chiếm 65%, TQ ngực (1/3 giữa) chiếm 15 %, và TQ ngực (1/3 dưới) 20%, không có trường hợp nào tổn thương TQ đoạn bụng.

Kết quả xét nghiệm vi sinh: 25/40 trường hợp phân lập được vi khuẩn

Nhận xét: Cây có 25/40 trường hợp phân lập được vi khuẩn/nấm (62,5%)

Vi khuẩn Gram (+) phổ biến là Streptococcus species (44%) Enterococcus faecalis (24%), Staphylococcus sp 16%

Vi khuẩn Gram (-) phổ biến Klebsiella pneumoniae (12%), Pseudomonas aeruginosa (8%), Acinetobacter Baumannii (24%)

Nấm: Phân lập được 6/24: chiếm 25%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng AXTT do tổn thương TQ

4.1.1. Tuổi. Tuổi trung bình bệnh nhân của chúng tôi là 48,5 ± 17,74. So sánh với nghiên cứu của các tác giả tuổi trung bình AXTT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, Sofia Arizaga là 40, Nguyễn Đức Chính cùng cộng sự 54,6 ± 6,7 [2,8,9]

4.1.2. Giới. Hầu hết các tác cho thấy trong nghiên cứu của mình tỷ lệ nam nhiều hơn nữ

4.1.3. Nguyên nhân thủng thực quản. Hầu hết các nghiên cứu của tác giả nước ngoài như Muhamad A P cùng cộng sự [6], cho thấy nguyên nhân thủng TQ do can thiệp y tế chiếm tới 70%. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thì nguyên nhân hàng đầu chấn thương chiếm 70%, đặc biệt nguyên nhân hóc xương chiếm 88,5%. Chúng tôi chưa gặp ca nào thủng TQ sau can thiệp y tế trong nghiên cứu.

4.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.4.1. Đặc điểm lâm sàng

- Thời gian tiến triển bệnh đến lúc khám.

Thời gian mắc bệnh trung bình 6,9 ngày ± 4,6 ngày trong hầu hết các nghiên cứu tuy nhiên có những nghiên cứu cho thấy thời điểm đi khám bệnh kể từ lúc có triệu chứng bệnh đầu tiên không giống nhau. Đa số các trường hợp AXTT sau can thiệp y tế đến khám sớm hơn, hoặc do hội chứng Boerhaave. Tuy nhiên các ca AXTT do dị vật lại đến muộn vì vấn đề tâm lý. Nguyễn Đức Chính (2015) trung bình 4,5 ngày, Muhammad Arza cùng cộng sự (2016) [6] trung bình tới 9,4 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện sau 1 tuần chiếm 45%, tiếp đến ngày thứ 3 chiếm 27,5%.

- Biểu hiện lâm sàng:

Cơ năng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của Ricardas cùng cộng sự (2013) biểu hiện sốt 100%, sưng nề cổ 73%, đau họng 42%, khó thở 31%, đau và khó nuốt 24,4%, trong khi đó đau ngực và đau lan lưng có 15,5%. Theo Sofia Arizaga cùng cộng sự (2015) [5] triệu chứng đau chiếm 70%, tràn khí dưới da chiếm 66%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biểu hiện cơ năng chính là sưng đau cổ: 24/40 chiếm 60%. Có 30/40 trường hợp vào viện do khó thở chiếm 75%. Đau ngực có 17/40 (42,5%), sốt 30/40 chiếm 75% (bảng 1)

Thực thể. Trong nghiên cứu của Mojtaba cùng cộng sự [7] các triệu chứng thường gặp nhất đau cổ, ngực chiếm 45,83%, sốc nhiễm khuẩn chiếm 45,83%, sốt cao 41,66%, khó thở do tràn dịch/mủ màng phổi 33,33%, khí dưới da 12,5%.

