

TRƯỜNG.....

KHOA.....

BÁO CÁO TỐT NGHIỆP

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dị vật đường ăn tại Bệnh viện Trung ương và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường ăn là một tai nạn rất thường gặp trong lĩnh vực Tai Mũi Họng. Dị vật đường ăn bao gồm dị vật họng và dị vật thực quản. Dị vật họng thường xảy ra trong sinh hoạt vì đường vào là đường miệng. Đa số là những vật nhỏ và nhọn: mảnh xương, vảy cá, đầu tăm, mảnh thuỷ tinh... xảy ra do nuốt phải và cắm lại ở họng. Dị vật thực quản ở sâu trong cổ, trong ngực và thường phức tạp hơn về mặt định bệnh, xử trí và đặc biệt có nhiều nguy hiểm trong diễn biến của tai nạn dị vật đường ăn [19], [24], [26].

Ở Mỹ cứ trên 1.000.000 người dân có 120 trường hợp mắc bệnh lý học dị vật đường ăn và có khoảng 1500 trường hợp tử vong mỗi năm trên toàn nước Mỹ [30].

Trong nước tại viện Tai Mũi Họng Trung ương, từ năm 1981 đến năm 1985 có 509 trường hợp dị vật đường ăn [22], tại Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh từ 1991 đến 1997 có 3249 trường hợp dị vật đường ăn đến khám và điều trị [25].

Tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Việt nam - Cu Ba trung bình mỗi ngày tiếp nhận 5 - 6 trường hợp dị vật đường ăn và trong bốn năm từ 1/2004 - 6/2008 đã tiếp nhận 4250 trường hợp đến khám và điều trị dị vật đường ăn [3].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 1984 và năm 2004 Nguyễn Tư Thế cũng có những nghiên cứu về dị vật đường ăn và nhận xét dị vật gặp ở mọi đối tượng, người lớn nhiều hơn trẻ em. Trần Phương Nam, Nguyễn Tư Thế năm 2006 nghiên cứu dị vật thực quản tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Huế đưa ra tỉ lệ: Dị vật thực quản cổ 81,2%, ngực 16,7%, bụng 2,1%. Tỉ lệ này có khác so với tài liệu kinh điển: Dị vật ở đoạn thực quản cổ là 80%, 12% là đoạn thực quản ngực và có 8% ở thực quản bụng [19], [26], [28].

Dị vật đường ăn ngày càng đa dạng và phổ biến cùng với sự phát triển kinh tế, mức sống được nâng cao. Dị vật đường ăn còn phụ thuộc vùng miền thường sử dụng thực phẩm có xương đặc biệt là cá trong bữa ăn hàng ngày. Tuy vậy những hiểu biết về điều trị khi hóc dị vật đường ăn vẫn còn hạn chế chẳng hạn: Nhiều người sau khi hóc ăn thêm miếng rau, miếng cơm, nhờ bàn tay người để ngược cào, cúng bái... Đó là nguyên nhân khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện quá trễ đôi khi biến chứng nặng nề như viêm tấy, áp xe amidan, quanh amidan, thành sau họng, áp xe quanh thực quản, áp xe trung thất, biến chứng phổi, dò khí thực quản, thủng mạch máu lớn... Lúc này cần phải điều trị lâu dài, tổn kém tiền của, ảnh hưởng sức khỏe của người dân, có khi nguy hiểm đến tính mạng người bệnh [13], [24], [26].

Tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, bệnh nhân bị dị vật đường ăn đến khám và điều trị với số lượng lớn. Để góp phần trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, chẩn đoán và điều trị kịp thời chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dị vật đường ăn tại Bệnh viện Trung ương và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế***” với các mục tiêu sau:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị vật đường ăn.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị dị vật đường ăn.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ HỌNG

1.1.1. Giải phẫu họng

1.1.1.1. Đại cương

Họng là một cơ quan có tầm quan trọng đặc biệt trong bệnh học Tai Mũi Họng (TMH) vì nó là ngã tư của đường ăn uống và đường hô hấp.

Họng là một cái ống cơ mạc, dài khoảng 12cm đi từ mảnh nền của xương chẩm xuống tận ngang tầm đốt sống cổ số VI, ở đây họng nối liền mũi và miệng với thanh quản và thực quản [21].

1.1.1.2. Cấu tạo của họng

Từ ngoài vào trong họng được cấu tạo bởi ba lớp: lớp cơ họng, lớp dưới niêm mạc, lớp niêm mạc [21].

- Lớp cơ họng
- + Các cơ khí họng

Ba cơ khí họng để hở mặt trước, nơi có mũi, miệng và thanh quản dẫn vào họng. Các cơ này có hình nang quạt, phía trước bám vào các cơ hàm dưới, xương móng hoặc các sụn thanh quản. Ở phía sau các cơ tỏa rộng ra rồi nối với bên đối diện ở vách giữa họng. Ở đây các cơ chồng lên nhau một phần, cơ khí họng dưới chồng lên cơ khí họng giữa, cơ khí họng giữa chồng lên cơ khí họng trên. Khi các cơ khí họng co làm họng thắt lại.

- + Các cơ mở họng: Gồm các đôi cơ vân, thứ cơ đi dọc tới họng.

Các cơ mở họng đi chéo từ trên xuống dưới nên khi co cơ làm họng ngấn lại và mở ra. Các cơ mở và khí họng hoạt động điều hòa động tác nuốt.

- Lớp dưới niêm mạc: Là một lớp sợi nằm giữa lớp niêm mạc và lớp cơ. Mạc họng đặc biệt dày lên ở phần trên của họng, nơi không có các sợi

cơ, nó dính chặt vào phần nền xương chẩm và phần đá xương thái dương. Mạc họng nền còn bám vào vòi Eustache, bờ sau của mõm trong xương bướm [5], [12], [21].

- Lớp niêm mạc

Niêm mạc phủ họng liên tiếp với niêm mạc vòi Eustache, mũi miệng và thanh quản. Niêm mạc ở phần họng mũi là biểu mô trụ có lông chuyển. Ở phần miệng và phần họng miệng là biểu mô lát tầng. Niêm mạc phần họng mũi xung quanh lỗ vòi Eustache có nhiều tuyến nhầy [5], [21].

1.1.1.3. Hình thể trong của họng

Như ta biết họng được chia thành ba phần: phần mũi (họng mũi), phần miệng (họng miệng), phần thanh quản (họng thanh quản) [21].

- Phần mũi

Là phần họng nhìn vào hốc mũi, ở phía trên khẩu cái mềm, vì vậy phần mũi là một bộ phận chức năng của hệ hô hấp.

Mặt trên giáp với mảnh nền của xương chẩm với mảnh nền chẩm đội.

Mặt dưới là một bình diện trừu tượng đi ngang qua bờ dưới của màng hầu.

Mặt trước là cửa sau của hai hố mũi.

Mặt bên là loa vòi Eustache và hố Rosenmule.

- Phần miệng

Phần miệng nằm dưới khẩu cái mềm sau miệng và 1/3 sau lưỡi.

Thành trước: Thông với ổ miệng bởi eo họng. Eo họng giới hạn bên trên là lưỡi gà khẩu cái và bờ tự do của khẩu cái mềm, bên ngoài là cung khẩu cái lưỡi và tuyến amidan khẩu cái, bên dưới là lưng lưỡi ở vùng rãnh tận cùng. Thung lũng nắp thanh môn là một lõm giữa nắp thanh môn và rễ lưỡi, nằm hai bên nếp lưỡi nắp giữa và giới hạn bên ngoài bởi nếp lưỡi nắp bên, ở phía trước là amidan lưỡi.

Thành sau: Là phần niêm mạc trải từ đốt sống cổ thứ 2 (C2) đến C3.

Thành bên: Từ khẩu cái mềm, mỗi bên có hai nếp niêm mạc. Phía trước là cung khẩu cái lưỡi còn gọi là trụ trước, do cơ cùng tên tạo nên, đi xuống chỗ nối 2/3 trước lưỡi và 1/3 sau lưỡi. Đây là giới hạn phân chia miệng và họng. Phía sau là cung khẩu cái hầu còn gọi là trụ sau, đi xuống dưới ra sau từ bờ của lưỡi gà đến hai thành bên. Cung khẩu cái hầu nằm ở phía sau và gần với mặt phẳng giữa hơn cung khẩu cái lưỡi. Hai cung này được bao bọc bởi niêm mạc, ở mỗi bờ cung khẩu cái hầu và cung khẩu cái lưỡi giới hạn một khoảng tam giác chứa tuyến amidan khẩu cái.

Amidan khẩu cái hay còn gọi là amidan, là một tổ chức bạch huyết hình bầu dục, nằm trong một hố của họng gọi là hố amidan. Hố này được tạo nên do sự tách ra của cung khẩu cái lưỡi và cung khẩu cái hầu.

Toàn bộ eo họng, màn khẩu cái mềm với hai cung và tuyến amidan tạo nên họng.

Amidan khẩu cái cùng với amidan lưỡi, amidan vòm và amidan hầu tạo thành vòng bạch huyết quanh họng.

- Phần thanh quản

Là phần họng nằm phía sau thanh quản, kéo dài từ bờ trên sụn nắp thanh quản đến bờ dưới sụn nhẫn, từ đó liên tiếp với thực quản.

Mặt trước: Từ trên xuống dưới có lỗ vào thanh quản, mặt sau sụn phễu và sụn nhẫn. Ở hai bên của lỗ vào thanh quản có hai hố nhỏ nằm giữa nếp phễu thanh thiệt ở trong và sụn giáp, màng giáp móng ở ngoài. Hố này gọi là ngách hình lê hay xoang lê [5], [12], [21].

+ Thành sau liên tiếp thành sau phần họng miệng, nằm trước C4 và C5.

+ Thành bên là phần niêm mạc được nâng đỡ bởi xương móng và mặt trong sụn giáp.

- + Ở trên liên tiếp với phần họng miệng.
- + Ở dưới nối tiếp với thực quản và là chỗ hẹp của họng.

1.1.1.4. Liên quan của họng

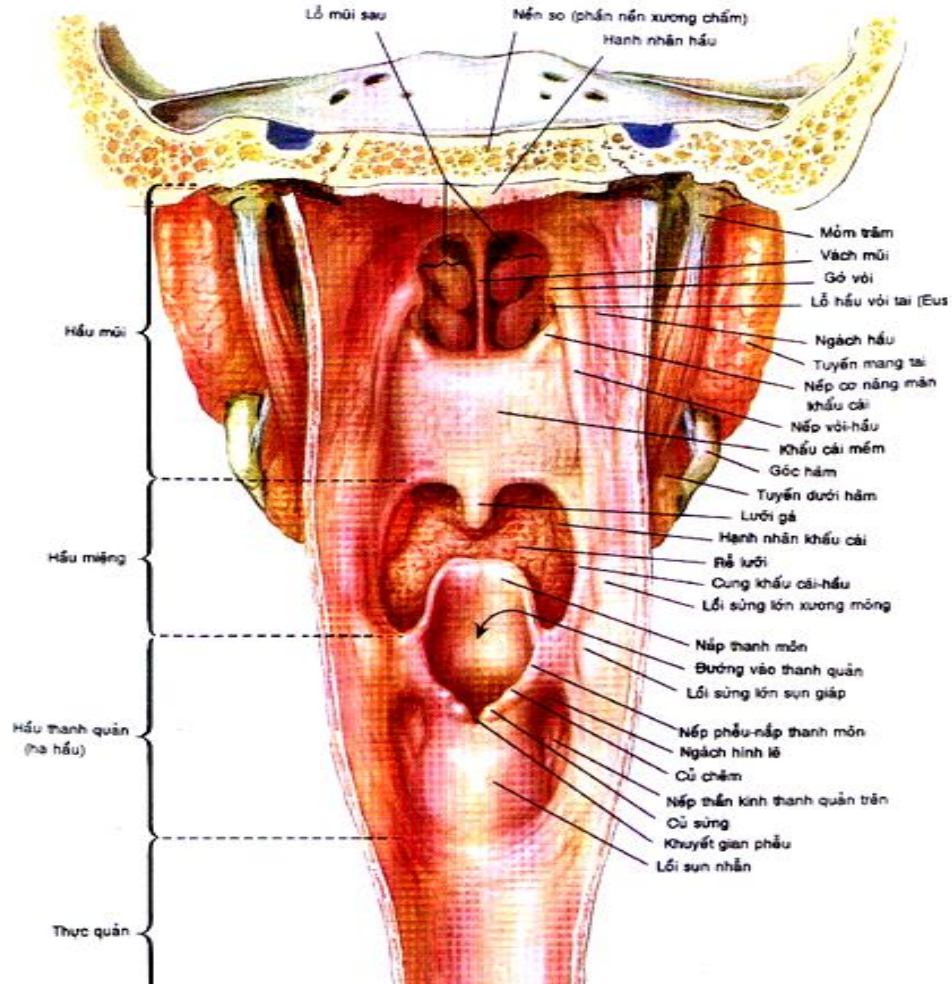
- Phía sau: Họng liên quan với phía trước sống mạc cổ, cơ dài đầu và sáu đốt sống cổ đầu tiên.

- Phía bên: Liên hệ khác nhau tùy theo từng phần của họng. Ở phần mũi và phần miệng là cơ chân bướm trong, mồm trâm và các cơ trâm hầu, trâm lưỡi. Động mạch hầu lên, các nhánh khẩu cái lên và động mạch mặt tiếp xúc với thành bên. Thần kinh thiệt hầu nằm tựa lên cơ trâm hầu. Thân giao cảm và thần kinh lang thang đi cùng với động mạch cảnh trong. Ở xa hơn là thần kinh hạ thiệt và thần kinh phụ. Ở phần thanh quản, phía trên thành bên liên hệ với bao cảnh và các thành phần của nó. Đoạn này liên hệ mật thiết với động mạch lưỡi, động mạch giáp trên và nhánh ngoài của thần kinh thanh quản trên.

- Phía trước: Họng liên quan với ổ mũi, ổ miệng và thanh quản. Ngoài ra họng còn liên quan với các khoang mạc quan trọng.

+ Khoang sau họng: Trong khi nuốt họng và thực quản phải được chuyển động tự do. Cho nên, ở giữa lá trước sống mạc cổ và mạc má hầu, là một lớp mô liên kết lỏng lẻo gọi là khoang sau hầu. Khoang này đóng kín bên trên bởi nền sọ, hai bên bởi bao cảnh, phía dưới mở vào trung thất trên. Do đó, nhiễm trùng khoang này có thể lan xuống trung thất trên.

+ Khoang bên hầu: Là một khoang chứa mỡ và các nhánh thần kinh và mạch máu hàm trên. Khoang này được giới hạn bên trên là nền sọ, bên dưới ngang với xương móng, bên trong là thành bên hầu, phía sau ngoài là tuyến mang tai, phía trước ngoài là cơ chân bướm trong và ngành hàm, phía sau là mồm trâm và các cơ bám vào mồm này. Khoang này có thể nhiễm trùng khi viêm hạnh nhân khẩu cái hoặc gây tê thần kinh răng dưới [12], [21].



Hình 1.1. Giải phẫu họng [9]

1.1.2. Sinh lý họng

Vai trò của họng có tầm quan trọng khác nhau trong vấn đề nuốt, thở, phát âm và nghe [4].

1.1.2.1. Nuốt

Động tác nuốt gồm có hai thì: thì thứ nhất là thì miệng (tức là lưỡi đẩy thức ăn vào eo họng) thì thứ hai là thức ăn đi qua họng để vào thực quản.

Thì thứ hai là đặc hiệu của họng.

Khi thức ăn vào đến eo họng, cơ hàm móng co lại và kéo lưỡi lên phía trên, đẩy dòn thức ăn qua eo họng vào họng miệng. Lập tức họng miệng và

họng thanh quản được kéo lên để hứng thức ăn. Đồng thời các cơ khí họng giữa và dưới cũng bóp lại và đẩy thức ăn xuống miệng thực quản, miệng thực quản mở ra đón thức ăn [4], [6].

Trong khi thức ăn đi qua ngã tư đường ăn và đường thở này thì các ngã đường không cần thiết đều được bịt lại như sau:

Đường miệng bị đóng do lưỡi nhô lên đến tận hàm ếch.

Đường mũi bị đóng vì màn hầu được kéo lên và hai trụ sau khép lại.

Đường thanh quản cũng bị đóng vì thanh thiệt đẩy thanh quản lại.

1.1.2.2. Thở

Đối với chức năng hô hấp, họng chỉ là một cái ống để cho không khí đi qua. Khi chúng ta hít vào hoặc thở ra đằng mũi thì màn hầu sẽ buông xuống và mở lối cho không khí đi lại.

Khi chúng ta há miệng to thở mạnh thì màn hầu sẽ bị kéo lên và ngăn cách họng mũi, làm cho không khí đi đằng miệng.

1.1.2.3. Phát âm

Họng đóng vai trò thùng cộng hưởng phát âm. Nó sẽ thay đổi hình dáng và kích thước tùy theo âm thanh phát ra. Cùng với miệng và mũi, họng có nhiệm vụ biến những âm thanh thô sơ do thanh quản phát ra thành những tiếng nói rõ ràng có cường độ, có chiều cao, có âm điệu.

Màn hầu rất cần thiết cho việc phát âm ra các phụ âm nổ như k, gh, vì nó bịt đường mũi họng. Nếu màn hầu bị liệt BN sẽ không phát được giọng k, gh vì nó bịt đường họng mũi [4], [12].

