

VỠ PHẾ QUẢN CHÍNH BÊN TRÁI DO CHẤN THƯƠNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG - NHÌN LẠI Y VĂN

Phạm Hữu Lưu^{1,2}, Nguyễn Hữu Phong¹, Dương Ngọc Thắng²,
Phan Thùy Chi^{1,2}, Lê Hồng Quân², Kim Công Thường³,
Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Nguyễn Hữu Ước^{1,2}

TÓM TẮT

Tổn thương khí - phế quản là một hình thái nặng và hiếm gặp, tổn thương này có thể gặp trong chấn thương ngực, vết thương ngực hoặc do tai biến bởi thầy thuốc gây ra. Vỡ khí phế quản được chia thành nhiều mức độ khác nhau. Đối với mức độ tổn thương nặng, bệnh nhân có thể tử vong nhanh chóng do các rối loạn hô hấp và tuần hoàn. Đối với mức độ tổn thương nhẹ hơn, chẩn đoán có thể khó dẫn đến điều trị kéo dài, khó thành công và có các biến chứng khác. Chẩn đoán và xử trí sớm giúp làm giảm các biến chứng và tránh mất chức năng của phổi tổn thương. Chúng tôi mô tả một trường hợp lâm sàng được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật vỡ phế quản chính trái thành công tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tháng 4 năm 2021, đồng thời nhìn lại y văn.

Từ khóa: Vỡ khí - phế quản; tràn khí màng phổi áp lực

SUMMARY

TRAUMATIC LEFT MAIN BRONCHIAL RUPTURE: A SUCCESSFUL TREATMENT CASE – REVIEW THE LITERATURE

Traumatic tracheobronchial injuries is a rare and severe, this injury form can be seen in blunt chest trauma, penetrating chest trauma or iatrogenic. Tracheobronchial rupture is divided into different degrees. For severe damage, patients can die quickly due to respiratory and circulatory disorders. For milder lesions, diagnosis can be difficult leading to prolonged treatment, difficulty in success, and other complications. An early diagnosis and management can reduce complications and avoid the loss of lung function. We describe a clinical case that was diagnosed and surgically treated for rupture of the left main bronchus at Viet Duc University Hospital in April 2021, and review the literature.

Keyword: Tracheobronchial injury; tension pneumothorax

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ khí - phế quản là tổn thương nặng và hiếm gặp, loại hình tổn thương này có thể gặp trong chấn thương ngực, vết thương ngực hoặc

do tai biến y tế (đặt ống nội khí quản, soi khí - phế quản...). Đa số nằm trong bệnh cảnh nguy kịch nếu vỡ đứt rời khí - phế quản. Chẩn đoán khó và thường bị chẩn đoán chậm khi các dấu hiệu toàn thân nặng, việc chẩn đoán muộn các tổn thương phế quản có thể dẫn đến tình trạng suy hô hấp nguy hiểm đến tính mạng, tràn khí màng phổi tái diễn, viêm mũ màng phổi, xẹp phổi, viêm phổi, viêm trung thất và suy hô hấp.¹ Chẩn đoán và điều trị sớm giúp cho có thể tránh được các biến chứng này và cho phép hồi phục hoàn toàn.¹ Chúng tôi mô tả một trường hợp lâm sàng vỡ phế quản chính trái do chấn thương ngực kín nhằm rút ra một số kinh nghiệm về chẩn đoán và phương pháp điều trị, đồng thời nhìn lại y văn.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 26 tuổi, sau tai nạn giao thông ngã xe máy đã được chuyển vào điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh trong tình trạng tỉnh chậm, mạch 120 lần/phút, HA 120/70 mmHg, nhịp thở 28 lần/phút, phổi trái giảm thông khí. Chụp X-quang và cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực có hình ảnh tràn máu tràn khí màng phổi hai bên, đưng dập phổi 2 bên, gãy xương sườn I bên phải và xương sườn II bên trái (Hình 1). Bệnh nhân được phẫu thuật dẫn lưu màng phổi trái cấp cứu ra nhiều khí sau đó được chuyển vào khoa hồi sức điều trị tiếp. Sau hai ngày tình trạng hô hấp tiến triển xấu đi, có biểu hiện khó thở tăng lên nhiều, tràn khí dưới da vùng cổ ngực nhiều lên, bệnh nhân được dẫn lưu thêm tại khoang liên sườn III đường giữa đòn bên trái và dẫn lưu màng phổi tiếp tục ra nhiều khí, bão hòa oxy mao mạch dao động giảm nhiều (75% - 95%). Chụp CLVT ngực lại kiểm tra có hình ảnh tràn máu tràn khí màng phổi 2 bên, trong đó mức độ tràn khí màng phổi trái nhiều (Hình 2). Bệnh được chẩn đoán theo dõi vỡ khí - phế quản và chỉ định nội soi khí - phế quản cấp cứu chẩn đoán cho kết quả: hình ảnh tổn thương vỡ phế quản chính trái (Hình 3). Bệnh nhân được đặt nội khí quản và chuyển lên bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tình trạng lúc vào viện bệnh nhân an thần, đồng tử hai bên co nhỏ, búp bóng qua ống nội khí quản, SpO₂ 70%, huyết áp