Trường hợp tràn dịch/mủ màng tim tiếng tim mờ. Tuy nhiên tình trạng sốc nhiễm khuẩn sẽ khó thở, suy thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi sưng đau cổ chiếm tỷ lệ 62,5%, đau máng cảnh 47,5%; mất lọc cọc TQ-CS chung 52,5%, tràn khí dưới da chiếm 50%; Mất lọc cọc TQ-CS 100% ở type II; nghe phổi 2 bên 13/40 trường hợp 32,5% (bảng 2)

4.1.4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

• Nội soi thực quản. Vị trí thủng hay gặp nhất là vị trí sau sụn giáp nhân. Chỗ màn hầu là điểm yếu đầu tiên của TQ (tam giác Kilian). Một số các trường hợp thủng TQ do thày thuốc gây ra còn gặp như trong quá trình đặt sông dạ dày khó khăn, do đặt nội khí quản hoặc do mở khí quản, phẫu thuật vùng TT như cắt phổi, phẫu tích mủ TQ bụng, phẫu thuật cột sống cổ, cắt tuyến giáp...

Vị trí tổn thương TQ của chúng tôi ở vị trí 1/3 dưới nhiều hơn của Nguyễn Đức Chính cùng cộng sự [2] và tỷ lệ AXTT typeIIb cũng nhiều hơn.

• **Chụp X quang ngực không chuẩn bị.** X quang thường không chuẩn bị ngực thẳng lấy cả vùng cổ và vòm hoành cho thấy hình trung thất (TT) giãn rộng đặc biệt TT trên, tràn dịch màng phổi, tràn khí dưới da hoặc khí TT tạo nên hình chữ "V" Naclério: Liềm hơi dưới hoành + khí chạy dọc theo động mạch (ĐM) chủ xuống + khí màng phổi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính cùng cộng sự (2015), 65% hình TT rộng, 32% có hình khí hơi. Theo các tác giả khác chụp phim thường dấu hiệu có khí vùng trước cột sống cổ rất quan trọng trong chẩn đoán tổn thương TQ. Nếu tổn thương thực quản đoạn ngực hay bụng, khí sẽ xuất hiện vùng trung thất sau hoặc 2 bên, hoặc dưới hoành bên trái. Khí dịch màng phổi thường xuất hiện trong khoảng 77% các trường hợp trong đó dịch khí trung thất chiếm 70% bên phải, 20% xuất hiện bên trái, và khoảng 10% dịch khí xuất hiện cả 2 trung thất. Nếu dịch khí màng phổi xuất hiện bên trái có thể là tổn thương thực quản ở 1/3 dưới. Đây là những dấu hiệu quan trọng giúp cho không chỉ chẩn đoán mà còn định hướng xử lý điều trị trong cấp cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh phổ biến của X quang thường qui là trung thất rộng, ổ giảm tỷ trọng chiếm đa số là 35% và 53,5%; Phù nề dưới da chiếm 50% (bảng 3-4) cho cả 2 type I và II

• **Chụp cắt lớp vi tính.** Theo Muhamad cùng cộng sự [6] nếu khám xét lâm sàng có thể chẩn đoán tới 75%, nếu kết hợp với chẩn đoán hình ảnh bao gồm cả siêu âm chẩn đoán xác định từ 95% hoặc hơn AXTT và nguyên nhân. Theo một số tác giả khác hình ảnh AXTT trên phim CLVT cho thấy 100% giảm mật độ, dịch trung thất 55%, bóng khí trung thất 57,5%, hạch trung thất 35% mờ khoang cạnh tim 27,5%, dịch màng phổi 85%, thâm nhiễm phổi 35%, rò màng phổi trung thất 2.5%. Đặc biệt ở bệnh nhân AXTT lan tỏa độ nhạy là 100% trong khi bệnh nhân nghi ngờ thủng thực quản thì độ nhạy và độ đặc hiệu cũng tới 100% [7], [8]

Theo Weaver E cùng cộng sự hình ảnh CLVT có thuốc cản quang, kết hợp với khai thác tiền sử bệnh (hóc, sau soi TQ) có độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán tới 100%. Nghiên cứu của Ricardas (2013) hình ảnh CLVT type I 56%, type IIa 22%, type IIb 22%[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán trên phim CLVT được 100%, độ nhạy 98 %, độ đặc hiệu 100%, trong đó thấy hình ảnh dị vật là 35,7% (type I) và 8,3% (typeII); Hơi khí TT 46,4% (type I), 100% (type II). Giảm tỷ trọng

71,4%(type I) và 100% (type II).