1.1.2.4. Nghe

Vòi Eustache nối liền họng mũi với hòm nhĩ. Nhờ vậy nên không khí bên ngoài và bên trong hòm nhĩ có một áp lực bằng nhau, sự thăng bằng này rất cần thiết cho sự rung động tốt của màng nhĩ.

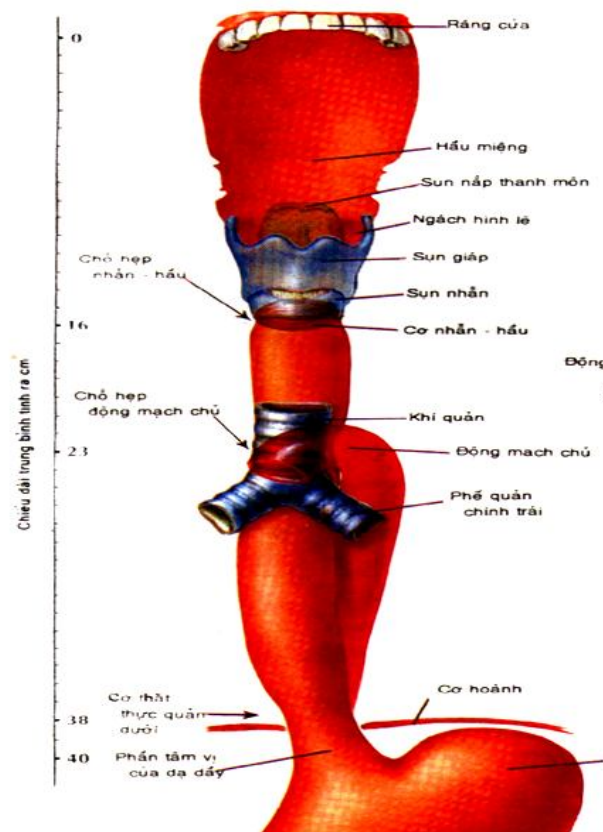
1.1.2.5. Vòng Waldayer

Ở họng có rất nhiều tổ chức lymphô. Những tổ chức này ở rải rác khắp niêm mạc họng, nhưng đặc biệt ở chung quanh cửa mũi sau và eo họng thì những tổ chức này tập trung thành một khối gọi là amidan [21].

1.2. GIẢI PHẪU THỰC QUẢN

1.2.1. Chiều dài và đường kính

Ở trẻ mới sinh thực quản dài khoảng 8-10cm, nhưng khi trẻ tròn 1 tuổi thì thực quản dài 12cm, đến 5 tuổi thực quản có thể dài 16cm, đến năm 15 tuổi thì thực quản dài 19cm. Ở người trưởng thành thực quản dài trung bình ở phụ nữ là 23cm, đàn ông là 25cm. Đường kính thực quản ở trẻ sơ sinh khoảng 5mm, nhưng đường kính này tăng gần gấp đôi khi trẻ 1 tuổi và ở trẻ 5 tuổi có đường kính là 15mm, ở người trưởng thành đường kính khoảng 20mm nhưng nó có thể nở ra đến 30mm [65].



Hình 1.2. Giải phẫu thực quản [9]

1.2.2. Các đoạn hẹp thực quản

Điểm hẹp miệng thực quản: đây là nơi hẹp nhất của thực quản nên dị vật thường hay mắc lại.

Điểm hẹp quai động mạch chủ: do quai động mạch chủ đè vào bờ trái thực quản.

Điểm hẹp phế quản gốc trái: do phế quản gốc trái bắt chéo mặt trước thực quản.

Điểm hẹp cơ hoành: chỗ thực quản chui qua cơ hoành.

Điểm hẹp tâm vị [12], [21], [68].

Theo Jackson C và Jackson CL [65] khoảng cách nội soi từ cung răng trên (CRT) đến các vị trí hẹp tự nhiên của thực quản như sau:

Bảng 1.1. Các vị trí hẹp của thực quản theo lứa tuổi

Tuổi	Miệng thực quản	Quai động mạch chủ	Phế quản gốc trái	Lỗ cơ hoành	Tâm vị
Sơ sinh	7 cm	12 cm	13 cm	19 cm	21 cm
1	9 cm	14 cm	15 cm	21 cm	23 cm
3	10 cm	15 cm	16 cm	23 cm	25 cm
6	11 cm	16 cm	18 cm	24 cm	26 cm
10	12 cm	17 cm	20 cm	25 cm	27 cm
14	14 cm	21 cm	24 cm	31 cm	34 cm
Người lớn	16 cm	23 cm	27 cm	36 cm	40 cm

1.2.3. Các đoạn thực quản và liên quan giải phẫu

1.2.3.1. Đoạn thực quản cổ: Dài 5-6cm.

Giới hạn: trên từ miệng thực quản (ngang C6), ở dưới đến bờ dưới của D2.

Liên quan: phía trước thực quản là khí quản với ở giữa là tổ chức liên kết lỏng lẻo, phía sau thực quản liên quan với cột sống cổ thông qua lớp mô tế bào lỏng lẻo và cân trước sống. Ở hai bên có dây thần kinh quặt ngược, tuyến giáp và bó mạch thần kinh cảnh.

1.2.3.2. Đoạn thực quản ngực: Dài 16-18cm.

Giới hạn: từ D2 đến D10 lúc đầu thực quản đi qua trung thất trên rồi sau đó qua trung thất sau, ở ngang mức D5 thì rời xa cột sống đi ra trước và sang trái để tới lỗ thực quản của cơ hoành.

Liên quan: phía trước với khí quản, chỗ phân đôi của khí quản và phế quản gốc trái. Phía sau có các đốt sống ngực, ống ngực, tĩnh mạch đơn cùng nhánh.

Bên trái: quai động mạch chủ bắt chéo thực quản ngang mức D4, dây thần kinh thanh quản quặt ngược trái, động mạch dưới đòn trái, ống ngực và màng phổi trái.

Bên phải: có màng phổi và quai tĩnh mạch đơn bắt chéo ngang mức D4.

Ở các cuống phổi các dây thần kinh lang thang tạo nên một đám rối trên bề mặt thực quản, thần kinh lang thang trái nằm trước, thần kinh lang thang phải nằm sau.

1.2.3.3. Đoạn thực quản bụng: Dài 2-3cm

Nối với dạ dày qua lỗ tâm vị, tương ứng với D11. Thực quản nằm trong rãnh thực quản ở mặt sau thùy trái của gan và được phúc mạc che phủ ở mặt trước, phía sau thực quản là trụ trái của cơ hoành. Góc His được coi là điểm tận cùng của thực quản [12], [16].

1.2.4. Cấu tạo mô học thành thực quản

Thành thực quản dày 3mm. Được cấu tạo bởi các lớp

- Lớp cơ: Dày và được cấu tạo bởi các bó sợi cơ vân bao quanh họng ở 1/4 trên của thực quản, các bó sợi này lẫn với các sợi cơ trơn, xuống dưới các sợi cơ trơn tăng dần lên và tạo nên toàn bộ lớp cơ của thực quản ở 3/4 dưới. Ở tâm vị, các sợi cơ vân lại xuất hiện hình thành cơ thắt tâm vị.

- Lớp dưới niêm mạc: là mô liên kết chun lỏng lẻo, có các mạch máu và thần kinh đi qua để vào lớp niêm mạc. Do đó giữa các lớp cơ và lớp niêm mạc

để trượt lên nhau nên có thể lỗ thủng niêm mạc không trùng với lỗ thủng cơ khi soi thực quản.

- Lớp niêm mạc: được cấu tạo bởi nhiều lớp: lớp biểu mô, lớp đệm, lớp cơ niêm và các tuyến.

+ Lớp biểu mô: thuộc loại lát tầng, từ ngay cơ hoành trở xuống là biểu mô trụ kiểu dạ dày.

+ Lớp đệm: dày đặc và có các nhú trồi ra dọc theo các nếp dọc của niêm mạc. Gồm các sợi liên kết chun có hướng dọc theo lòng thực quản, xen kẽ có các đám tổ chức lymphô.

+ Cơ niêm: gồm các sợi cơ trơn, có cả cơ vòng và cơ dọc.

+ Các tuyến: có hai loại: tuyến ống thực quản có nhiều ở hai thành bên và thành sau, tuyến tâm vị là kiểu tuyến ống của dạ dày.

1.3. SINH LÝ THỰC QUẢN

Thực quản là một cơ quan quá cảnh: thức ăn, chất uống chỉ đi ngang qua đó để vào dạ dày, nó có vai trò quan trọng trong động tác nuốt. Nuốt là động tác đưa thức ăn từ miệng xuống thực quản, cơ chế gồm ba giai đoạn kế tiếp nhau [4].

Giai đoạn miệng: miệng đóng lại, thức ăn đã được nhai và tẩm nước bọt, sẽ được lưỡi ép lên vòm khẩu cái và được tổng tới eo họng. Thì này hoàn toàn theo ý muốn điều khiển.

Giai đoạn hầu: sau khi thức ăn qua eo họng, lưỡi đẩy từng đợt cho thức ăn vào hầu. Thức ăn chạm vào thành sau họng sẽ gây phản xạ nuốt. Các cơ nâng thanh quản kéo thanh quản và hạ họng lên làm cho thanh thiệt đẩy xuống thanh quản, cơ siết họng co lại và bóp đẩy viên thức ăn xuống, miệng thực quản mở ra và thức ăn rơi vào thực quản. Thì này không phụ thuộc vào ý muốn của người nuốt.

Giai đoạn thực quản: miệng thực quản trước đó được đóng do cơ siết họng nay được mở ra để cho thức ăn đi vào thực quản. Thức ăn được đẩy

xuống dạ dày nhờ sóng nhu động của các cơ thực quản, ở sau bản sụn nhĩ và trọng lượng của viên thức ăn. Thì này cũng không phụ thuộc vào tư thế hoặc ý muốn của người nuốt.

Sở dĩ động tác nuốt hoàn toàn không theo ý muốn (không thể nuốt liên tiếp được), là do ở 1/3 trên cơ hoạt động theo ý muốn và do các sợi vận động theo ý muốn của dây X chi phối, còn 2/3 dưới là bị chi phối bởi các sợi đối giao cảm của dây X và các sợi giao cảm [4], [12].

1.4. BỆNH HỌC DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN

1.4.1. Tuổi và giới

Dị vật đường ăn (DVĐA) gặp ở tất cả các lứa tuổi, người lớn gặp nhiều hơn trẻ em. Ngược lại theo tài liệu nước ngoài trẻ em gặp nhiều hơn người lớn [35], [40], [45], [48].

Bệnh gặp ở cả hai giới. Theo Nguyễn Tư Thế (1984) nam 50%, nữ 50%. Theo Chử Ngọc Bình (2008) nam 46,8%, nữ 53,2% [3], [27].

1.4.2. Nguyên nhân dị vật đường ăn

Dị vật đường ăn thường xảy ra trong sinh hoạt vì đường vào là đường miệng. Do sử dụng và chế biến xương không hợp lý như chặt quá nhỏ, vằm quá lớn, nấu món dễ hóc (xương nấu với miếng). Ăn vội vàng, cười đùa trong khi ăn, ăn ẩu nuốt vội khi say rượu, ngậm các dị vật vô tình nuốt, răng kém hoặc không có răng ở người già, trẻ em. Ở trẻ em dị vật thường là do đồ chơi, đồng xu [6], [7], [13], [26], [57].

Vài trường hợp do bệnh tâm thần có thể cho vào họng đủ thứ vật và nuốt, bệnh lý thực quản như hẹp thực quản và các u lành tính, ác tính khác [26], [61].

1.4.3. Dị vật họng

1.4.3.1. Vị trí

- Đa đa số vương lại ở họng miệng với những dị vật nhỏ, nhọn sắc bén như: xương dăm cá, đầu tăm, mảnh thủy tinh...thường cắm vào amidan khẩu cái, đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt.

- Một số ít có thể đi lên vòm họng khi ăn bị sặc.

- Một số khá nhiều dị vật lớn mắc lại ở hạ họng, đáy xoang lê như: đồ chơi, khay áo, đồng xu, mảnh xương lớn lẫn thịt, hàm răng giả.

1.4.3.2. Triệu chứng và điều trị

- Dị vật ở họng mũi

Dị vật vào bằng đường mũi hoặc từ họng sặc lên mũi (thường là hạt com, chỉ cần hỷ mũi là hết). Nếu là dị vật rắn: BN sẽ đau vùng trên họng, chảy mũi một bên, có khi đau một bên tai. Nếu niêm mạc tại nơi có dị vật bình thường hay có biểu hiện viêm nhiễm, biến chứng như: sung đỏ nề, có giả mạc, lỗ thủng, bạch cầu tăng nhất là đa nhân trung tính (ĐNTT). Soi mũi trước ít khi thấy được dị vật, soi mũi sau thấy dị vật dính vào mũi sau hoặc ở loa vòi nhĩ và gắp dị vật theo đường miệng hoặc đường mũi. Điều trị kháng sinh khi cần [23], [26].

- Dị vật ở họng miệng

Thường là những dị vật nhỏ, nhọn, sắc như xương cá, dăm... Thứ tự các vị trí thường gặp: Amidan khẩu cái, đáy lưỡi, rãnh lưỡi amidan, hố lưỡi thanh thiệt, xoang lê, miệng thực quản, thành sau họng.

BN nuốt đau, đôi khi vẫn ăn uống được. Khám họng gắp dị vật dễ dàng. Tuy vậy, nhiều khi rất khó khăn do dị vật quá bé như dăm nhỏ, ngắn, nơi tổn thương sung nề, giả mạc ở những bệnh nhân hóc dị vật vào viện muộn có biểu hiện viêm nhiễm, biến chứng như viêm tấy áp xe amidan, áp xe thành sau họng... Thấy thuốc dò tìm nơi nghi ngờ có dị vật bằng que bông hoặc bằng đầu ngón tay hoặc bằng móc đầu tù thăm dò. Có khi không tìm thấy dị vật vì nó đã trôi xuống dạ dày.

Với BN có phản xạ nôn ọe mạnh, phải gây tê bằng lidocaine 6-10% mới khám kỹ được. Đôi khi chẩn đoán nhầm với loạn cảm họng (cũng nuốt

đau như hóc xương, khi có đau khi không, nhưng vẫn ăn cơm uống nước bình thường...) [17], [26].

- Dị vật họng thanh quản

Thường là những dị vật lớn, góc cạnh như xương gà, hàm răng giả...chưa vào tới thực quản. BN nuốt rất đau, không thể ăn, uống được, miệng chảy nhiều nước bọt, nếu dị vật to có thể gây khó thở.

Soi hạ họng thanh quản có thể thấy dị vật cắm vào đáy xoang lê, nẹp phễu thanh thiệt, rãnh lưỡi thanh thiệt, sụn phễu...Nếu không gấp dị vật sớm có thể gây: Viêm thanh quản, viêm tấy áp xe quanh họng, phù nề vùng cổ, nuốt đau, khó thở, nhiễm trùng máu rất nguy hiểm. Chụp phim thực quản cổ nghiêng có thể thấy vị trí, kích thước dị vật.

Xử trí cần soi trực tiếp hay gián tiếp gấp dị vật [13], [23], [26].

1.4.4. Dị vật thực quản

1.4.4.1. Vị trí

Về mặt giải phẫu thực quản có 5 điểm hẹp tự nhiên và dị vật có thể hay mắc lại ở những vị trí này: Điểm thứ nhất là eo miệng thực quản cách CRT 16cm, điểm thứ hai và thứ ba tương ứng là quai động mạch chủ và phế quản gốc trái cách CRT 23cm và 27cm. Điểm thứ tư là eo cơ hoành cách CRT 36cm và điểm thứ năm là tâm vị thông vào dạ dày cách CRT 40cm. Thực quản cũng được chia làm ba đoạn: thực quản cổ từ C6-D2, thực quản ngực từ D2-D10, thực quản bụng từ D10-D11 [65], [68].

Theo một nghiên cứu ở Huế của Trần Phương Nam và Nguyễn Tư Thế (2006) thì càng xuống sâu dị vật càng ít dần: 81,2% dị vật mắc ở đoạn cổ, 16,7% dị vật mắc ở đoạn thực quản ngực, 2,1% dị vật mắc ở đoạn thực quản bụng [19].

1.4.4.2. Triệu chứng

Thường sau khi mắc dị vật BN có cảm giác nuốt đau, nuốt vướng. Tùy

bản chất dị vật, thời gian hóc dị vật mà lâm sàng diễn biến qua các giai đoạn khác nhau [6], [13], [24], [26].

Giai đoạn chưa viêm nhiễm:

Ngay sau khi lỡ nuốt dị vật BN sẽ có các triệu chứng vướng họng, khó nuốt, nuốt đau. Đa số BN có xu hướng nuốt vài cục cơm, miếng rau hoặc chuối để hi vọng dị vật sẽ trôi xuống dạ dày.

Một số BN thường có cảm giác tức ở cổ, sau xương ức.

Nước bọt thường tiết ra nhiều, BN thường nhổ ra vì sợ nuốt xuống sẽ đau.

Ở trẻ em hóc những dị vật tròn, mỏng như đồng xu, nút áo không gây nuốt đau nhưng có một số triệu chứng làm ta cảnh giác đó là trẻ hay nôn trớ do dị vật cản trở nuốt hay là ho do dị vật đè ấn vào khí quản.