¹Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

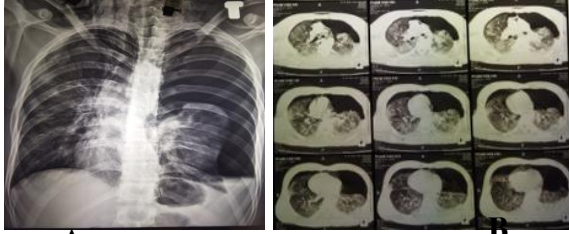
Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2021

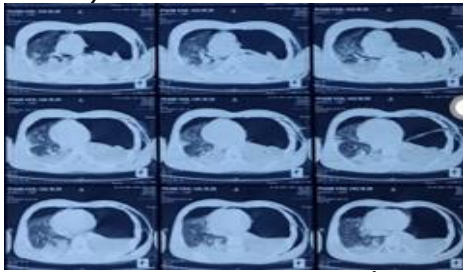
Ngày duyệt bài: 4.6.2021

90/ 60mmHg. Chúng tôi đã tiến hành dẫn lưu màng phổi phải cấp cứu ngay tại phòng khám sau đó chuyển bệnh nhân vào phòng mổ cấp cứu xử trí tổn thương phế quản chính bên trái.

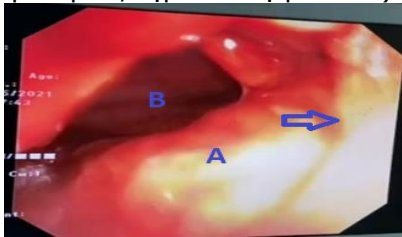


Hình 1. Hình ảnh X-quang (A) và CLVT ngực (B) khi vào bệnh viện tỉnh

(Hình ảnh tràn máu – tràn khí màng phổi trái, trung thất bị đẩy lệch sang bên phải. Hình ảnh tràn khí màng phổi phải kèm đưng dập nhu mô phổi hai bên).



Hình 2. Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực 1 ngày sau khi đã được dẫn lưu màng phổi trái cấp cứu (Hình ảnh tràn máu – tràn khí màng phổi trái không cải thiện so với Hình 1, trung thất bị đẩy lệch sang bên phải. Hình ảnh tràn khí màng phổi phải nhiều lên kèm đưng dập nhu mô phổi phải, xẹp toàn bộ phổi trái).

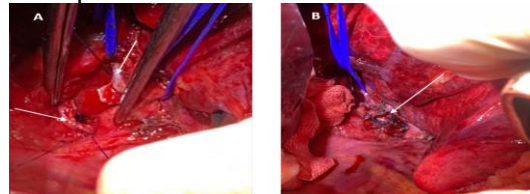


Hình 3. Hình ảnh nội soi khí phế quản (vỡ phế quản chính trái, lòng phế quản thông với khoang màng phổi trái: Mũi tên – đường vỡ phế quản, A-Nhu mô phổi xẹp, B-Khoang màng phổi trái nhìn qua lỗ vỡ phế quản chính trái).