• **Vi sinh vật.** Theo Nguyễn Đức Chính [2] các vi khuẩn phân lập được 100% là đa vi khuẩn, không có vi khuẩn đơn độc phân lập được từ AXTT. Các vi khuẩn là sự phối hợp cả ái khí và kỵ khí. Thực tế nghiên cứu về vi sinh vật rất cần thiết cho việc điều trị bệnh cũng như tiên lượng.

Trong nghiên cứu của Weaver E cùng cộng sự (2010) [8] các vi sinh vật kết hợp cả loại ái khí và kỵ khí và là nhóm phổ biến ở vùng miệng, trong đó ái khí là liên cầu tan huyết alpha haemolytic Streptococcus, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumonia. Các vi khuẩn kỵ khí phổ biến là Peptostreptococcus, Bacteroides fragilis, Prevotella Porphyromonas. Nghiên cứu của Muhammad Arza (2016), các vi khuẩn chính phân lập được là Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter aerogenes, Acinetobacter baumannii

Nghiên cứu của chúng tôi phân lập vi sinh gồm có cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí 100%, Vi khuẩn Gram (+) phổ biến Streptococcus species, Enterococcus faecalis; Vi khuẩn Gram (-) phổ biến Acinetobacter Baumannii, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa; Năm: Phân lập được 6/24: chiếm 25%.

V. KẾT LUẬN

Áp xe trung thất nguyên nhân tổn thương thực quản là một nhiễm khuẩn nặng, kết quả điều trị phụ thuộc việc chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp. Qua nghiên cứu 40 trường hợp AXTT nguyên nhân tổn thương TQ cho thấy các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đặc hiệu, trong đó chẩn đoán hình ảnh không chỉ giúp cho việc phát hiện bệnh sớm mà còn cho biết mức độ tổn thương để chọn đường mổ khi dẫn lưu mũ. Bên cạnh đó lưu ý sử dụng kháng sinh sớm, phổ rộng theo kinh nghiệm khi chưa có kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pearse HE(1938).** Mediastinitis following cervical suppuration. Ann Surg.; 108(4): 588-611.
2. **Nguyen Duc Chinh, Tran Tuan Anh, Pham Vu Hung, Pham Gia Anh, Philipp Omar Hannah, Tran Dinh Tho (2017).** Experience on Disgnosis of Descending Necrotizing Mediastinitis at Viet Duc Hospital. The THAI Journal of SURGERY ;38: 22-26.
3. **Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP and Platt MR.** Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1983 :157 :545 -552.
4. **Endo S, Murayama F, Hasegawa T, Yamamoto S, Yamaguchi T, et al.** Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg. 1999; 47: 14-19.
5. **Sofia Arizaga, Edgar Bruck Rodas, Raul Pino, Jeovanni Reinoso et al (2015).** Descending Necrotizing Cervicomediastinitis Secondary to

Esophageal Perforation: Management in a Hospital with Limited resources. Paramerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery; 4(1):23-29

6. **Muhammad Arza Putra, Harvey Romolo, Adinda Bunga Syafina, Alvin Ariyanto Sani, Wuryantoro, Suprayitno Wardoyo and Dhama Shinta Susanti (2016).** Descending necrotizing mediastinitis: Management and controversies. Cardiovascular and Thoracic Open Volume 2: 1-5

7. **Mojtaba Javaherzadeh; Javad Bastar; Saviz Pejhan; Mohammad Behgam; Shadmehr; Mehrdad Arab; Abolghasem Daneshvar Kakhki; Nouradin Pirmoazen; Azizollah Abbasi Dezfouli (2006),** Management of Delayed Diagnosed Esophageal Perforation, Tanaffos 5(1), 51- 57

8. **E. Weaver; X. Nguyen; M.A.Brooks (2010),** Descending Necrotising Mediastinitis: two case reports and review of the literature, Eur.Respir. Rev;Jun;19 (116) :141-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ Ở THANH THIẾU NIÊN