Trong trường hợp nuốt phải dị vật to, BN có thể có các triệu chứng ngạt thở, tím tái, nôn ọe do dị vật kẹt lại ở miệng thực quản và tiền đình thanh quản gây ra phản xạ co thắt thanh quản [13], [26].

Chụp X quang (X-Q) cổ nghiêng có thể xác định kích cỡ, vị trí nếu dị vật cản quang, nếu dị vật ở trước đoạn C6 - C7 cần phân biệt với mức độ cản quang của sụn phễu hoặc sụn giáp vôi hóa ở người lớn tuổi.

Giai đoạn viêm nhiễm:

Các triệu chứng viêm nhiễm xuất hiện trong vòng 24 - 48 giờ.

Hội chứng nhiễm trùng với sốt vừa 38 - 39 độ C, bộ mặt nhiễm khuẩn, hơi thở hôi, bạch cầu tăng thường trên 10.000/mm³, nhất là đa nhân trung tính tăng cao.

Nuốt rất đau, thường không ăn được chỉ uống nước.

Vùng cổ có khi sưng nhẹ, ấn dọc máng cảnh rất đau, lọc cọc thanh quản cột sống mất.

X-Q cổ nghiêng: khoảng cách giữa thanh khí quản và cột sống dày. Cột sống cổ thẳng, mất độ cong sinh lý, có thể thấy dị vật nếu cản quang.

Giai đoạn biến chứng:

Dị vật gây hoại tử thành thực quản do chèn ép và viêm nhiễm, gây áp xe tại chỗ. Nếu nặng có thể thủng thực quản, quá trình viêm tấy lan rộng và gây áp xe thực quản cổ từ đó dẫn tới viêm trung thất hoặc các biến chứng khác hiểm gặp hơn.

+ Viêm tấy và áp xe quanh thực quản cổ

BN sốt cao 39-40 độ C, tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc rõ, thể trạng suy sụp do không ăn uống được.

Đau cổ nhiều, không ăn uống được, chảy nhiều nước dãi, hơi thở hôi, có thể có khó thở nhẹ, khàn tiếng do phù nề thanh quản hoặc liệt dây thần kinh hồi quy.

Quay cổ khó khăn, dấu lợc cọc thanh quản cột sống mất.

Máng cảnh sưng một hoặc cả hai bên, thường là bên trái, đóng bánh, ấn rất đau.

X-Q cổ nghiêng: mất chiều cong sinh lý cột sống cổ, khoảng cách giữa thanh khí quản và cột sống cổ dày, thấy ổ áp xe trước cột sống cổ, có mức hơi nước, có thể thấy dị vật nếu cản quang.

+ Viêm trung thất và áp xe trung thất

Thường do viêm nhiễm và mủ lan từ vùng cổ xuống, có thể viêm toàn bộ hay khu trú một phần trung thất. Tỷ lệ tử vong cao 30-40% hoặc cao hơn.

Toàn thân: BN sốt cao, có bộ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc, mạch nhanh và nhỏ, thể trạng suy kiệt.

Cơ năng: đau ngực, khó thở, ho, nuốt đau, đau nhức sau xương ức, hoàn toàn không ăn uống được.

Thực thể: cổ thường bị sưng bạnh do có tràn khí dưới da, gõ ngực có tiếng kêu bong bong.

X-Q trên phim phổi thẳng thấy trung thất giãn rộng, tư thế nghiêng thấy khí quản cong về phía trước. Xét nghiệm bạch cầu trong máu tăng cao.

+ Những biến chứng phổi, màng phổi

Hay gặp viêm màng phổi mủ: sốt cao, đau ngực, khó thở, khám có hội chứng ba giảm, X-Q phổi thẳng có hình ảnh tràn dịch màng phổi, chọc dò màng phổi có mủ.

Rò thực quản hô hấp: BN ăn hoặc uống bị ho và sặc. Chẩn đoán xác định bằng chụp thực quản có cản quang. Trên thực tế biến chứng này hiếm gặp.

+ Thủng mạch máu lớn: do dị vật chọc trực tiếp hoặc do viêm hoại tử dần làm thủng những động mạch lớn như: động mạch cánh gốc, thân động mạch cánh tay đầu, quai động mạch chủ... gây ra chảy máu khủng khiếp vào thực quản. Biến chứng này thường xuất hiện muộn và đột ngột: BN ộc ra máu tươi, ít khi có triệu chứng báo trước như khạc ra mủ lẫn máu một vài ngày trước, tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao.

1.4.4.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định

Dựa vào tiền sử có hóc xương, dựa lâm sàng đau họng, nuốt đau, sưng đau và ấn máng cánh có điểm đau chói.

Dựa vào X-Q: Có thể thấy dị vật, viêm tấy hoặc đã áp xe.

Dựa vào nội soi: Là phương pháp vừa chẩn đoán vừa điều trị.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Loạn cảm họng (còn gọi là hóc xương giả): Cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, như có dị vật, khi nuốt nước bọt, nhưng khi ăn uống hoàn toàn bình thường. Loạn cảm họng gặp trong: Hội chứng dạ dày tá tràng, trào ngược dịch vị, viêm amidan, viêm xoang sau mãn tính, hội chứng cổ, tâm thần, phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh. Khám, X-Q, nội soi... không có dị vật.

+ Ung thư thực quản, hạ họng - thanh quản giai đoạn đầu.

1.4.3.5. Điều trị dị vật thực quản

- Soi thực quản ống cứng:

Là phương pháp tốt nhất và phổ biến nhất để lấy dị vật trên nguyên tắc dị vật vào bằng đường tự nhiên.

Dụng cụ thường dùng là ống nội soi cứng Chevalier- Jackson, nó có ưu điểm quan sát được toàn bộ lòng thực quản và dị vật, có sự đa dạng về kiểu và kích thước dụng cụ, có thể kiểm tra lại trực tiếp lòng thực quản sau khi loại bỏ dị vật, không nguy hiểm và tỉ lệ thành công cao 95 - 100% [18], [32], [72].

Có thể lấy thức ăn hoặc thịt bám xung quanh dị vật. Nếu BN hóc dị vật tương đối lâu ngày, niêm mạc thực quản có hình ảnh phù nề đỏ làm hẹp lòng thực quản hoặc có giả mạc bám hoặc sùi lên. Có khi thấy được lỗ vỡ của áp xe và khi ấn vùng cổ sẽ thấy mũ trào ra từ lỗ này.

Trường hợp thấy có áp xe dưới niêm mạc, chúng ta cần gấp dị vật ra, hút sạch mũ cần đặt xông mũi thực quản dạ dày.

- Soi thực quản ống mềm:

Phương pháp này tuy không phải là tốt nhất và phổ biến nhất, nhưng nó cũng được nhiều nơi và nhiều tác giả lựa chọn, nó có ưu điểm là có thể làm dưới sự tiền mê và không cần đặt nội khí quản, thường được dùng để loại bỏ dị vật ở đoạn dưới thực quản đến dạ dày và tá tràng, chi phí thấp [38], [46], [56].

- Lấy dị vật bằng xông Foley:

Một số trường hợp trẻ em khi hóc đồng xu, đồ chơi có thể loại bỏ dị vật bằng xông Foley có hoặc không có sự quan sát dưới màn huỳnh quang.

Phương pháp này có lợi điểm là không cần gây mê và giá thành thấp, xuất viện sớm nhưng lại có nhược điểm là không nhìn thấy trực tiếp dị vật, có thể làm tổn thương thành thực quản, có thể đứt nhâm ống xông vào khí quản và dị vật có thể rơi vào đường thở. Do đó kỹ thuật này chỉ thực hiện an toàn khi áp dụng dị vật và BN có chọn lọc như dị vật tròn, trơn nhẵn, không góc cạnh, thời gian mắc dưới 3 ngày và phẫu thuật viên có kinh nghiệm [38], [64].

- Nong thực quản: Đây là một phương pháp ít được sử dụng nhất so với các phương pháp khác. Nhưng cũng có một số tác giả lựa chọn khi thỏa mãn được các tiêu chuẩn sau: dị vật phải nhọn, sự nuốt vào phải có người chứng kiến và chắc chắn dị vật mắc không quá 24 giờ, trên X-Q có hình ảnh dị vật, không có tiền sử bệnh lý thực quản và phẫu thuật, người thầy thuốc phải có kinh nghiệm. Phương pháp được thực hiện ở phòng cấp cứu, tốt nhất là đã xác định được dị vật mắc ở đoạn thực quản bụng [39], [46], BN ngồi ở tư thế thẳng, một ống nong Hurst với kích thước phù hợp, đã được bôi vaseline ở đầu. Người làm sẽ đưa ống qua miệng vào thực quản và đẩy dị vật xuống dạ dày. Người nhà được hướng dẫn cách theo dõi, nếu xuất hiện đau bụng cần tái khám ngay [56].

Mặc dù phương pháp xông Foley và ống nong được một số tác giả ghi nhận là đơn giản, hiệu quả và ít tốn kém nhưng tính an toàn vẫn còn nhiều bàn cãi [46].

- Mở thực quản: Chỉ định mở thực quản lấy dị vật trong trường hợp

Dị vật quá to hoặc do mắc kẹt không lấy ra bằng đường tự nhiên được (hàm răng giả có nhiều móc).

Thực quản bị thủng.

- Mở cạnh cổ:

Chỉ định trong áp xe quanh thực quản cổ (có túi mũ xung quanh thực quản) hoặc trong đoạn ngực phía trên D4.

1.5. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

DVĐA đã có từ lâu và đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu.

1.5.1. Ngoài nước

Năm 1917 Chevalier-Jackson có nghiên cứu đầy đủ về dịch tễ học trên

612 trường hợp dị vật đường ăn và đường thở, sau đó năm 1934 là trên 3038 trường hợp hóc dị vật.

Năm 1975 Baraka A nghiên cứu 54 trường hợp dị vật đường ăn. Trẻ em có 45 trường hợp (83,3%) mắc nhiều hơn người lớn và dị vật hay gặp là đồng xu [35].

Nayak 1984 dị vật đường ăn ở họng và thực quản qua 226 trường hợp [59].

Năm 1998 Al-Qudah A, Daradkeh S, Abu-Khalaf M đã dùng xông Foley để lấy dị vật thực quản cho 25 trường hợp và thành công 21/25 trường hợp chiếm 84% [30].

Năm 2004 Anwer AE lấy dị vật đường ăn cho 25 trường hợp dị vật qua nội soi tỉ lệ thành công 100% [31].

Năm 2005 Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, Mooney D, Johnes D, Fleisher G dùng ống soi cứng lấy dị vật là đồng xu ở thực quản cho 168 trẻ em [70].

Năm 2005 Sankinsi U, Kocer B, Dural K, Kayhan B, Han S đã đưa ra kỹ thuật mở thực quản để lấy dị vật thực quản khi dị vật quá lớn không thể lấy qua nội soi [64].

Năm 2009 Bennett A, Sharma A, Price T, Montgomery PQ dùng ống soi mềm để lấy dị vật cho 21 trường hợp hóc ở họng và 79 dị vật thực quản. Tỉ lệ thành công 100% [36].

1.5.2. Trong nước

Năm 1984 Nguyễn Tư Thế “Nhận xét 174 trường hợp dị vật đường ăn tại khoa Tai Mũi Họng Học viện Y Huế” [27].

Năm 1987 Võ Thanh Quang “Nhận xét về các biến chứng của dị vật thực quản gặp tại viện Tai Mũi Họng Trung ương 1/1980 - 12/1984” [22].

Năm 1994 Trịnh Thị Lạp tình hình dị vật thực quản tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình trong 5 năm 1985 - 1989 [16].

Năm 1996 Nguyễn Văn Đức và Cộng sự, “Dị vật đường ăn ở trẻ em” gặp tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Nhi Đồng I trong 10 năm 1985 - 1995 [8].

Năm 1997 Vũ Trung Kiên tình hình biến chứng dị vật thực quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 1/1990 - 9/1997 [14].

Năm 1998 Phan Thị Hoài Thanh, Chu Lan Anh, Nguyễn Thị Ngọc Dung nghiên cứu Tình hình dị vật đường ăn tại Trung tâm TMH Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/1991 đến tháng 12/1997 [25].

Năm 1999 Huỳnh Anh, Phạm Sỹ Hoãn, Tình hình dị vật thực quản tại Bệnh viện Đà Nẵng từ 1995 - 1998 [1].

Năm 1999 Thái Phương Phiến nhận xét 37 trường hợp áp xe thực quản cổ do hóc xương cá tại Bệnh viện Ninh Thuận trong 5 năm từ 1/1994 - 1/1999 [20].

Năm 2004 Nguyễn Tư Thế đánh giá dịch tễ và đặc điểm lâm sàng dị vật đường ăn đến khám và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Huế [28].

Năm 2006 Lê Thị Hà tình hình dị vật thực quản tại khoa Tai mũi Họng Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh 1/2004 - 12/2005 [10].

Năm 2006 Trần Phương Nam nghiên cứu Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị Dị vật thực quản tại Bệnh viện Trung ương Huế [21].

Năm 2008 Chủ Ngọc Bình, Đặng Hanh Biên đánh giá kết quả điều trị dị vật đường ăn tại Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba từ 1/2004 - 6/2008 [3].

Nhiều tác giả đã nghiên cứu về dị vật đường ăn và đưa ra nhận xét về đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị và đề xuất các biện pháp giáo dục sức khỏe cộng đồng như: Trần Minh Trường, Đặng Mỹ Hạnh [11], [29]...

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Mẫu nghiên cứu

Gồm 147 bệnh nhân tiến cứu được chẩn đoán là DVĐA vào điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa TMH Bệnh viện Trung ương Huế và khoa TMH Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế từ ngày 1/3/2008 đến ngày 31/5/2009 không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, dân tộc, địa dư và các bệnh liên quan. Thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định DVĐA.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Khoa TMH Bệnh viện Trung ương Huế.

Khoa TMH Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.1.2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ ngày 1/3/2008 đến ngày 31/5/2009.

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tiêu chuẩn chọn bệnh là những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị dị vật đường ăn do mọi nguyên nhân, vị trí dị vật ở họng hoặc thực quản như:

Dị vật ở họng mũi: Soi mũi trước ít khi thấy dị vật, soi mũi sau thấy dị vật dính vào cửa mũi sau hoặc ở loa vòi nhĩ.

Dị vật ở họng miệng: Nếu dị vật cắm nông khám soi họng trực tiếp và gián tiếp qua gương thanh quản hoặc qua nội soi sẽ nhìn thấy dị vật. Trường hợp dị vật cắm sâu thì không nhìn thấy và khó tìm. Thầy thuốc dò tìm nơi nghi ngờ có dị vật bằng que bông hoặc bằng đầu ngón tay hoặc dùng móc đầu tù thăm dò các khe rãnh của amidan, đáy lưỡi.

Dị vật ở họng thanh quản: Soi hạ họng thanh quản sẽ thấy dị vật mắc vào vùng đáy xoang lê, nếp phễu thanh thiệt, rãnh lưỡi thanh thiệt, sụn phễu...

Dị vật ở thực quản: Soi thực quản hoặc mở thực quản, mở cạnh cổ kết hợp soi thực quản sẽ thấy dị vật.

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp tuy có tiền sử hóc xương nhưng vẫn ăn uống bình thường, khi khám không thấy dị vật ở họng, X-Q không có hình ảnh cản quang và soi thực quản không thấy có dị vật.

- Những trường hợp không có tiền sử hóc dị vật, nhưng có rối loạn nuốt, X-Q nghi ngờ có hình ảnh cản quang nhưng khám, soi họng, soi thực quản không có dị vật.

- Những BN chẩn đoán loạn cảm họng, bệnh tâm thần. Những BN ung thư thực quản, hạ họng-thanh quản giai đoạn đầu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thống kê mô tả, có can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Phương pháp tiến hành

Thăm khám và ghi nhận các chỉ tiêu nghiên cứu một cách thống nhất trong quá trình vào khám và điều trị dựa vào phiếu bệnh án đã lập sẵn.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Dụng cụ khám TMH thông thường gồm:

Đèn clar.

Đè lưỡi khuỷu hoặc thẳng.

Gương soi thanh quản gián tiếp có kèm cán.

Kẹp khuỷu.

Móc vén trụ amidan.

Kìm Franken.

Bình xịt thuốc tê lidocaine 6 - 10%.

Đèn cồn 90° và khay quả đậu.

Xông Foley.

- Bộ nội soi TMH gồm:

Ống nội soi 30°, 70°.

Nguồn sáng.

Dây dẫn sáng.

Camera và màn hình.

- Máy huyết học tự động.

- Máy chụp X-Q.

- Hệ thống soi thực quản cứng của Chevalier-Jackson: ống soi có 5 cỡ: ống dài 180mm, rộng 9.5x13mm; ống dài 250mm, rộng 10x14mm; ống dài 300mm, rộng 11x15mm; ống dài 350mm, rộng 11x15mm; ống dài 400mm, rộng 12x16mm; ống dài 450mm, rộng 13x16mm.

Nguồn sáng, dây dẫn ánh sáng.

3 kìm thực quản gấp dị vật.

Ống hút, máy hút.

- Bộ dụng cụ mở thực quản, mở cạnh cổ gồm có:

Lưỡi dao số 11 hoặc 15 có cán.

Dao điện đơn cực.

Kelly cong cầm máu 5 cái.

Banh Farabeuf 2 cái.