Gây mê: Đánh giá việc đặt ống nội khí quản hai nòng cô lập phổi là có nguy cơ, có thể làm cho đầu gần và đầu xa của hai đoạn phế quản vỡ di lệch nhiều hoặc làm nặng thêm tình trạng chấn thương khí phế quản. Hơn nữa, bệnh nhân đang có tình trạng thiếu oxy nặng với mức bão hòa oxy mao mạch (SpO2) chỉ khoảng 70%, chúng tôi quyết định không thay ống nội khí

quản hai nòng mà cô lập phổi bằng cách đặt ống nội khí quản thông thường sâu vào bên phế quản gốc phải. Bệnh nhân được tiến hành thông khí kiểm soát thể tích với FiO2: 100%, SpO2 có cải thiện đến mức cao nhất là 92%. Trong mổ liên tục báo động lưu lượng khí thở ra (VtE) thấp và máy thở liên tục mất lưu lượng. Nhận định hiện tượng này xảy ra do lưu lượng dòng qua chỗ vỡ khí quản quá lớn, chúng tôi đã chuyển gây mê toàn bộ đường tĩnh mạch và điều chỉnh lưu lượng khí lên đến 15 lít/ phút. Trong quá trình bóc tách phế quản có những thời điểm lưu lượng dòng phải lên đến 20 lít / phút (vượt quá lưu lượng dòng tối đa của oxy trong máy thở chúng tôi sử dụng). Những lúc này, để đảm bảo lưu lượng dòng, chúng tôi bắt buộc phải giảm FiO2 xuống còn 70%, tương ứng SpO2 của BN lúc thấp nhất xuống còn 82% , nhưng chỉ trong thời gian ngắn.

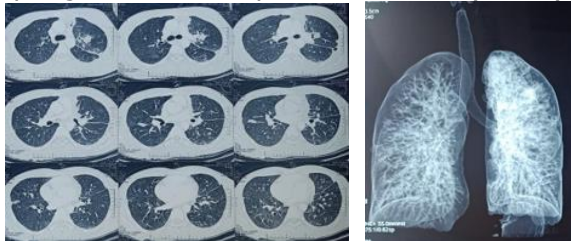
Phẫu thuật: Tiếp cận tổn thương qua đường mở ngực trước – bên trái qua khoang liên sườn V vào khoang màng phổi. Kiểm tra trong mổ: Phổi trái xẹp hoàn toàn, có nhiều ổ đưng dập nhu mô rải rác toàn bộ phổi. Phẫu tích rốn phổi trái bộc lộ các thành phần của rốn phổi (động mạch, tĩnh mạch và phế quản gốc) đặt lac. Tổn thương vỡ đứt rời phế quản chính trái cách carina 1,5 cm, hai mép tổn thương bờ nham nhờ, kiểm tra các cấu trúc lân cận không tổn thương (Hình 4 A). Tiến hành: Phẫu tích bộc lộ 2 đầu phế quản chính, giải phóng tối đa phổi trái (giải phóng dây chằng tam giác, phẫu tích di động toàn bộ các thành phần rốn phổi trái), cắt lọc tiết kiệm và khâu nối trực tiếp bằng chỉ Monosyl 3/0 mũi rời. Kiểm tra sau nối không rò khí, miệng nối không căng (Hình 4 B). Bơm rửa khoang màng phổi nhiều lần bằng nước muối sinh lý pha Betadin, đặt 2 dẫn lưu silicon 32F khoang màng phổi, 1 dẫn lưu silicon 16F cạnh miệng nối phế quản chính trái. Đóng ngực theo các lớp giải phẫu. Thời gian phẫu thuật kéo dài 135 phút.



Hình 4. Tổn thương trong mổ [A – Tổn thương trong mổ: phế quản chính trái đứt rời cách carina 1,5cm (mũi tên chỉ). B – Phế quản chính trái sau khi hoàn thành khâu nối (mũi tên chỉ)]

Diễn biến sau mổ: Sau mổ bệnh nhân được chuyển về phòng hồi sức điều trị, trong quá trình

theo dõi, bệnh nhân có biểu hiện sốt 38,5 – 39,5°C trong 4 ngày sau mổ, với kết quả cấy dịch phế quản và dịch màng phổi trong mổ có *Acinetobacter baumannii*, bệnh nhân được điều trị theo kháng sinh đồ (Meropenem và Tavanic). Nội soi khí - phế quản kiểm tra sau mổ ngày thứ 4 thấy vị trí đường khâu liền sẹo tốt, không hẹp; hình ảnh x – quang sau mổ phổi tiến triển tốt (không còn hình ảnh các ổ đọng dập phổi). Bệnh nhân được rút ống nội khí quản sau 7 ngày điều trị, theo dõi 3 ngày sau rút nội khí quản tại phòng hồi sức tình trạng bệnh nhân ổn định và được chuyển về phòng bệnh sau 10 ngày. Tại bệnh phòng diễn biến ổn định (lâm sàng, công thức bạch cầu, x – quang lồng ngực trong giới hạn bình thường), bệnh nhân có chỉ định xuất viện sau khi về bệnh phòng 4 ngày (tổng số ngày điều trị nội viện là 2 tuần). Các hình ảnh X-quang và CT sau mổ phổi 2 bên nở tốt (Hình 5).