Nguyễn Hoàng Yên*, Trần Thị Thu Hà*, Nguyễn Văn Tuấn*

TÓM TẮT

Rối loạn lo âu lan toả (RLLALT) đặc trưng bởi sự lo lắng quá mức và không kiểm soát được. RLLALT thường gặp ở thanh thiếu niên, tỷ lệ trong cộng đồng là 2,2%-3,6%. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng RLLALT ở thanh thiếu niên. Đối tượng phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang 51 người bệnh trong độ tuổi thanh thiếu niên từ 10 đến 19 tuổi, được chẩn đoán rối loạn lo âu lan toả theo tiêu chuẩn của ICD 10, đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2020 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 15,25 ± 2,22. Tỷ lệ nữ : nam xấp xỉ 1,8 : 1. Nhóm triệu chứng cảm xúc có mức độ nặng cao nhất, điểm trung bình là 13,41. Triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật ở nhóm thanh thiếu niên gặp ở mức độ trung bình và mức độ giảm dần theo lứa tuổi. triệu chứng "khó tập trung hoặc đầu óc trống rỗng" có mức độ nặng lớn nhất trong số tất cả các triệu chứng được nghiên cứu. Điểm số HAMA trung bình của thanh thiếu niên trong nghiên cứu là 17,12 ± 9,71. **Kết luận:** Các triệu chứng về cảm xúc là nhóm triệu chứng thường gặp nhất ở RLLALT thanh thiếu niên, các triệu chứng về rối loạn thần kinh thực vật ít phổ biến hơn và mức độ giảm dần theo tuổi.

Từ khóa: rối loạn lo âu lan toả, thanh thiếu niên, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER AMONG ADOLESCENTS

Generalized anxiety disorder (GAD) is characterized by excessive and uncontrollable anxiety. GAD is common in adolescents, the prevalence in the community is 2.2%-3.6%. **Objectives:** to describe

clinical characteristics of GAD in adolescents. Method: cross-sectional description of 51 adolescents aged 10 to 19 years, diagnosed with generalized anxiety disorder according to ICD 10 criteria, who came to the Institute of Mental Health, Bach Mai for examination and treatment from 8/2020 to 5/2021. **Results:** Mean age was 15.25 ± 2.22. The ratio of female: male is approximately 1.8: 1. Emotional symptoms group has the highest severity, the average score is 13.41. Symptoms of neurovegetative disorders in adolescents are moderate and the severity decreases with age. The symptom of "difficulty concentrating or feeling that your mind "goes blank" was the most severe of all the symptoms studied. The average HAMA score of adolescents in the study was 17.12 ± 9.71. **Conclusion:** Emotional symptoms are the most common symptom group in adolescent, autonomic symptoms are less common and their severity decreases with age.

Key words: general anxiety, adolescent, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan toả được đặc trưng bởi tình trạng lo lắng quá mức và không kiểm soát được. RLLALT là rối loạn thường gặp ở thanh thiếu niên dao động từ 2,2% đến 3,6%. Đặc điểm lâm sàng của RLLALT bao gồm các biểu hiện về cảm xúc: lo lắng quá mức, cảm giác cần phải trấn an, cáu kỉnh, cùng với các triệu chứng về rối loạn thần kinh thực vật như tim đập nhanh, vã mồ hôi và các triệu chứng về căng thẳng tâm thần vận động như bồn chồn, bứt rứt, cảm giác tù túng, đau, căng cơ. Bệnh cảnh lâm sàng của RLLALT ở thanh thiếu niên có sự khác biệt với người trưởng thành. Trong sự phát triển sinh lý của lứa tuổi, sự lo lắng là thường gặp ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên. Các mối lo sợ như sợ ma, sợ sấm chớp... thường gặp ở trẻ từ 4 tuổi. Điều cần phân biệt ở đây là sự quá mức và không kiểm soát được. Thêm vào đó, trên thực hành lâm

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Yên

Email: nguyenhoangyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2021

Ngày duyệt bài: 9.9.2021