Kéo cong đầu tù Metjenbaum 1 cái.

Forcep có máu và không máu, mỗi thứ 1 cái.

Chỉ vicryl 4.0 và dafilon 4.0.

Ống hút và máy hút.

- Phiếu điều tra.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.4.1. Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu

- Tuổi: lứa tuổi được phân chia thành các nhóm: ≤ 5 tuổi, từ 6-15 tuổi, từ 16-25 tuổi, từ 26-35 tuổi, từ 36-45 tuổi, từ 46-55 tuổi và > 55 tuổi.

- Giới tính: nam và nữ.

- Nghề nghiệp: được phân thành các nhóm như sau: lao động chân tay (công nhân, nông dân), học sinh - sinh viên, lao động trí óc (cán bộ công nhân viên chức), còn nhỏ.

- Địa dư: chia thành 2 nhóm:

Thành thị: bao gồm những bệnh nhân sống ở thành phố, thị xã, thị trấn hoặc các khu đô thị mới.

Nông thôn: bao gồm các bệnh nhân sống ở nông thôn, miền biển hoặc miền núi, vùng sâu, vùng xa.

- Ngày tháng năm vào viện.

- Hoàn cảnh học dị vật: nói chuyện cười đùa trong khi ăn, ăn nhanh nuốt vội, ngậm dị vật vô tình hóc, say rượu, chậm phát triển trí tuệ.

- Loại dị vật: xương cá, xương gà, xương vịt, xương lợn, răng giả, đồng xu, viên thuốc còn vỏ, loại khác (cụ thể loại dị vật).

- Xử trí trước lúc vào viện: khạc mạnh, ăn thêm cơm, ăn thêm rau, móc họng, nhờ bàn tay người để ngược cào, cúng bái, uống kháng sinh.

2.2.4.2. Đặc điểm lâm sàng

- Các triệu chứng toàn thân

Phát hiện các rối loạn chức năng.

Sốt, mạch nhanh, huyết áp tụt, suy kiệt, nhiễm trùng.

- Triệu chứng cơ năng

Nuốt vướng.

Đau, đau tăng lên mỗi khi nuốt.

Nôn.

Ho: Do dị vật đè ấn vào lòng thực quản, do ứ đọng nước bọt.

Khó thở: Do dị vật ấn vào khí quản.

Không ăn uống được.

- Triệu chứng thực thể

+ Dị vật họng:

Dị vật vom mũi họng: Quan sát mũi trước khó thấy dị vật, phải soi mũi sau để tìm dị vật.

Dị vật họng miệng: Khám họng quan sát thường sẽ thấy dị vật.

Dị vật họng thanh quản: Soi hạ họng thanh quản có thể thấy dị vật.

+ Dị vật thực quản

Sung ở máng cảnh một hay hai bên, hố thượng ức, hố thượng đòn đầy, da phù nề và đỏ, đầu vẹo sang một bên. Hiện tượng biến dạng này thường che đậy hiện tượng viêm phù nề, áp xe bên trái.

Khi ấn dọc máng cảnh hai bên có thể phát hiện điểm đau chói.

Xem dấu hiệu lỵ cọc thanh quản cột sống còn hay mất.

Khi sờ có thể phát hiện ra tình trạng tràn khí dưới da với tiếng “lẹp bẹp” dưới tay. Một túi mũ căng dưới da hoặc một khối đóng bánh cứng dưới tay. Đó là dấu hiệu của thủng thực quản cổ, gây viêm, áp xe trung thất.

2.2.4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Sau khi vào viện BN sẽ làm các xét nghiệm cận lâm sàng sau:

- X- Q

Tư thế cổ nghiêng, cổ thẳng, phổi thẳng, nghiêng mà tư thế thông thường nhất là tư thế cổ nghiêng và phổi thẳng.

Chỉ khi nào nghi ngờ dị vật đi ra ngoài thành thực quản, biến chứng áp xe vùng cổ, trung thất mới sử dụng chụp cắt lớp vi tính (CT Scan).

Những hình ảnh X-Q cổ điển bệnh lý:

Cột sống cổ thẳng, mất chiều cong sinh lý. Vùng thực quản hoặc thành sau họng sưng nề, dày hơn bình thường.

Trong tư thế cổ nghiêng thấy hình ảnh dị vật cản quang ở phần mềm trước cột sống cổ như đồng xu, các loại xương, răng giả có móc sắt.

Trên phim cổ, ngực nghiêng phát hiện dấu hiệu Minnegerod với hình ảnh các điểm to, nhỏ khác nhau với mức khí dịch.

Trong phim phổi nghiêng có thể phát hiện khí quản bị đẩy cong về phía trước, thấy dị vật nếu là dị vật cản quang.

Trong phim phổi thẳng thấy nhiều vệt trong không khí nằm rải rác không hệ thống ở vùng rốn phổi trong trường hợp tràn khí trung thất.

Những hình ảnh bệnh lý trên phim CT Scan.

- Xét nghiệm công thức máu.

Số lượng hồng cầu.

Số lượng bạch cầu.

Công thức bạch cầu.

- Chẩn đoán

+ Chẩn đoán xác định

Dựa vào tiền sử có hóc xương, dựa lâm sàng đau họng, nuốt đau, sưng đau và ấn máng cảnh có điểm đau chói.

Dựa vào X-Q: Có thể thấy dị vật, viêm tấy hoặc đã áp xe.

Dựa vào công thức máu có bạch cầu tăng nhất là đa nhân trung tính.

Dựa vào nội soi: Là phương pháp vừa chẩn đoán vừa điều trị.

+ Chẩn đoán giai đoạn

Giai đoạn chưa viêm nhiễm.

Giai đoạn viêm nhiễm.

Giai đoạn biến chứng.

+ Chẩn đoán phân biệt

Loạn cảm họng (còn gọi là hóc xương giả): Cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, như có dị vật, khi nuốt nước bọt, nhưng khi ăn uống hoàn toàn bình thường. Loạn cảm họng gặp trong: Hội chứng dạ dày tá tràng, trào ngược dịch vị, viêm amidan, viêm xoang sau mãn tính, hội chứng cổ, tâm thần, phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh. Khám, X-Q, nội soi... không có dị vật.

Ung thư thực quản, hạ họng-thanh quản giai đoạn đầu.

2.2.4.4. Điều trị

* Điều trị ngoại khoa

Các phương pháp được chúng tôi áp dụng để lấy dị vật đó là:

- Đối với dị vật họng: Soi gắp dị vật trực tiếp hoặc gián tiếp khá dễ dàng. Với BN có phản xạ nôn ọe mạnh, phải gây tê bằng Lidocaine 6 - 10%.

- Đối với dị vật thực quản: Dùng ống nội soi thực quản ống cứng của Chavelier-Jackson và xông Foley (với dị vật đồng xu). Phẫu thuật mở thực quản đối với những dị vật lớn không thể lấy bằng nội soi (ví dụ hóc hàm răng giả có móc sắt nhọn), mở cạnh cổ được chỉ định khi có biến chứng áp xe.

Chuẩn bị BN trước soi hoặc trước mổ

Chụp phim cổ thẳng, nghiêng. Xét nghiệm công thức máu, thời gian chảy máu, máu đông. Nhịn ăn uống trước mổ hay làm phẫu thuật 4 giờ. Gỡ răng giả nếu có.

Phương pháp vô cảm

Tất cả BN có chỉ định soi thực quản, mổ thực quản và phẫu thuật mở cạnh cổ đều được gây mê giãn cơ có đặt nội khí quản.

Với những BN có chỉ định lấy bằng xông Foley được gây tê tại chỗ bằng tê Lidocaine 6-10% dưới dạng spray phun vào miệng và họng.

Soi thực quản

Bước 1: Tìm lưỡi gà, sụn thanh thiệt

Phẫu thuật viên đứng trên đầu BN, tay trái vén môi BN, tay phải cầm ống soi để gần như thẳng đứng đi vào họng. Khi đến lưỡi gà hạ thấp đuôi ống soi làm cho ống soi đi theo nền lưỡi đến tận thành sau họng. Đẩy ống từ từ đến thanh thiệt: đây là một cứ điểm chính. Khi nhìn thấy thanh thiệt sẽ tìm thấy hai sụn phễu ở phía sau và dưới nó.

Bước 2: Tìm sụn phễu

Sụn phễu là cứ điểm rất quan trọng, thầy thuốc dùng đầu ống soi vén sụn phễu lên và tức khắc nhìn thấy ngay miệng thực quản. Miệng thực quản có hình giống như một khe gấp nằm ngang, hơi ngoằn ngoèo dài độ 15mm.

Bước 3: Chui qua miệng thực quản

Nếu thấy miệng thực quản ta cứ tiếp tục đẩy ống soi vượt qua, nếu đóng kín chúng ta phải đợi nó mở ra. Khi đóng kín miệng thực quản giống một đường ngang nằm ngoằn ngoèo. Qua khỏi miệng thực quản thấy lòng thực quản xuất hiện và ống soi đi một cách nhẹ nhàng, niêm mạc có màu hồng nhạt.

Bước 4: Soi thực quản ngược

Tiếp tục đẩy ống soi đến từng cm một và hạ đầu BN xuống làm cho đầu ống soi luôn nhìn thẳng vào lòng thực quản. Khi đến quai động mạch chủ (22-23cm) thấy thành thực quản đập theo nhịp mạch, dưới eo động mạch là eo phế quản (26-27cm), qua đoạn này thành thực quản không đập nữa. Chúng ta tiếp tục đi xuống và hạ dần đầu xuống, khi đến gần cơ hoành lòng thực quản bé lại.

Bước 5: Vượt eo cơ hoành

Y tá ngả đầu BN về bên phải độ 5cm, người soi hướng ống soi về phía trước - trên của xương chấu trái rồi tiếp tục đẩy ống về phía dưới. Niêm mạc cơ hoành dóm lại như miệng túi, từ đầu ống soi vào eo sẽ mở ra và chui qua nhẹ nhàng. Tâm vị ở cách eo cơ hoành 4cm, niêm mạc màu đỏ tươi và có các nếp dọc, tâm vị cách CRT 40cm.

Bước 6: Rút ống soi

Chúng ta rút từ từ và tiếp tục quan sát niêm mạc thực quản, giai đoạn này rất quan trọng vì nó giúp phát hiện ra dị vật mà ta không phát hiện khi đẩy ống vào.

Nếu có áp xe dưới niêm mạc hoặc niêm mạc viêm nề đỏ, xước rách niêm mạc do dị vật gây ra trong quá trình soi cần đặt ống xông mũi dạ dày.

Những hình ảnh bệnh lý thường gặp

Dị vật các loại: Xương các loại thường cắm vào sâu trong lòng thực quản, miếng gân thịt, răng giả, đồng xu... cần xác định vị trí mắc của dị vật ở đoạn nào, cách CRT bao nhiêu cm.

Trong các trường hợp đến muộn sau 24 - 48 giờ sau hóc niêm mạc thực quản có hình ảnh phù nề đỏ, bầm giả mạc hoặc sùi lên. Nếu muộn hơn niêm mạc mưng mủ và căng phồng. Túi mủ thường vỡ vào lòng thực quản, mủ bao vây dị vật. Có khi thấy được lỗ vỡ của áp xe và khi ấn vào vùng cổ sẽ thấy mủ trào ra.

Những dị vật nhọn, không sắc nhọn như đồng xu hiếm khi thấy áp xe, thủng thực quản mà chỉ viêm nhẹ.

Xông Foley

Được chỉ định khi hóc đồng xu, trên X-Q có hình ảnh cản quang ở thực quản.

Dùng xông Foley 12F hoặc 14F đưa từ từ vào mũi xuống họng rồi thực quản đến dưới vị trí dị vật, dùng bơm tiêm thêm 20cm² không khí phồng bóng ở đầu. Cho BN nằm tư thế Trendelenburg rồi rút từ từ ống xông cùng dị vật lên. Khi qua miệng thực quản dị vật được BN nhổ ra hoặc lấy bởi một cái kẹp.

Phẫu thuật mở thực quản, mở cạnh cổ

Chỉ định đối với những dị vật thực quản cổ không thể lấy qua nội soi (ví dụ hóc hàm răng giả có nhiều móc sắt nhọn). Đặc biệt khi dị vật thực quản cổ đã gây biến chứng nhiễm khuẩn áp xe vùng cổ thì chỉ định mở cạnh cổ là một việc làm khẩn cấp.

- Rạch da cạnh cổ bờ trước cơ ức đòn chũm dài khoảng 6 - 7 cm.
- Bóc tách cân cơ cổ nông, cân cơ cổ giữa, vén cơ ức đòn chũm và bó mạch cảnh ra ngoài.
- Dựa vào hình ảnh phim cổ nghiêng, CT Scan, xác định vị trí dị vật, liên quan của dị vật với các bộ phận xung quanh (động tĩnh mạch lớn, tuyến giáp, xương đòn...).
- Nếu trên phẫu trường khi đến vùng có hiện tượng phản ứng viêm xơ hoặc có mũ là gần tới dị vật, cấy mũ làm kháng sinh đồ.
- Khi tiếp cận khu vực gần, phẫu thuật viên dùng ngón tay để thám xét xem có chạm dị vật không. Đây là động tác cần thiết và rất hữu dụng để tìm dị vật. Động tác cần nhẹ nhàng, không làm tổn thương thêm mô xung quanh.
- Dị vật quá lớn, còn nằm trong thực quản, hoặc dị vật đã đâm thủng thực quản nhưng còn nằm trong thực quản thì phải rạch thực quản ra. Rạch

đọc, rạch đủ rộng để lấy dị vật. Khi gấp dị vật ra dùng kelly nhỏ cặp lấy dị vật kéo ra. Khi rút dị vật ra khỏi lòng thực quản thì phải hết sức nhẹ nhàng, xoay dị vật theo đúng chiều dễ ra nhất, không làm rách, tổn thương thêm thực quản.

- Đối với dị vật sắc nhọn như xương, hàm răng giả móc sắt đã đâm ra ngoài, nghi ngờ đâm vào vùng động mạch lớn. Phải kẹp tạm thời động hoặc tĩnh mạch trước khi lấy dị vật.

- Rửa sạch hố mổ bằng oxy già sau đó bằng Betadine pha loãng.

- Khâu vết thủng thực quản nếu vết thủng là do rạch ra và vùng mổ tương đối sạch.

- Khâu tái tạo động tĩnh mạch lớn nếu có tổn thương thủng.

- Để hở vết mổ nếu có áp xe quanh thực quản.

- Soi thực quản kiểm tra.

- Dẫn lưu ổ áp xe bằng mèche.

- Sau mổ đặt xông mũi - dạ dày.

- Hậu phẫu: Đặt BN nằm ở tư thế đầu thấp để tránh nguy cơ nhiễm trùng đi xuống và cần duy trì đến ngày thứ tư.

- Rút mèche sau 24-48 giờ.

- Săn sóc vết mổ hằng ngày, thay mèche mới nhỏ dần cho tới ngày thứ 15, từ đó sẽ liền sẹo tự nhiên.

- Cho kháng sinh và cho ăn qua xông dạ dày cũng tới ngày đó, trước khi rút xông cho uống xanh Methylen kiểm tra, nếu còn lỗ dò thì sau này cần làm phẫu thuật tạo hình.

* Điều trị nội khoa

Những trường hợp lấy dị vật không dùng kháng sinh khi không có tổn thương, BN đến viện sớm ở giai đoạn chưa viêm nhiễm.

Các trường hợp còn lại sau soi lấy dị vật BN được điều trị kháng sinh uống hoặc bằng đường tĩnh mạch.

Nếu BN có biến chứng viêm tấy quanh thực quản mà chưa tạo áp xe, thì có thể điều trị kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với nhóm Quinolon và Metronidazol, chống viêm và phù nề bằng Corticoid. Nếu BN ngứa cổ được và đỡ đau hơn sẽ tiến hành soi thực quản gấp dị vật.

Sau mổ dẫn lưu ổ áp xe, hoặc soi rút mũ trong áp xe thành thực quản cần điều trị kháng sinh phối hợp với phác đồ điều trị.

Theo dõi kết quả điều trị, tình trạng BN khi ra viện với tiêu chí đánh giá BN khỏi bệnh hoàn toàn.

+ Chức năng đường ăn phục hồi bình thường: Ăn uống bình thường qua đường miệng không đau.

+ Không còn biểu hiện nhiễm trùng.

+ X-Q cổ nghiêng, phổi bình thường.

+ Tình trạng BN tốt lên.