Hình 5. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực sau mổ 10 ngày (Phổi trái nở tốt, khí quản chính trái thông không có hẹp).

III. BÀN LUẬN

Vỡ khí - phế quản là tổn thương hiếm gặp trong chấn thương ngực (1 – 3%), tỷ lệ 2,8% trên phẫu tích tử thi các trường hợp chấn thương ngực kín.¹⁻³ Tổn thương thường nặng với khoảng 4/5 (30 - 80%) số nạn nhân bị tử vong trước khi đến viện, đa số trong giờ đầu tiên sau chấn thương.³⁻⁵ Bệnh cảnh gặp chủ yếu ở người trẻ, trung bình 28 tuổi (18 – 60), nam giới chiếm đa số (70%).^{3,4,6}

Chẩn đoán: Trên lý thuyết, việc chẩn đoán được sớm có vai trò rất quan trọng, giúp hạn chế các biến chứng nặng nề và đảm bảo khả năng phục hồi.¹ Tuy nhiên trên lâm sàng điều này thường khó đạt được. Các nghiên cứu cho thấy có đến 50 – 90% trường hợp bị bỏ sót và được chẩn đoán muộn (>24 – 48 giờ), thời gian trung bình chẩn đoán để được phẫu thuật theo các nghiên cứu là 7 ngày tùy từng tác giả,³ nhiều trường hợp được chẩn đoán sau hàng tuần, hàng tháng, thậm chí sau nhiều năm.⁷ Theo Pulle thời gian trung bình được chẩn đoán sau tổn thương là 1,7 tháng.⁶ Lý do là bởi các biểu

hiện lâm sàng thường không đặc hiệu như nhịp thở nhanh, mạch nhanh, khó thở, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tràn khí dưới da cổ ngực nhưng các nhà lâm sàng chưa nghĩ tới và cho làm chẩn đoán xác định (soi khí – phế quản). Trong đó hay gặp nhất là suy hô hấp (76 – 100%) và tràn khí dưới da (87%) có hay không kèm tràn khí màng phổi (17 – 70%) (một hay hai bên), dẫn lưu màng phổi không hiệu quả và khí thoát ra nhiều qua dẫn lưu.^{1,6,8,9} Hơn nữa, đa số các bệnh nhân thường có những tổn thương phổi hợp khác kèm theo (sọ não, bụng, cột sống...), khiến cho việc nhận định triệu chứng nhiều khi khó chính xác.⁵

X-quang ngực là phương pháp thăm dò đơn giản và nhanh chóng: Ngoài các dấu hiệu gợi ý như tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da, có thể thấy dấu hiệu “phổi rơi” - cần phân biệt với hình ảnh xẹp phổi thụ động do tình trạng tràn khí, có thể hình ảnh phế quản chính ngắt quãng ở rốn phổi trong trường hợp đứt lia hoàn toàn.¹⁰ Các bệnh nhân nghi ngờ cần được nghĩ tới sẽ nên được chụp cắt lớp vi tính (CT) ngực và nội soi phế quản (nếu tình trạng bệnh nhân cho phép). Nội soi khí phế quản ống mềm có giá trị tốt nhất (tiêu chuẩn vàng) trong chẩn đoán tổn thương khí - phế quản, cho phép đánh giá hình thái, mức độ lan rộng và độ sâu cũng như mức độ tổn thương. Đồng thời cho phép hướng dẫn đặt được ống nội khí quản qua tổn thương trong xử trí ban đầu.