Nặng lên: Xuất hiện các biến chứng ngoài tầm giải quyết của khoa phải chuyển khoa hoặc chuyên viện.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng chương trình toán thống kê SPSS 15.0.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

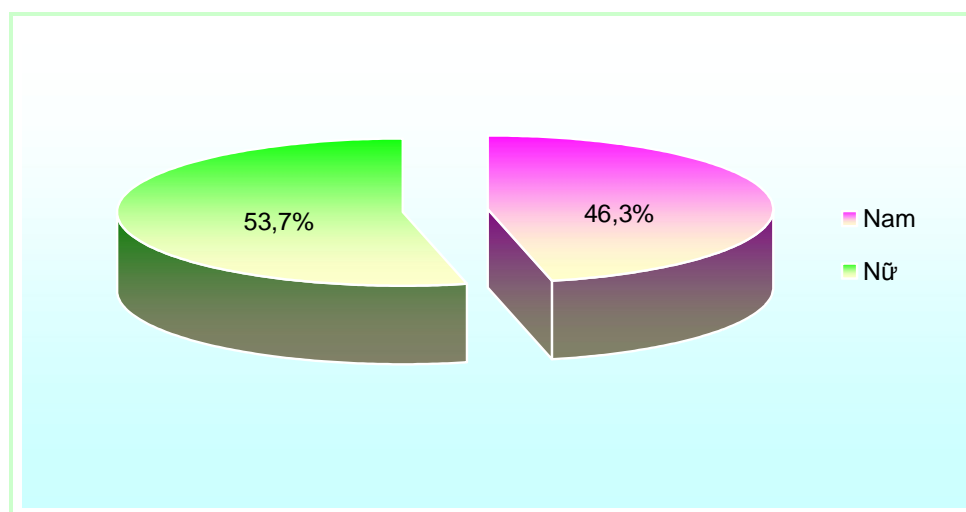
Qua nghiên cứu 147 trường hợp bệnh nhân bị dị vật đường ăn tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế từ tháng 3/2008 đến 5/2009 chúng tôi thu được một số kết quả sau

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

3.1.1. Phân loại bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới (n = 147)

Giới	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	p
Nam	68	46,3	> 0,05
Nữ	79	53,7	
Tổng cộng	147	100,0	

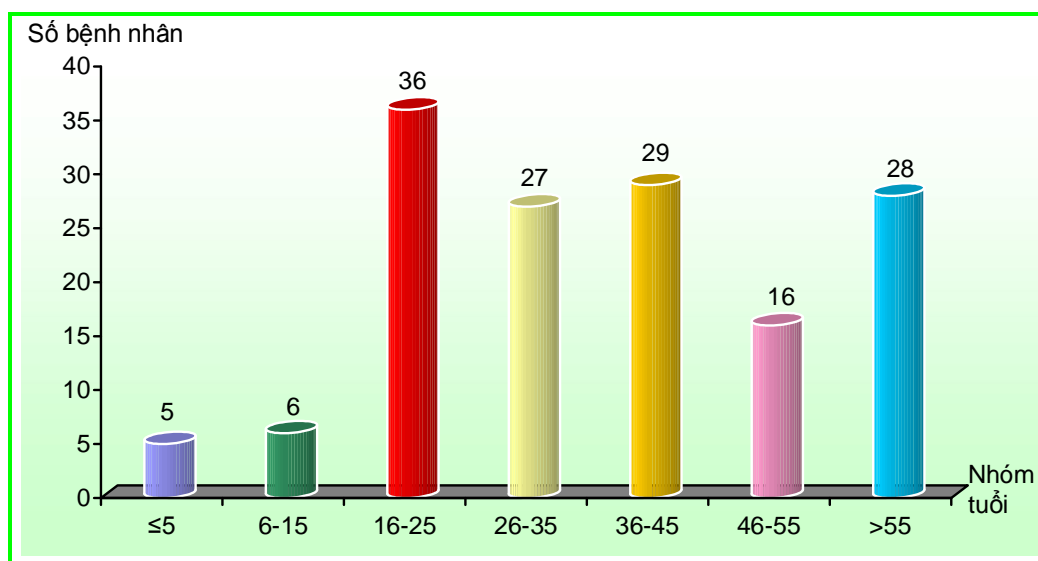


Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

- Nam có 68/147 trường hợp chiếm 46,3%; nữ 53,7%.
- Không có sự khác biệt về giới ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Phân bố theo độ tuổi đối tượng nghiên cứu (n = 147)

Đối tượng	Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
Trẻ em	≤5	5	3,4
	6-15	6	4,1
Người lớn	16-25	36	24,5
	26-35	27	18,4
	36-45	29	19,7
	46-55	16	10,9
	>55	28	19,0
	Tổng cộng		147

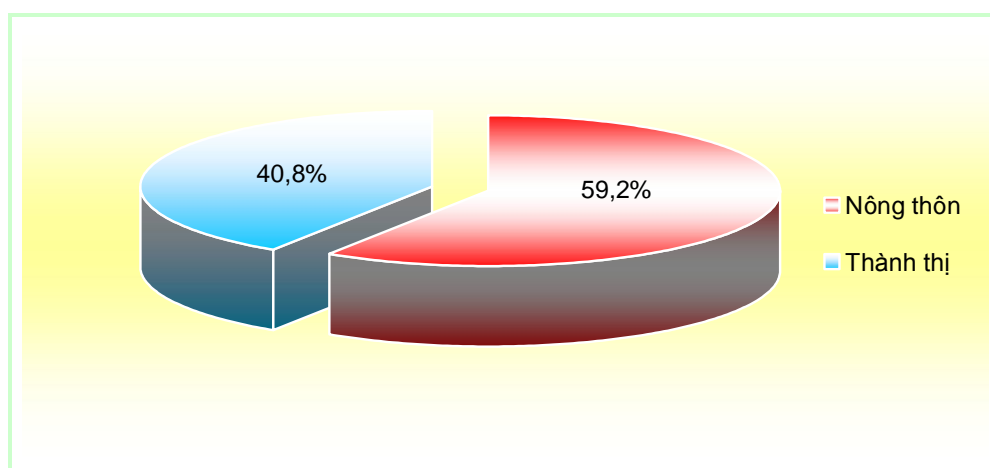
**Biểu đồ 3.2. Phân bố theo độ tuổi đối tượng nghiên cứu**

- Nhóm tuổi người lớn (92,5%) thường gặp hơn trẻ em (7,5%) ($p < 0,01$).
- Tuổi nhỏ nhất là 10 tháng và cao nhất là 102 tuổi. Tuổi trung bình là $37,74 \pm 20,04$ tuổi.
- Độ tuổi từ 16 đến 25 tuổi chiếm 24,5%. Độ tuổi 36 - 45 tuổi chiếm 19,7%.
- Độ tuổi lớn hơn 55 tuổi chiếm 19,0%. Độ tuổi từ 26 - 35 tuổi chiếm 18,4%.
- Độ tuổi từ 46 - 55 tuổi chiếm 10,9%. Độ tuổi từ 6 - 15 chiếm 4,1%.
- Độ tuổi nhỏ hơn và bằng 5 tuổi chiếm 3,4%.

3.1.2. Địa dư

Bảng 3.3. Sự phân bố theo địa dư (n = 147)

Địa dư	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	p
Thành thị	60	40,8	< 0,05
Nông thôn	87	59,2	
Tổng cộng	147	100,0	



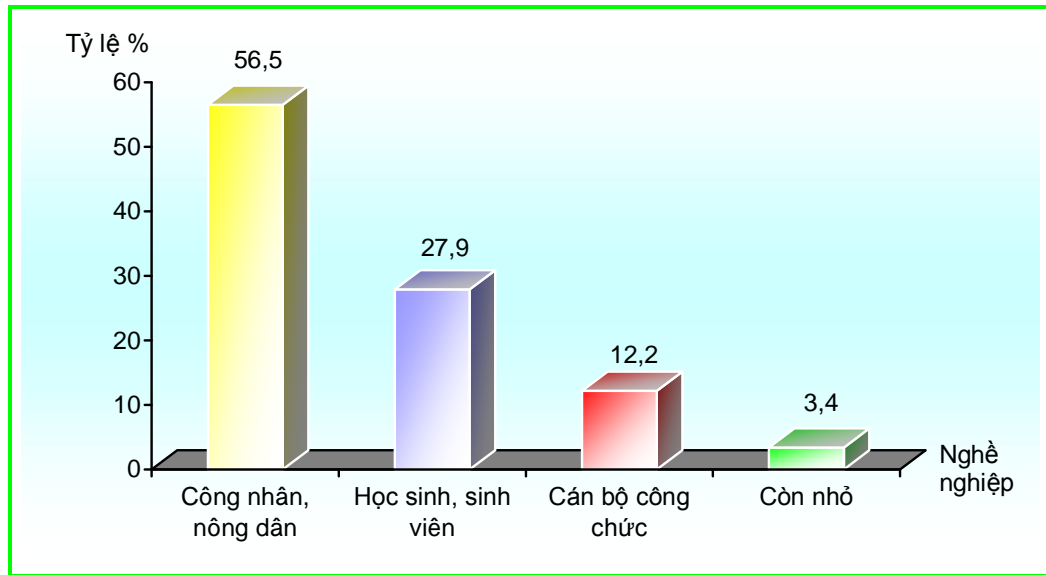
Biểu đồ 3.3. Phân bố bệnh nhân theo địa dư

- Bệnh nhân ở vùng nông thôn chiếm tỉ lệ 59,2%, ở thành thị 40,8%.
- Số bệnh nhân sống ở vùng nông thôn cao hơn thành thị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp (n = 147)

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỉ lệ %
Lao động chân tay (công nhân, nông dân)	83	56,5
Học sinh, sinh viên	41	27,9
Lao động trí óc (cán bộ công nhân viên chức)	18	12,2
Còn nhỏ	5	3,4
Tổng cộng	147	100,0



Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

- Bệnh nhân là lao động chân tay (công nhân, nông dân) có 83/147 trường hợp (56,5%).
- Học sinh, sinh viên có 41 trường hợp (27,9%).
- Lao động trí óc (cán bộ công chức) có 18 trường hợp (12,2%).
- Có 5 trường hợp bệnh nhân còn nhỏ chiếm 3,4%.

3.1.4. Thời gian

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân vào viện theo tháng (n = 147)

Tháng	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Quý		II			III			IV			I				
n	7	13	12	8	10	7	11	18	11	12	10	12	8	4	4
Tỷ lệ %	4,8	8,8	8,2	5,4	6,8	4,8	7,5	12,2	7,5	8,2	6,8	8,2	5,4	2,7	2,7
Số lượng		33 (22,4%)			28 (19,1%)			41 (27,9)			30 (20,4%)				
p		p(II,IV)>0,05; p(III,IV)>0,05; p(I,IV)>0,05													

DVĐA gặp hầu như đều các tháng trong năm, nhưng tần suất bắt gặp cao ở tháng 10 và quý IV.

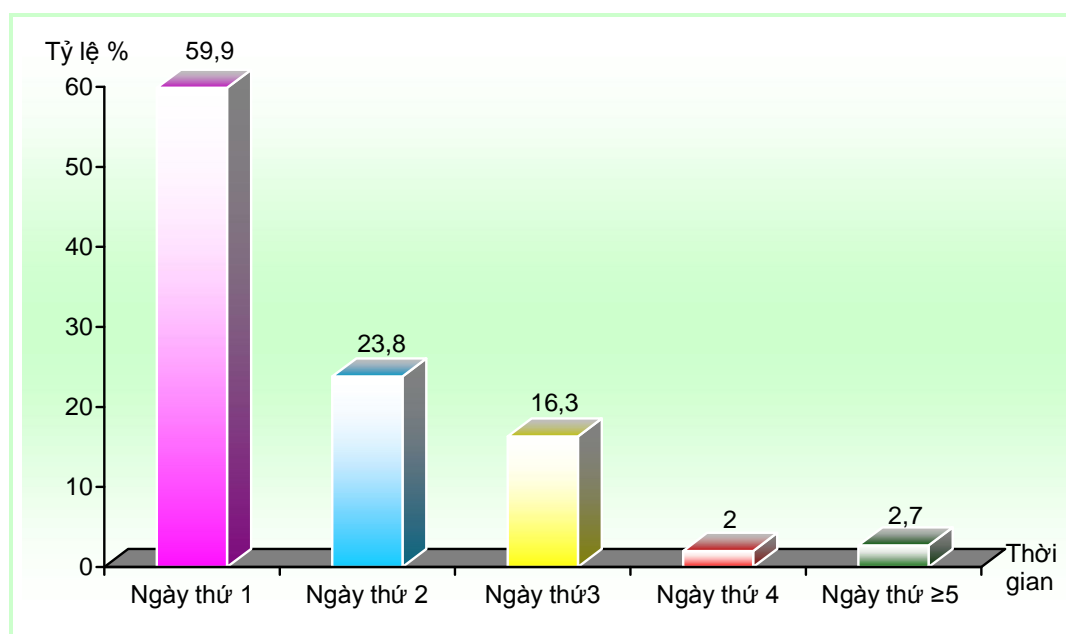
3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1.1. Thời gian từ khi mắc dị vật đến khi vào viện

Bảng 3.6. Thời gian từ khi bệnh nhân mắc dị vật đến khi vào viện ($n = 147$)

Thời gian	Ngày thứ 1	Ngày thứ 2	Ngày thứ 3	Ngày thứ 4	Ngày thứ ≥ 5	Tổng cộng
Số lượng	88	35	17	3	4	147
Tỉ lệ %	59,9	23,8	16,3	2,0	2,7	100,0
p	$< 0,05$					



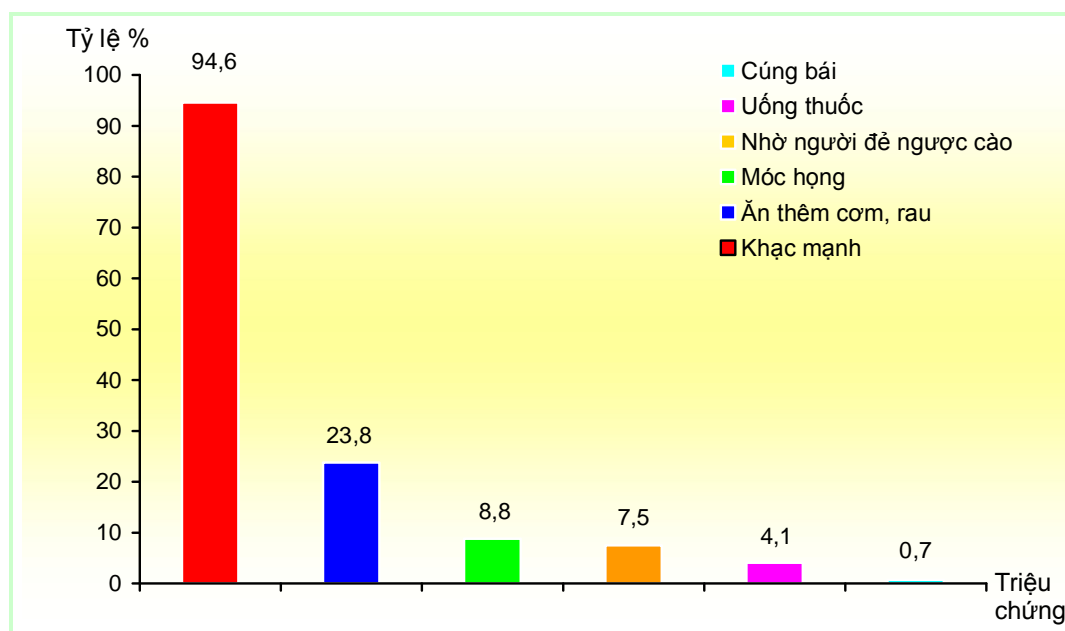
Biểu đồ 3.5. Thời gian từ khi mắc dị vật đến khi vào viện

- Bệnh nhân vào viện trong ngày đầu 59,9%, ngày thứ hai 23,6%.
- Như vậy vào viện sớm trong 2 ngày đầu là 83,7%.

3.2.1.2. Các phương pháp xử trí trước lúc vào viện

Bảng 3.7. Các phương pháp xử trí trước lúc vào viện (n = 147)

Phương pháp xử trí	Số lượng	Tỉ lệ %
Khạc mạnh	139	94,6
Ăn thêm cơm, rau	35	23,8
Móc họng	13	8,8
Nhờ bàn tay người để ngược cào	11	7,5
Uống thuốc kháng sinh	6	4,1
Cúng bái	1	0,7



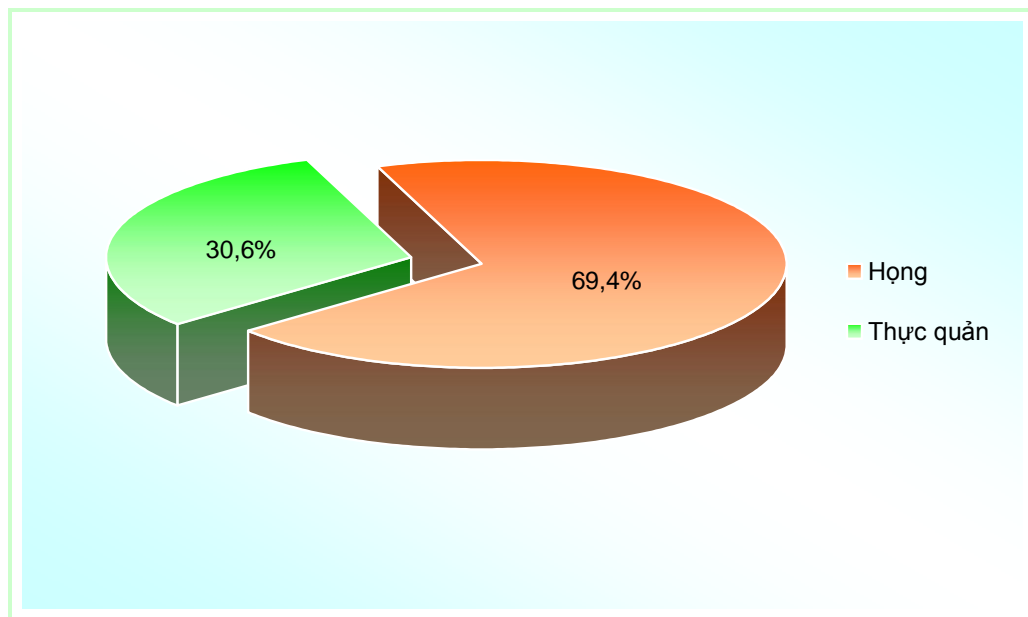
Biểu đồ 3.6. Các phương pháp xử trí trước lúc vào viện

- Đa số bệnh nhân có khạc mạnh sau hóc dị vật (94,6%).
- Ăn thêm cơm, rau có 35 trường hợp chiếm 23,8%.
- Điều trị móc họng chiếm 8,8%.
- Nhờ bàn tay người để ngược cào 7,5%.
- Uống thuốc kháng sinh 4,1%; cúng bái 0,7%.