Chỉ định phẫu thuật: Cho tới nay chẩn đoán thương khí - phế quản vẫn có hai phương án là điều trị bảo tồn và ngoại khoa và được thảo luận kỹ bởi các bác sĩ chuyên khoa. Chỉ định phẫu thuật có thể được đặt ra khi (tham khảo các tác giả Pháp):¹ Tổn thương ≥ 2 cm hoặc lớn hơn 1/3 chu vi; Tổn thương hết bề dày thành; Tổn thương tại carina hoặc các vùng liền kề carina; Dẫn lưu màng phổi thất bại hoặc khí ra liên tục mức độ nhiều sau dẫn lưu; Có kèm tổn thương thực quản. Điều trị bảo tồn bao gồm sử dụng kháng sinh toàn thân, đặt nội khí quản với bóng được đặt qua vị trí tổn thương và dẫn lưu màng phổi. Phải tránh thông khí áp lực cao và theo dõi cẩn thận các dấu hiệu của nhiễm trùng hô hấp hoặc trung thất.¹

Phẫu thuật: Cần có sự phối hợp đồng bộ giữa phẫu thuật viên chuyên khoa lồng ngực, bác sĩ gây mê, và bác sĩ hồi sức. Tỷ lệ thành công khi phẫu thuật sớm cao hơn so với mổ muộn cùng với sự cải thiện nhanh về chức năng thông khí. Về vị trí thương tổn: Đa số các nghiên cứu chỉ ra vị trí tổn thương hay gặp nhất ở phế quản

chính phải (47%)¹, có lẽ do nó có kích thước lớn hơn và ngắn hơn so với phế quản chính trái, và phế quản chính trái được che chắn bởi những cấu trúc giải phẫu liền kề (quai động mạch chủ, động mạch phổi, tim).¹⁻³ Hơn nữa, phổi phải thường nặng hơn do có thêm thùy giữa.¹ Roozendaal tổng hợp từ 19 nghiên cứu với 155 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ tổn thương phế quản chính phải là 32%, phế quản chính trái là 23%, và 3% có tổn thương hai phế quản chính.³ Tuy vậy, Pulle nghiên cứu trên 10 bệnh nhân cho thấy tổn thương phế quản chính trái có tỉ lệ ưu thế hơn (60%).⁶ Có đến 80% các trường hợp tổn thương khí phế quản có tổn thương trong vòng $\pm 2,5$ cm từ carina.^{1,5,6}

Tiếp cận để xử lý đối với các tổn thương ở phế quản chính và carina thường dùng đường mở ngực (Đường mở ngực phải sau bên qua khoang liên sườn V cho phép bộc lộ rõ khí quản đoạn ngực, carina, và phế quản chính phải, và đường mở ngực phải sau - bên qua khoang liên sườn V cho phép tiếp cận tổn thương phế quản chính trái^{1,6}). Kỹ thuật phục hồi cấu trúc phế quản bằng cắt lọc tiết kiệm mép tổn thương và khâu nối trực tiếp được ưu tiên. Có thể chuyển vạt để che phủ đường khâu. Kỹ thuật khó khăn hơn trong những trường hợp phẫu thuật muện khi mà các đầu phế quản đã xơ hóa bít tắc và tạo sẹo.⁶ Trường hợp không thể phục hồi thì đầu, có thể phải cắt thùy hoặc cắt phổi.^{1,6} Tỷ lệ tử vong phẫu thuật khoảng 10%.^{1,3} Theo Roozendaal, trong số bệnh nhân phẫu thuật thì có 95% là mở ngực (thoracotomy) với 72% khâu - nối trực tiếp và 15% cắt toàn bộ phổi (pneumonectomy); thời gian trung bình từ khi chấn thương đến lúc phẫu thuật là 7 ngày.³

Hồi sức trước - trong - sau mổ: Phục hồi tổn thương vỡ khí - phế quản là kỹ thuật khó trong ngoại khoa, cần có sự phối hợp tốt các chuyên khoa trong quá trình xử trí.

Giai đoạn xử trí ban đầu: Vỡ khí - phế quản gây ra tình trạng tràn khí áp lực bắt buộc phải dẫn lưu màng phổi. Sau dẫn lưu nếu được thở máy áp lực dương, thì sự chênh lệch về áp suất giữa đường thở (có áp lực dương) và khoang màng phổi của bệnh nhân (đang lập lại áp lực âm bởi hút dẫn lưu) tăng, làm cho lưu lượng khí qua chỗ vỡ càng lớn. Do đó cần dẫn lưu màng phổi để giải quyết tình trạng tràn khí áp lực nhưng không hút dẫn lưu và duy trì khả năng tự thở tối đa cho bệnh nhân (giảm bớt mức độ áp lực dương trong lồng ngực). Bệnh nhân nên được cho tự thở với lưu lượng dòng hỗ trợ lớn và FiO2 cao.

Giai đoạn gây mê để phẫu thuật: Bệnh nhân cần phải thở máy áp lực dương, do vậy để hạn chế lưu lượng dòng qua chỗ vỡ cần bỏ PEEP, duy trì áp lực đẩy vào thấp FiO2 cao và kéo dài thời gian thở vào để khắc phục tình trạng thiếu oxy. Do cần tăng lưu lượng dòng và do mất khí liên tục nên cũng cần được sử dụng lưu lượng khí mới cao và gây mê tĩnh mạch hoàn toàn. Trong trường hợp không có chấn thương sọ não kèm theo thì có thể duy trì trạng thái thiếu oxy và ưu tiên trong mức chấp nhận được (trường hợp này, chúng tôi chấp nhận duy trì SpO2 ngưỡng 85- 92%, EtCO2 50 mmHg). Nếu với chiến lược trên mà không đảm bảo được thông khí, có thể cần phải sử dụng kỹ thuật thông khí hai vòng riêng biệt. Trường hợp nặng có thể cần hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể.

Giai đoạn hậu phẫu: Sau khi nối xong phế quản và tiến hành thông khí, cần thực hiện chiến lược bảo vệ phổi để tránh tình trạng phù phổi khi tái thông khí. Ngoài ra, bệnh nhân có thời gian thiếu oxy kéo dài cần được hồi sức thích hợp để tránh tổn thương não và các cơ quan khác trong giai đoạn tái tưới máu.

Kết quả: Tỷ lệ phẫu thuật thành công theo các báo cáo từ 90 - 92%.^{4,7} Các biến chứng sớm thường gặp là nhiễm trùng gây hờ và rò miệng nối, chảy máu. Các biến chứng muộn hơn gồm co rút đường khâu và sẹo hẹp (6%), có thể được xử lý qua nội soi hoặc phải can thiệp lại.^{1,3} Thông thường trong vỡ phế quản, các đầu vỡ sẽ bít lại trong 2 - 6 tuần, tuy nhiên có những trường hợp không tắc hoàn toàn và khí vẫn có thể lưu thông qua gây nguy cơ viêm phổi.^{6,12}

IV. KẾT LUẬN

Vỡ khí - phế quản trong chấn thương ngực kín là thể bệnh nặng và hiếm gặp. Chẩn đoán và điều trị sớm có vai trò quan trọng trong xử trí, tuy nhiên việc đưa ra được chẩn đoán sớm thực tế khá khó khăn, cần nghĩ tới thương tổn này khi dẫn lưu màng phổi không có hiệu quả kết hợp diễn biến lâm sàng xấu đi cần chỉ định chụp cắt lớp vi tính hoặc soi khí - phế quản. Phẫu thuật nối khí - phế quản sớm trong những trường hợp có chỉ định phổi hợp chiến lược gây mê hồi sức hợp lý cho thấy hiệu quả phục hồi tốt cả về toàn trạng cũng như giải phẫu và chức năng đường thở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Natale C, De Lesquen H, Beranger F, Prunet B, Bonnet PM, Avaro JP. Blunt bronchial injuries: A challenging issue. Inj Extra. 2014; 45(3):22-24. doi:10.1016/j.injury.2014.01.006
2. Bertelsen S, Howitz P. Injuries of the trachea