3.2.1.3. Đặc điểm vị trí dị vật

Bảng 3.8. Phân bố vị trí dị vật đường ăn (n= 147)

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %	p
Họng	102	69,4	< 0,01
Thực quản	45	30,6	
Tổng cộng	147	100,0	



Bảng 3.7. Phân bố vị trí dị vật đường ăn

- Vị trí dị vật ở họng 69,4%.
- Thực quản chiếm 30,6%.
- Dị vật họng nhiều hơn dị vật thực quản có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.9. Phân loại vị trí dị vật ở họng và thực quản (n=147)

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %
Amidan	75 (73,5%)	51,0
Đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt	16 (15,7%)	10,9
Xoang lê	5 (4,9%)	3,4
Miệng thực quản	4 (3,9%)	2,7
Thành sau họng	1 (1,0%)	0,7
Sụn phễu	1 (1,0%)	0,7
Tổng cộng dị vật họng	102 (100,0%)	69,4
Thực quản cổ	41 (91,1%)	27,9
Thực quản ngực	4 (8,9%)	2,7
Thực quản bụng	0	0
Tổng cộng dị vật thực quản	45 (100,0%)	30,6
Tổng cộng	147 (100,0%)	100,0

- Dị vật ở vị trí Amidan chiếm 73,5% dị vật họng và chiếm 51,0% tổng số dị vật đường ăn.

- Dị vật ở thành sau họng và sụn phễu cùng chiếm tỉ lệ lần lượt là 1,0% dị vật họng và 0,7% dị vật thực quản.

- Dị vật đoạn thực quản cổ chiếm 91,1% dị vật thực quản, nhưng chỉ chiếm 27,9% tổng số dị vật đường ăn.

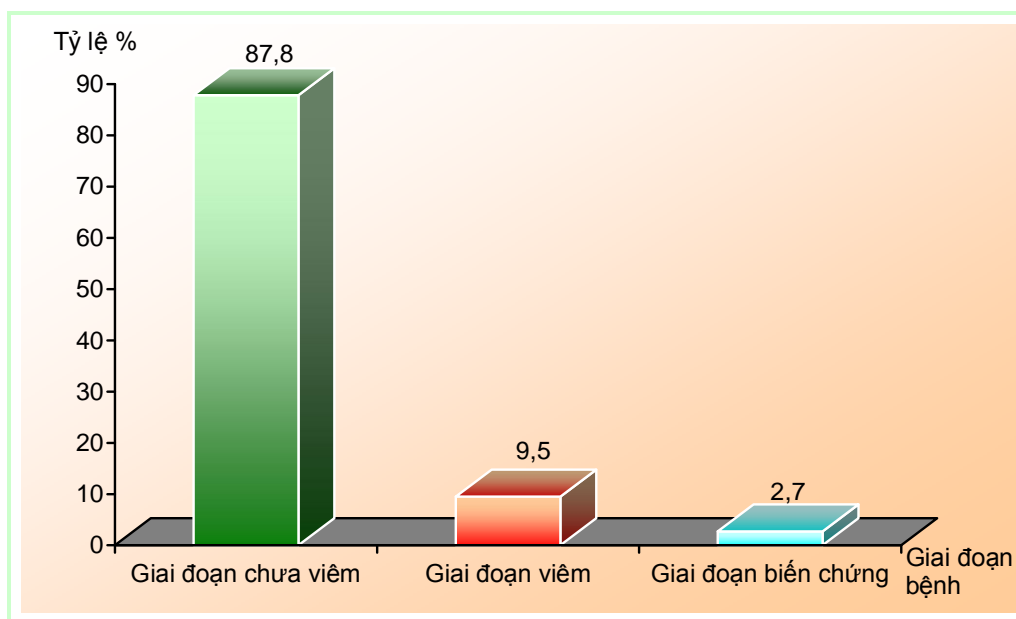
- Dị vật đoạn thực quản ngực 8,9% dị vật thực quản, 2,7% dị vật đường ăn.

- Không có dị vật ở thực quản bụng.

3.2.1.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Bảng 3.10. Phân bố theo giai đoạn bệnh khi vào viện (n = 147)

Giai đoạn	Số lượng	Tỉ lệ %	p
Giai đoạn chưa viêm nhiễm	129	87,8	$< 0,05$
Giai đoạn viêm nhiễm	14	9,5	
Giai đoạn biến chứng	4	2,7	
Tổng cộng	147	100	



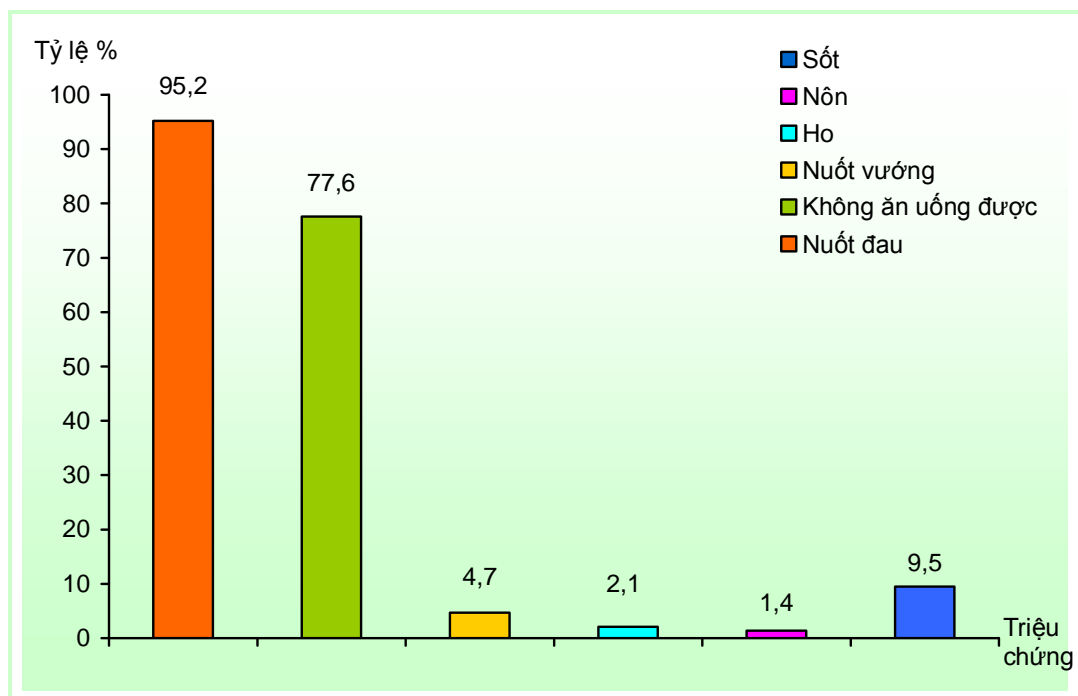
Biểu đồ 3.8. Phân bố theo giai đoạn bệnh khi vào viện

- Vào viện giai đoạn chưa viêm nhiễm 87,8%.
- Giai đoạn viêm nhiễm 9,5% và giai đoạn biến chứng 2,7%.
- Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.1.5. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.12. Triệu chứng cơ năng (n = 147)

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Nuốt đau	140	95,2
Không ăn uống được	114	77,6
Nuốt vướng	7	4,7
Ho	3	2,1
Nôn	2	1,4
Sốt	14	9,5



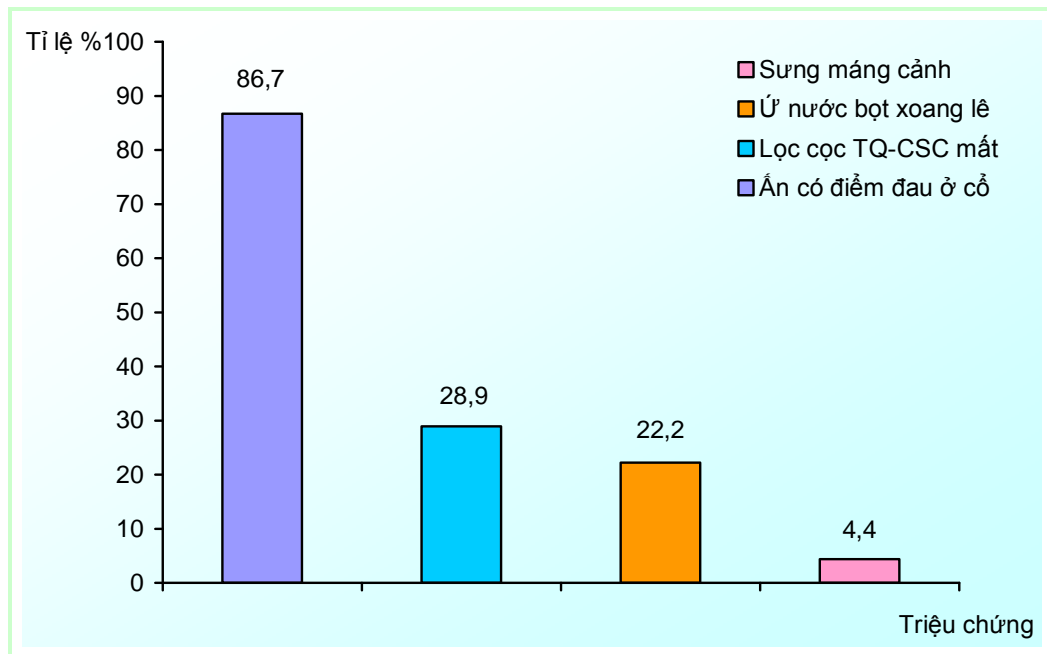
Biểu đồ 3.9. Triệu chứng cơ năng

- Triệu chứng cơ năng nuốt đau chiếm tỉ lệ 95,5%.
- Không ăn uống được chiếm tỉ lệ 77,6%.
- Sốt 9,5%; nuốt vướng 4,7%; ho 2,1%; nôn 1,4%.

3.2.1.6. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.12. Khám các triệu chứng thực thể đối với dị vật thực quản ($n = 45$)

Thực thể	Số lượng	Tỉ lệ %
Ấn có điểm đau ở cổ	39	86,7
Dấu hiệu lọc cọc thanh quản cột sống mất	13	28,9
Ứ nước bọt ở xoang lê	10	22,2
Sung máng cảnh	2	4,4



Biểu đồ 3.10. Triệu chứng thực thể

- Có 86,7% bệnh nhân ấn có điểm đau ở cổ.
- Có 28,9% lọc cọc thanh quản cột sống cổ mất.
- 22,2% ứ nước bọt ở xoang lê.
- 4,4% sung máng cảnh.

Bảng 3.13. Triệu chứng tổn thương nơi có dị vật (n =146)

Triệu chứng	Giai đoạn chưa viêm	Giai đoạn viêm	Giai đoạn biến chứng	Tổng cộng
Xước, rách niêm mạc	66 45,2%	0 0,0%	1 0,7%	67 45,9%
Giả mạc	0 0,0%	14 9,6%	3 2,1%	17 11,7%
Niêm mạc nề	0 0,0%	14 9,6%	4 2,7%	18 12,3%
Mủ	0 0,0%	0 0,0%	4 2,7%	4 2,7%
Lỗ thủng	0 0,0%	2 1,4%	1 0,7%	3 2,1%
Không có tổn thương	62 42,5%	0 0,0%	0 0,0%	62 42,5%

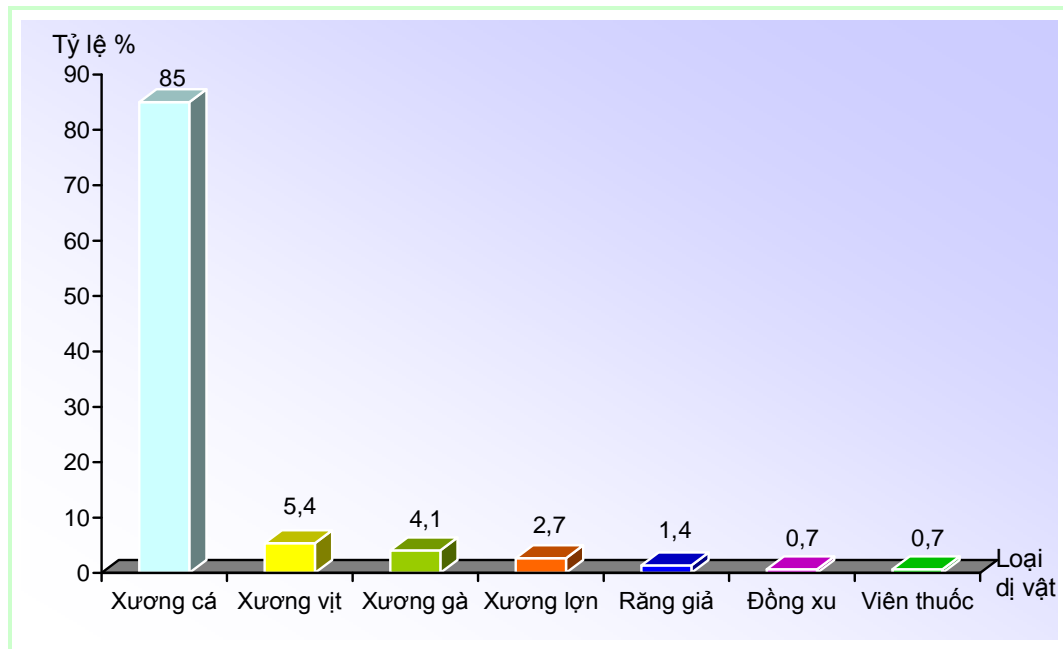
- Hình ảnh tổn thương hay gặp nhất là xước, rách niêm mạc 45,9%. Tiếp đến là niêm mạc nề 12,3%, giả mạc 11,7%, mũ 2,7, lỗ thủng 2,1%.

- Không tổn thương tại vị trí có dị vật 62 trường hợp chiếm 42,5% và đều ở giai đoạn chưa viêm nhiễm.

3.2.1.7. Phân loại dị vật gắp được

Bảng 3.14. Phân loại dị vật ($n = 147$)

Loại dị vật	Số lượng	Tỉ lệ %
Xương cá	125	85,0
Xương vịt	8	5,4
Xương gà	6	4,1
Xương lợn	4	2,7
Răng giả	2	1,4
Đồng xu	1	0,7
Viên thuốc còn vỏ	1	0,7
Tổng cộng	147	100,0



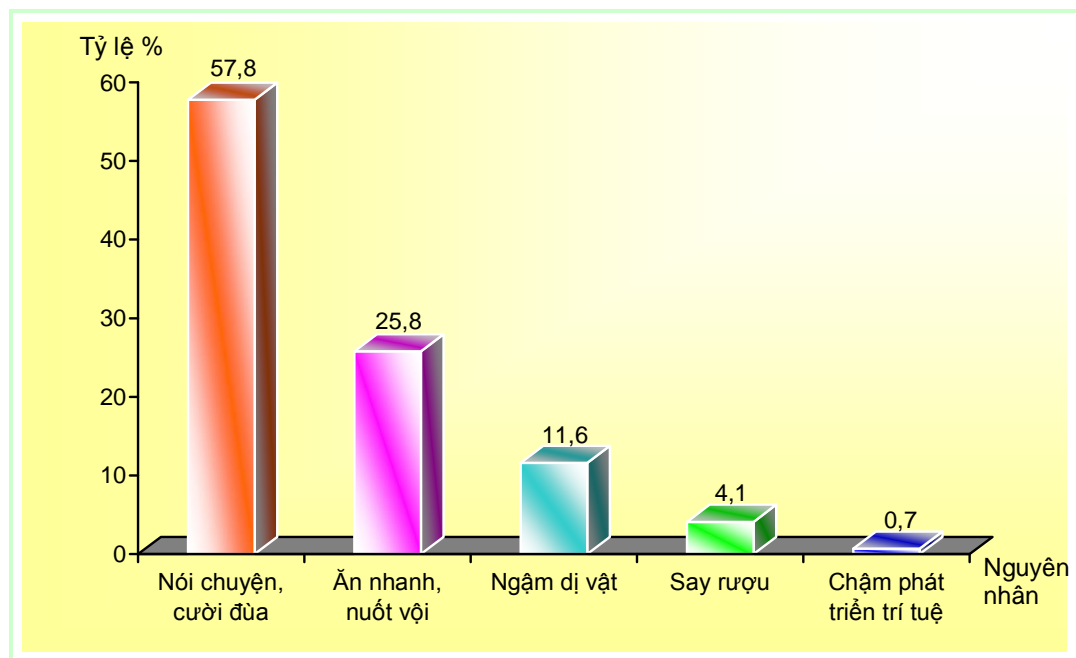
Biểu đồ 3.11. Phân loại dị vật

Tỉ lệ dị vật xương cá cao nhất 85,0%. Nếu tính tất cả xương các loại động vật thì có 97,2%. Có 1,4% dị vật là hàm răng giả. Đồng xu và viên thuốc còn vỏ cùng chiếm 0,7%.