- and bronchi. *Thorax*. 1972;27(2):188-194.
3. **van Roozendaal LM, van Gool MH, Sprooten RTM, et al.** Surgical treatment of bronchial rupture in blunt chest trauma: a review of literature. *J Thorac Dis*. 2018;10(9):5576-5583. doi:10.21037/jtd.2018.08.22
 4. **Hartley C, Morritt GN.** Bronchial rupture secondary to blunt chest trauma. *Thorax*. 1993;48(2):183-184.
 5. **Rosbach MM, Johnson SB, Gomez MA, Sako EY, Miller OL, Calhoon JH.** Management of major tracheobronchial injuries: a 28-year experience. *Ann Thorac Surg*. 1998;65(1):182-186. doi:10.1016/s0003-4975(97)01001-1
 6. **Pulle MV, Asaf BB, Puri HV, Bangeria S, Bishnoi S, Kumar A.** Factors determining surgical outcome after bronchial re-implantation for traumatic main bronchus transection. *Lung India*. 2021;38(2):128. doi:10.4103/lungindia.lungindia_306_20
 7. **Ozduiger A, Cetin G, Gulhan SE, Topcu S, Tastepe I, Kaya S.** A review of 24 patients with bronchial ruptures: is delay in diagnosis more common in children? *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003;23(3):379-383. doi:10.1016/s1010-7940(02)00754-6
 8. **Diaz C, Carvajal DF, Morales EI, Sangiovanni S, Fernández-Trujillo L.** Right main bronchus rupture associated with blunt chest trauma: a case report. *Int J Emerg Med*. 2019;12. doi:10.1186/s12245-019-0258-3
 9. **Wang H-LC, How C-H, Lin H-F, Lee J-M.** Traumatic left main bronchial rupture: delayed but successful outcome of robotic-assisted reconstruction. *Respirol Case Rep*. 2018;6(1):e00278. doi:10.1002/rcr2.278

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC, GIÁ TRỊ ĐO ĐIỆN THỂ NIÊM MẠC THỰC QUẢN VÀ KẾT QUẢ NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Đào Việt Hằng^{1,2,3}, Đào Văn Long^{1,2,3}

MUCOSAL ADMITTANCE VALUES AND ENDOSCOPY FINDINGS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX SYMPTOMS

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả nhằm đánh giá mối liên quan đặc điểm mô bệnh học, giá trị đo điện thể niêm mạc thực quản (MA) và kết quả nội soi ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản. Nghiên cứu được tiến hành từ 9/2020 đến 12/2020 tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật – Phòng khám Hoàng Long trên các đối tượng có biểu hiện trào ngược dạ dày thực quản, được tiến hành nội soi đường tiêu hóa trên tiền mê và tiến hành đo điện thể niêm mạc thực quản và lấy sinh thiết mô bệnh học trong quá trình nội soi. 30 bệnh nhân (14 nam) được thu tuyển, tuổi trung bình 42,1 (năm). Tỷ lệ viêm thực quản trào ngược (VTQTN) trên nội soi là 70%, chủ yếu là viêm thực quản độ A theo Los Angeles, Barrett thực quản chiếm 10%. Các đặc điểm trên mô bệnh học theo thang điểm Esohisto và giá trị MA tại vị trí 5 cm và 15cm trên đường Z không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có VTQTN trên nội soi. Giá trị MA tại vị trí 5 cm và 15cm trên đường Z cũng không có sự khác biệt giữa nhóm có và không có viêm thực quản trên mô bệnh học.

Từ khóa: Trào ngược dạ dày thực quản, điện thể niêm mạc thực quản, mô bệnh học.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGY CHARACTERISTICS,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Nội soi, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2021

Ngày duyệt bài: 7.6.2021

The study was conducted to evaluate the relationship between histopathological results, mucosal admittance (MA) value and endoscopic results in patients with gastroesophageal reflux symptoms. We performed this study between 9/2020 and 12/2020 at the Institute of Gastroenterology and Hepatology – Hoang Long Clinic among patients who had gastroesophageal reflux symptoms, underwent endoscopy simultaneously with tissue conductance measure and histopathology with esophageal mucosal samples. 30 patients (14 males) were recruited, mean age was 42.1 (years). The prevalence of reflux esophagitis on endoscopy was 70%, predominantly Los Angeles grade A, Barrett's esophagus was seen in 10% of patients. Histopathological patterns based on Esohisto criteria and MA values at 5 cm and 15 cm above Z line were not significantly different between patients with and without reflux esophagitis on endoscopy. MA values at 5 cm and 15 cm above Z line were also not significantly different between patients with and without esophagitis on histopathology.

Keywords: Gastroesophageal Reflux Disease, Mucosal Admittance, TCM (Tissue Conductance Meter)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal reflux disease - GERD) là tình trạng dịch dạ dày trào lên thực quản gây ra các triệu chứng khó chịu và/hoặc biến chứng.¹Các phương pháp chẩn đoán GERD hiện nay bao gồm áp dụng bộ câu hỏi lâm sàng, điều trị thử với thuốc ức chế bơm proton (PPI), nội