3.2.2. Nguyên nhân học dị vật

Bảng 3.15. Nguyên nhân gây học dị vật ($n = 147$)

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ %
Nói chuyện, cười đùa trong khi ăn	85	57,8
Ăn nhanh nuốt vội	38	25,8
Ngậm dị vật vô tình hóc	17	11,6
Say rượu	6	4,1
Chậm phát triển trí tuệ	1	0,7
Tổng cộng	147	100,0



Biểu đồ 3.12. Nguyên nhân học dị vật

- Nói chuyện, cười đùa trong khi ăn gây học dị vật 57,8% có tỉ lệ cao nhất.
- Ăn nhanh nuốt vội học dị vật có 38 trường hợp chiếm 25,8%.
- Ngậm dị vật vô tình hóc có 17 trường hợp chiếm 11,6%.
- Say rượu có 6 trường hợp học dị vật chiếm 4,1%.
- Có 1 trường hợp chậm phát triển trí tuệ học dị vật chiếm 0,7%.

3.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.3.1. Đặc điểm công thức bạch cầu

Bảng 3.16. Đặc điểm công thức bạch cầu ($n = 45$)

Số lượng \ Giai đoạn	Giai đoạn chưa viêm	Giai đoạn viêm	Giai đoạn biến chứng	p
Số lượng bạch cầu trung bình ($/\text{mm}^3$)	7393 ± 1009	13228 ± 2694	1685 ± 2428	$< 0,05$
ĐNTT $X \pm SD$	$59,81 \pm 4,16$	$75,00 \pm 3,33$	$81,00 \pm 4,83$	$< 0,05$
Lymphô $X \pm SD$	$21,63 \pm 5,25$	$16,43 \pm 3,06$	$11,00 \pm 4,08$	$< 0,05$

- Có sự gia tăng cao dần số lượng bạch cầu từ giai đoạn chưa viêm cho đến giai đoạn biến chứng. Số lượng bạch cầu tăng cao rõ ở giai đoạn biến chứng. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Có sự gia tăng tuần tự số lượng bạch cầu đa nhân trung tính và giảm tuần tự số lượng bạch cầu lymphô từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn viêm và giai đoạn biến chứng ($p < 0,05$).

3.2.3.2. Đặc điểm X-Q trên phim thực quản cổ nghiêng

Bảng 3.17. Triệu chứng X-Q (n = 45)

Triệu chứng \ Giai đoạn	Giai đoạn chưa viêm	Giai đoạn viêm	Giai đoạn biến chứng	Tổng cộng
Có hình ảnh cản quang	22 48,9%	7 15,6%	2 4,4%	31 68,9%
Cột sống cổ mất chiều cong sinh lý	3 6,7%	10 22,2%	4 8,9%	17 37,8%
Dày phần mềm trước cột sống cổ	0 0,0%	11 24,4%	4 8,9%	15 33,3%
Dấu minnegerod	0 0,0%	0 0,0%	1 2,2%	1 2,2%
Hình ảnh X-Q bình thường	5 11,1%	3 6,7%	0 0,0%	8 17,8%

Có 31 trường hợp có hình ảnh cản quang trên phim X-Q chiếm tỉ lệ 68,9%. Đây là hình ảnh nổi bật nhất là trong giai đoạn chưa viêm của bệnh. Trong khi các triệu chứng X-Q khác (Cột sống cổ mất chiều cong sinh lý, dày phần mềm trước cột sống cổ, dấu minnegerod) ít thấy hơn và chủ yếu xuất hiện trong giai đoạn muộn.

3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.3.1. Các phương pháp điều trị gấp dị vật

Bảng 3.18. Các phương pháp điều trị gấp dị vật (n = 147)

Phương pháp	Số lượng	Tỉ lệ %
Gấp dị vật trực tiếp	84 (82,4%)	57,1
Gấp dị vật qua nội soi	14 (13,7%)	9,5
Gấp dị vật qua gương	4 (3,9%)	2,7
Tổng cộng dị vật họng	102 (100,0%)	69,3
Soi thực quản ống cứng	41 (91,2%)	27,9
Mở thực quản	2 (4,4%)	1,4
Mở cạnh cổ + Soi thực quản	1 (2,2%)	0,7
Lấy bằng xông Foley	1 (2,2%)	0,7
Tổng cộng dị vật thực quản	45 (100,0%)	30,7
Tổng cộng	147	100,0

- Điều trị gấp dị vật là phương pháp phổ biến đối với dị vật ở họng, có 84/102 trường hợp chiếm 82,4% dị vật họng, và chiếm 57,1% dị vật đường ăn.

- Soi thực quản ống cứng là phương pháp phổ biến đối với dị vật thực quản, có 41/45 trường hợp chiếm 91,2%, và chiếm 27,9% dị vật đường ăn.

3.3.2. Các phương pháp vô cảm

Bảng 3.19. Các phương pháp vô cảm (n = 147)

Vô cảm	Gây mê giãn cơ	Gây tê tại chỗ	Không gây tê, mê	Tổng cộng
Lấy dị vật họng	0	18	84	102
Soi thực quản	41	0	0	41
Mở thực quản	2	0	0	2
Mở cạnh cổ + soi thực quản	1	0	0	1
Xông Foley	0	0	1	1
Tổng cộng	44 29,9%	18 12,3%	85 57,8%	147 100,0%

Có 85 trường hợp lấy dị vật đường ăn không gây mê, tê chiếm 57,8%. Có 44 trường hợp lấy dị vật dưới sự hỗ trợ của gây mê chiếm 29,9%. Còn lại 18 trường hợp gây tê tại chỗ chiếm 12,3%.

3.3.3. Điều trị kháng sinh

Bảng 3.20. Cách thức sử dụng kháng sinh (n = 147)

Giai đoạn	Giai đoạn chưa viêm	Giai đoạn viêm	Giai đoạn biến chứng	Tổng cộng
Không điều trị kháng sinh	62 42,2%	0 0,0%	0 0,0%	62 42,2%
Một loại kháng sinh	65 44,2%	0 0,0%	0 0,0%	65 44,2%
Phối hợp kháng sinh	2 1,4%	14 9,5%	4 2,7%	20 13,6%
Tổng cộng	129 87,8%	14 9,5%	4 2,7%	147 100,0%

Có 62 trường hợp không dùng kháng sinh chiếm 42,2% và tập trung ở giai đoạn chưa viêm, có 65 trường hợp dùng một kháng sinh chiếm 44,2% và có 20 trường hợp dùng kháng sinh phối hợp chiếm 13,6%.

3.3.4. Ăn qua xông dạ dày

Bảng 3.21. Ăn qua xông dạ dày ($n = 147$)

Giai đoạn	Giai đoạn chưa viêm ($n=129$)	Giai đoạn viêm ($n=14$)	Giai đoạn biến chứng ($n=4$)
Ăn qua xông dạ dày	2 1,6%	14 100%	4 100%

- Ăn qua xông dạ dày 100% ở giai đoạn viêm và giai đoạn biến chứng.
- Chỉ có 2 trường hợp (1,6%) ở giai đoạn chưa viêm ăn qua xông dạ dày.

3.3.5. Thời gian điều trị nội trú

Bảng 3.22. Thời gian điều trị nội trú ($n = 45$)

Giai đoạn Thời gian	Giai đoạn chưa viêm (1)	Giai đoạn viêm (2)	Giai đoạn biến chứng (3)
$X \pm SD$	$2,17 \pm 2,13$	$9,00 \pm 4,22$	$11,75 \pm 4,50$
p	$p(1,2) < 0,05; p(1,3) < 0,05$		

- Thời gian điều trị nội trú trung bình ở giai đoạn chưa viêm là $2,17 \pm 2,13$ ngày, giai đoạn viêm $9,00 \pm 4,22$ ngày và giai đoạn biến chứng $11,75 \pm 4,50$ ngày.

- Số ngày điều trị ở giai đoạn viêm và biến chứng kéo dài hơn giai đoạn chưa viêm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.6. Kết quả điều trị

Bảng 3.23. Kết quả điều trị ($n = 147$)

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
Khỏi hoàn toàn	147	100,0
Chuyển khoa, chuyển viện, tử vong	0	0,0

Tỉ lệ khỏi bệnh là 100%. Không có trường hợp nào chuyển viện, tử vong.

Chương 4

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 147 trường hợp DVĐA tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 3/2008 đến tháng 5/2009 chúng tôi có một số nhận xét và bàn luận sau:

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

4.1.1. Giới và tuổi

4.1.1.1. Về giới

Chúng tôi thấy tỉ lệ DVĐA gặp ở nữ là 79 trường hợp chiếm 53,7%, nam chiếm 46,3% (bảng 3.1), tỉ lệ mắc giữa nam và nữ không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế tại khoa TMH Học viện Y Huế đã công bố vào năm 1984 thì tỉ lệ mắc DVĐA chung giữa nam: nữ là 1: 1 [27], Nguyễn Tư Thế năm 2004 nam 47,7%, nữ 52,3% [28]. Điều này cũng phù hợp nghiên cứu của Phan Thị Hoài Thanh (3249 trường hợp) nam chiếm 45%, nữ 55% [25], Theo Chủ Ngọc Bình có 46,8% là nam, nữ 53,2% [3], Đặng Mỹ Hạnh tỉ lệ giữa nam/nữ là 44%/56% [14], Leong nghiên cứu 154 BN tỉ lệ nam/nữ 48,7%/51,3% [51], tỉ lệ này ở nghiên cứu của Anwer là 52%/48% [31]. Như vậy chúng tôi thấy rằng tỉ lệ hóc dị vật ở hai giới nam và nữ là tương đương nhau.

Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu đưa ra tỉ lệ nam hóc dị vật cao hơn nữ như: Park nghiên cứu 209 trường hợp DVĐA thì tỉ lệ nam/nữ là 61,2%/38,8% [62], Theo Shirakumar nam/nữ 65,4%/34,6% [67] ($p < 0,05$).

4.1.1.2. Tuổi

Trong 147 BN nghiên cứu này, chúng tôi gặp DVĐA ở mọi lứa tuổi, tuổi nhỏ nhất là 10 tháng và tuổi lớn nhất là 102 tuổi. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân dị vật đường ăn là $37,74 \pm 20,04$ tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tần suất mắc DVĐA ở nhóm tuổi người lớn là 92,5%, nhóm tuổi trẻ em có tỉ lệ thấp hơn với 7,5% ($p < 0,01$).

Tỉ lệ này của chúng tôi cũng phù hợp ($p > 0,05$) với kết quả của một số tác giả trong nước như: Phan Thị Hoài Thanh (98,8% - 1,2%) [25], Nguyễn Tư Thế (82,1% - 17,9%) [28], Đặng Mỹ Hạnh (87,0% - 23,0%) [11], Chủ Ngọc Bình (70,2% - 29,8%) [3], hoặc nước ngoài như Leong (93,5% - 6,5%) [51].

Chúng tôi xếp trẻ trên 15 tuổi vào nhóm tuổi người lớn vì ở độ tuổi này trẻ em cũng đã tham gia sinh hoạt như người lớn, nguy cơ mắc DVĐA cũng như người lớn. Nhóm tuổi người lớn gặp nhiều nhất (92,5%) phù hợp với các tổng kết trong nước cho thấy DVĐA ở Việt nam người lớn gặp nhiều hơn trẻ em. Trong đó độ tuổi 16-55 là lứa tuổi lao động chính trong xã hội, ăn khỏe và nhiều nhất hơn nữa ở tuổi này phần lớn răng còn tốt nhưng có lẽ do chủ quan nên thường ăn nhanh nhai không kỹ, hay cười đùa nói chuyện trong bữa ăn nhất là trong buổi tiệc.

Trong khi đó kết quả nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài tần suất mắc DVĐA ở trẻ em lại thường cao hơn người lớn. Theo Shirakumar tỉ lệ hóc dị vật ở trẻ em là 87,5%, người lớn chỉ chiếm 12,5% [67], Khurana trẻ em chiếm 67%, người lớn 33% [48]. Sở dĩ có sự khác biệt này theo chúng tôi là do tập quán ăn, chế biến thức ăn ở Việt nam khác các nước khác: Ở nước ngoài thực phẩm chế biến tốt hơn, nhiều đồ hộp và hay ăn thức ăn để nguội từ thực phẩm đã chế biến sẵn nên không có dị vật. Đối với trẻ em hóc dị vật do ngậm đồ chơi, đưa vào miệng các vật ngậm. Đây là những yếu tố thuận lợi nhất để mắc DVĐA khi có kèm các điều kiện như cười đùa, khóc.

4.1.1.3. Phân bố theo địa dư

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.3 cho thấy có 59,2% trường hợp bệnh nhân sống ở nông thôn, chỉ có 40,8% là bệnh nhân ở thành thị. Sự phân bố bệnh nhân ở vùng nông thôn cao hơn thành thị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Ở đây chúng tôi chưa đi sâu nghiên cứu về trình độ học vấn của người bệnh hoặc người thân, nhưng nhìn chung có thể nói nhận thức về bệnh tật ở nông thôn còn thấp. Họ chưa ý thức hết được những nguy hiểm do những tập quán, thói quen ăn uống không đúng đặc biệt khâu chế biến thức ăn. Thức ăn không được chế biến tốt để lẫn xương trong thịt, cá, trong canh, cháo, bún... Khi ăn rất dễ bị hóc xương. Bố mẹ và người thân có thể cho trẻ ăn, ngậm bất kỳ thứ gì mà không biết rằng ở độ tuổi đó cơ nhai của trẻ phát triển chưa hoàn chỉnh trẻ có thể nuốt, sặc khi cười đùa giật mình.

Tác giả Huỳnh Anh và Phạm Sỹ Hoãn nghiên cứu 240 BN dị vật thực quản tại Đà Nẵng cũng kết luận BN ở nông thôn chiếm 63,4%, thành thị chiếm 36,6% [1] cho thấy dị vật thực quản nói riêng và DVĐA nói chung gặp ở nông thôn nhiều hơn thành thị.

4.1.1.4. Nghề nghiệp

Chúng tôi chia nghề nghiệp ra thành bốn nhóm gồm: lao động chân tay (công nhân, nông dân), học sinh-sinh viên, lao động trí óc (cán bộ công chức) và còn nhỏ. Theo bảng 3.4 thì tất cả các nhóm đều có gặp DVĐA và tỉ lệ mắc dị vật đường ăn cao nhất ở những đối tượng là người lao động chân tay (công nhân, nông dân) với 83/147 trường hợp chiếm 56,5%. Có thể lý giải điều này do đặc thù công việc mà họ phải ăn nhanh, ăn vội... hoặc cũng có thể do thiếu hiểu biết nên chưa ý thức được sự nguy hiểm tiềm tàng do thói quen ăn uống không đúng (như nhai cả xương lẫn thịt, ăn trong bóng tối...) trong sinh hoạt hằng ngày mang lại. Kết quả này phù hợp với một số tác giả khác nghiên cứu về dị vật thực quản, DVĐA như Trần Phương Nam [19], Nguyễn Tư Thế [28] ($p > 0,05$).

4.1.1.5. Thời gian mắc dị vật

Từ bảng 3.5 cho thấy DVĐA xảy ra rải rác các tháng trong năm nhưng thống kê có số lượng cao ở quý IV (tương ứng với tháng 10, 11, 12), còn các quý khác không có sự chênh lệch nhau nhiều. Tuy vậy sự khác nhau này vẫn

chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể đây là ba tháng cuối năm có liên quan đến lễ tết, lễ hội, cưới hỏi... nên người ta ăn uống nhiều cá, thịt nên dễ xảy ra tai nạn DVĐA.

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1.1. Thời gian từ khi mắc dị vật đến khi vào viện

DVĐA xảy ra đột ngột, rất thường gặp trong khi ăn uống. Khi bị hóc nuốt đau với các mức độ khác nhau, phải bỏ dở bữa ăn, nhưng không gây triệu chứng ồ ạt như dị vật đường thở nên BN thường có xu hướng nuốt thêm miếng cơm, miếng rau, chữa dân gian với hy vọng dị vật bị kéo xuống dạ dày. Ở trẻ nhỏ có một số không có triệu chứng nên BN đôi khi không đến bệnh viện ngay mà không biết rằng DVĐA là một cấp cứu và thời gian đóng một vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh [26], [44]. Xuất phát từ cơ sở này chúng tôi nghiên cứu, phân tích thời gian từ khi BN mắc dị vật đến khi vào viện.

Từ bảng 3.6 cho thấy

- BN vào viện khám và điều trị trong vòng 24 giờ đầu chiếm tỉ lệ cao nhất 59,9%, ngày thứ hai chiếm 23,8%.

- Nếu tính đến khám trong 48 giờ đầu thì tỉ lệ này lên đến 83,7%.

- Còn lại 16,3% BN vào viện muộn sau ngày thứ ba.

So sánh thời gian nhập viện sớm thì kết quả của chúng tôi cao hơn các tác giả trong nước và ngược lại tỉ lệ nhập viện muộn thì thấp hơn: Phan Thị Hoài Thanh (1997) tỉ lệ nhập viện sớm là 68,4%, muộn là 31,6% [25]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế (1984) vào những thập niên 80 vào viện sớm chỉ 23,8% [27]. Sau hơn 20 năm vào viện trong hai ngày đầu theo Nguyễn Tư Thế (2004) là 65,9% [28]. Theo Trần Phương Nam (2006) tỉ lệ này là 68,7% [19]. Vào viện trong hai ngày đầu theo Chủ Ngọc Bình (2008) là 83,1% [3]. Điều này cho thấy nhận thức về tầm nguy hiểm của DVĐA trong nhân dân ngày càng được nâng cao, công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến cơ sở ngày càng có hiệu quả.

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu trong nước này so với các tác giả nước ngoài vẫn còn thấp hơn: theo Nayak có 79,6% BN nhập viện sau hóc dị vật [59], theo Khan có 89% BN đến viện trong 24 giờ đầu [47]. Điều này chứng tỏ rằng có sự khác nhau về trình độ nhận thức của người bệnh về bệnh lý này theo từng vùng miền và giữa các quốc gia.

4.2.1.2. Các phương pháp xử trí trước lúc vào viện

Từ bảng 3.7 thống kê cho thấy đa số các trường hợp BN sau hóc dị vật đều cố gắng khắc mạnh (94,6%) với hy vọng dị vật được tống ra ngoài nhưng đa số những dị vật sắc nhọn cắm sâu thêm gây phức tạp cho điều trị sau này. Nhất là những dị vật mắc ở thực quản đoạn bất chéo cung động mạch chủ, dị vật có thể từ thực quản cắm vào mạch máu. Nếu dị vật làm thủng mạch máu lớn, BN có thể tử vong.

Có 44,9% (66 trường hợp) trước khi nhập viện tự ý chữa bằng phương pháp dân gian (ăn thêm cơm, rau, móc họng, nhờ bàn tay người đẻ ngược cào, cúng bái), điều trị kháng sinh. Theo Trịnh Thị Lạp có 30,8% có chữa dân gian, điều trị ở tuyến trước [16]. Theo Vũ Trung Kiên thì 58,5% bệnh nhân có chữa dân gian [14], theo Trần Phương Nam có 33,3% trước khi nhập viện tự ý chữa bằng phương pháp dân gian và điều trị kháng sinh [19]. Điều này cho thấy thực tế một số người dân Việt nam nói chung và người Thừa Thiên Huế nói riêng vẫn chưa thấy được tầm quan trọng của bệnh DVĐA nếu không đến chuyên khoa TMH lấy dị vật mà tự chữa chắc chắn sẽ đưa đến hậu quả xấu.

4.2.1.3. Đặc điểm vị trí dị vật

- Chúng tôi thấy tỉ lệ mắc dị vật ở họng có 102 trường hợp chiếm 69,4%, có 30,6% dị vật mắc ở thực quản. Như vậy dị vật mắc lại ở họng nhiều hơn ở thực quản. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). (bảng 3.8)

Đa số dị vật của chúng tôi là xương cá nhỏ, nhọn sắc bén nên mắc lại ở họng với tỉ lệ cao hơn dị vật thực quản.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp ($p > 0,05$) với một số tác giả khi kết luận dị vật ở họng chiếm đa số: Chử Ngọc Bình có 3530/4250 trường hợp dị vật mắc ở họng chiếm 73,6% [3], Leong tỉ lệ dị vật ở họng chiếm 63,5% [51], Ciriza dị vật mắc ở họng là 71% [37]. Trên thực tế tỉ lệ hóc ở vùng họng còn cao hơn nhiều vì bệnh nhân có thể sau hóc khạc ra được, tự gỡ được dị vật vùng miệng. Một số phòng mạch tư nhân đã lấy được dị vật đơn giản, dễ thấy. Kể cả không phải phòng mạch chuyên khoa TMH.

Tuy nhiên vị trí mắc dị vật có khác các tác giả khác như: Li dị vật họng 12%, dị vật thực quản 58,4%, dạ dày 29,6% [52]. Web dị vật họng 16,1%, thực quản và dạ dày 83,9% [71]. Còn dị vật họng theo Higo chiếm 38,4% [43].

- Khi phân tích bảng 3.9 thì tỉ lệ dị vật mắc ở amidan chiếm 51,0% tổng số DVĐA, thực quản cổ 27,9%, đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt 10,9%, xoang lê 3,4%, miệng thực quản và thực quản ngực cùng chiếm 2,7%, thành sau họng và sụn phễu cùng chiếm 0,7%, không có dị vật ở thực quản bụng. Nếu cộng lại dị vật ở họng sẽ chiếm 69,4%. Chúng tôi so sánh kết quả nghiên cứu này với Chử Ngọc Bình thì không có sự khác nhau nhiều về phân bố các vị trí mắc dị vật, theo Chử Ngọc Bình dị vật ở họng chiếm 73,6%, thực quản cổ 19,7%, thực quản ngực 2,47%, không có dị vật ở thực quản bụng [3].

+ Qua bảng cho thấy dị vật ở họng có tỉ lệ từ cao đến thấp là: Amidan 73,5%, đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt 15,7%, xoang lê 4,9%, miệng thực quản 3,9%, thành sau họng và sụn phễu cùng chiếm 1,0%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Wai dị vật ở Amidan 72,2%, đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt 13%, miệng thực quản 6,8%, các vị trí khác 8,0% [69].

+ Để xác định vị trí đối với dị vật thực quản chúng tôi dựa vào kết quả soi thực quản, do chưa có số liệu về hằng số giải phẫu chiều dài thực quản của người Việt nam nên chúng tôi dựa vào bảng hằng số giải phẫu chiều dài thực quản của Jackson C-Jackson CL [65] để xác định vị trí mắc của dị vật. Với

trường hợp lấy dị vật bằng xông Foley chúng tôi dựa vào X-Q và cảm giác bàn tay khi lấy dị vật. Bảng 3.9 cho thấy có ba vị trí dị vật thực quản với các tỉ lệ khác nhau.

- Mắc ở đoạn thực quản cổ có 41/45 trường hợp chiếm tỉ lệ 91,1%.
- Có 4/45 trường hợp dị vật mắc ở đoạn thực quản ngực chiếm 8,9%.
- Không có dị vật ở thực quản bụng.

Với tỉ lệ 91,1% cho thấy phần lớn vị trí dị vật đều mắc tại đoạn thực quản cổ điều này hoàn toàn trùng khớp với nhận xét của các tác giả trong và ngoài nước mặc dầu tỉ lệ này ở mỗi vùng miền, mỗi nước có khác nhau. Mà gần đây nhất năm 2006 Trần Phương Nam và Nguyễn Tư Thế có một nghiên cứu về tỉ lệ này thứ tự là 81,2% dị vật mắc ở đoạn thực quản cổ, 16,7% đoạn thực quản ngực và thực quản bụng 2,1% [17], [19], [22], [33], [42].

Dị vật thực quản cổ chiếm tỉ lệ đa số điều này giải thích do đặc điểm giải phẫu khi dị vật đi qua miệng thực quản là điểm hẹp tự nhiên đầu tiên và hẹp nhất của thực quản với hệ thống cơ thắt trên được cấu tạo bởi cơ nhẫn họng và cơ xiết họng dưới do đó đây chính là nơi dị vật thường hay mắc nhất. Những dị vật trung bình như mảnh xương khi qua được miệng thực quản thường hay dừng lại ngay dưới miệng thực quản tuy rằng ở đó không có eo hẹp, có lẽ sau khi bị cơ xiết họng đẩy qua miệng thực quản, dị vật hết đà và nhu động của thực quản không đủ sức thắng sự ma sát làm cho dị vật không tiến xuống được và vướng lại đó [24]. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nhận xét của các tác giả trên thế giới khi cho rằng phần lớn dị vật mắc tại cơ nhẫn họng [49], [59], [63].

Điều này giúp cho chúng tôi rất nhiều trong quá trình soi thực quản tìm dị vật cần lưu ý kiểm tra kỹ đoạn thực quản cổ nhất là vùng miệng thực quản nơi có rất nhiều nếp ngoằn ngoèo làm che lấp dị vật hoặc khi viêm phù nề làm hẹp miệng thực quản, do đó khi đưa ống soi vào có thể trườn qua dị vật hoặc đẩy dị vật cắm sâu trong thành thực quản. Có trường hợp dị vật chỉ được phát hiện trong thì rút ống soi.

Vị trí mắc thứ hai trong nghiên cứu của chúng tôi là đoạn thực quản ngực với tỉ lệ 8,9%, vị trí này có hai điểm hẹp tự nhiên đó là nơi quai động mạch chủ và phế quản gốc trái đè vào bờ trái và trước của thực quản, không có trường hợp dị vật mắc ở đoạn thực quản bụng. Kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với tổng kết của các tác giả Trịnh Thị Lạp, Lưu Vân Anh, Vũ Trung Kiên, Võ Thanh Quang, Chử Ngọc Bình đều nhận thấy vị trí dị vật thường mắc thứ hai là ở đoạn ngực và không ghi nhận được trường hợp nào dị vật mắc tại đoạn thực quản bụng [2], [3], [11], [16], [22]. Trong khi đó theo Anwer tỉ lệ mắc dị vật ở đoạn thực quản ngực là 20%, đoạn thực quản bụng là 10% [31], theo Nayak tỉ lệ mắc ở đoạn ngực 9,8%, đoạn bụng là 6,8% [59]. Sở dĩ có các tỉ lệ khác nhau giữa các tác giả nguyên nhân có lẽ là do đối tượng nghiên cứu khác nhau, đặc điểm dị vật khác nhau.

4.2.1.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Sau khi hóc dị vật tùy thuộc vào bản chất dị vật và thời gian từ lúc hóc cho đến lúc được điều trị mà lâm sàng sẽ diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn chưa viêm với triệu chứng cơ năng là chính, giai đoạn viêm nhiễm và cuối cùng là giai đoạn biến chứng.

Qua bảng 3.10 chúng tôi thấy có 87,8% BN ở giai đoạn chưa viêm, chỉ có 9,5% BN ở giai đoạn viêm và 2,7% ở giai đoạn biến chứng. Điều này có thể được giải thích vì phần lớn các trường hợp mắc dị vật vào viện ở giai đoạn sớm. Tuy vậy trong 2,7% (4 trường hợp) ở giai đoạn biến chứng có 2 trường hợp vào viện ngày thứ 2 sau hóc xương cá đã gây biến chứng viêm tấy thực quản cổ. Tương tự các tác giả trong nước như Võ Thanh Quang, Vũ Trung Kiên, Thái Phương Phiên, Phan Thị Hoài Thanh nhận xét “2-4 ngày sau hóc dị vật đủ gây biến chứng” và đã ghi nhận những trường hợp bệnh nhân sau hóc 36 giờ đã gây biến chứng nặng áp xe quanh thực quản cổ [14], [20], [22], [25]. So sánh với các tác giả khác về giai đoạn bệnh qua bảng sau:

Bảng 4.1. So sánh giai đoạn bệnh khi vào viện

Tác giả	Giai đoạn chưa viêm	Giai đoạn viêm	Giai đoạn biến chứng
Nguyễn Tư Thế (1984)	23,8%	49,9%	23,6%
Phan Thị Hoài Thanh (1999)	68,4%	19,5%	13,1%
Trần Phương Nam (2006)	83,3%	6,3%	10,4%
Chữ Ngọc Bình (2008)	83,1%	13,3%	3,4%
Nguyễn Đức Phú (2009)	87,8%	9,5%	2,7%

Qua bảng 4.1 cho thấy có sự gia tăng tỉ lệ BN vào viện ở giai đoạn chưa viêm và ngược lại có sự giảm dần tỉ lệ bệnh ở giai đoạn biến chứng tính theo thời gian từ trước tới nay. Đây là một tín hiệu đáng mừng đối với những người làm công tác điều trị như chúng tôi vì nằm viện sẽ giảm chi phí điều trị cũng giảm theo. Tỉ lệ biến chứng tương tự với các báo cáo của các tác giả nước ngoài: tỉ lệ biến chứng McGahren < 2% [56], Shirakumar 1,92% [67].

Sau khi học dị vật, tùy theo kích thước hình thái, bản chất và thời gian dị vật lưu lại mà trên lâm sàng sẽ có những biểu hiện và diễn biến khác nhau.

4.2.1.5. Triệu chứng cơ năng

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy đối với bệnh DVĐA triệu chứng nuốt đau có mặt ở hầu hết các trường hợp 140/147 chiếm 95,2%. Kết quả này cho thấy đau là triệu chứng nổi bật nhất, phù hợp với đặc điểm dị vật ở nước ta chủ yếu là dị vật sắc nhọn như xương các loại, răng giả, viên thuốc còn vỏ kẽm...gây rất đau khi nuốt làm BN hầu như không ăn uống được (77,6%) (bảng 3.11). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của Trần Phương Nam với nuốt đau 95,9%, không ăn uống được 75% [19], tác giả Trịnh Thị Lạp cũng cho rằng “bao giờ cũng có nuốt đau ảnh hưởng đến ăn uống” [16].

Chiếm tỉ lệ thấp hơn nhiều là các triệu chứng nuốt vướng có 7 trường hợp chiếm 4,7%, ho 2,1%, nôn 1,4%. Chúng tôi gặp 4,7% nuốt vướng đối với

những dị vật tròn nhẵn, nhỏ mỏng chỉ gây ra cảm giác nuốt vướng. Họ thường xảy ra khi dị vật to, do ứ đọng nước bọt. Có ba trường hợp họ (2,1%) thì đều có đi kèm với nôn có lẽ do BN không nuốt được gây ứ đọng nước bọt ở hạ họng tràn vào đường thở gây họ.

Trong khi đó theo Mahhikafza tăng tiết nước bọt 72,0%, nuốt vướng 71%, nôn 20% [55], Balci tăng tiết nước bọt 45,9%, nuốt vướng 26,7%, nuốt đau 11,0%, nôn 1,1%, chán ăn 0,08% [34]. Theo Khan: nuốt vướng 92%, đau cổ 60% [47]. Sở dĩ có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của các tác giả này chủ yếu là trẻ em và dị vật đồng xu là phổ biến nên tỉ lệ các triệu chứng cơ năng có khác với nghiên cứu của chúng tôi.

Có 9,5% có triệu chứng sốt có lẽ do BN đến viện muộn gợi ý đã có biến chứng do DVĐA gây nên, trong nghiên cứu của Trịnh Thị Lạp (1994) triệu chứng sốt chiếm 54,2% [16], theo Trần Phương Nam triệu chứng này chiếm 16,7% [19]. Sở dĩ có sự khác nhau là do tỉ lệ BN vào viện muộn có thấp hơn. Theo tác giả Balci thì sốt chỉ có mặt trong 0,3% [34] thấp hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi là do đối tượng nghiên cứu là trẻ em nên dị vật chủ yếu là đồng xu là chất có thể để lâu trong lòng thực quản mà không hoặc ít gây tổn thương, chỉ làm xung huyết nhẹ niêm mạc ở vị trí tiếp xúc. Trong khi đó đa số dị vật trong nghiên cứu của chúng tôi là những dị vật sắc nhọn và ô nhiễm nên sẽ gây viêm và biến chứng sớm.

4.2.1.6. Triệu chứng thực thể

Nếu BN đến sớm khi thăm khám lâm sàng chỉ phát hiện có điểm đau ở cổ và ứ nước bọt ở xoang lê hay không mà thôi. Còn các triệu chứng như dấu hiệu lọc cọc thanh quản cột sống mất, sung máng cảnh chỉ có trong giai đoạn viêm hoặc biến chứng. Qua bảng 3.12 cho thấy ấn đau ở cổ chiếm tỉ lệ cao nhất 86,7%, dấu hiệu lọc cọc thanh quản cột sống cổ mất 28,9%, ứ nước bọt xoang lê 22,2%, chỉ 4,4% sung máng cảnh. Theo Nguyễn Tư Thế ấn có điểm đau ở cổ 69,7% [28], Trần Phương Nam ấn có điểm đau ở cổ 70,8% [19].

Như vậy dấu hiệu ấn đau ở cổ là triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán dị vật thực quản. Tỷ lệ các triệu chứng lọc cọc thanh quản cột sống cổ mất, ú nước bọt ở xoang lê, và sưng máng cảnh chiếm tỷ lệ thấp có lẽ bệnh nhân đến sớm, chưa đến giai đoạn viêm và biến chứng.

Khi phân tích bảng 3.13 chúng tôi nhận thấy thương tổn tại nơi có dị vật hay gặp nhất là xước, rách niêm mạc 45,9%, tiếp đến là niêm mạc nề mọng 12,3%, giả mạc 11,7%.

Với 97,2% dị vật là xương các loại động vật và 2,1% là răng giả, viên thuốc còn vỏ bọc đều là những dị vật sắc nhọn dễ gây tổn thương hơn nữa trong quá trình soi lấy dị vật niêm mạc cũng có thể bị xước, rách do dụng cụ soi gắp, cứng, do dị vật lớn. Đó chính là lý do vì sao hình ảnh xước rách lại chiếm tỷ lệ chủ yếu.

Trong trường hợp không được lấy ra sớm, dị vật sau khi cắm vào niêm mạc sẽ gây loét, hoại tử do chèn ép và viêm nhiễm, đặc biệt các dị vật là hàm răng giả, mẫu xương sẽ nhanh chóng đi tới giai đoạn nhiễm trùng. Lúc soi ta sẽ thấy có hình ảnh loét nông có giả mạc trắng, niêm mạc xung huyết đỏ, phù nề. Nếu dị vật không được loại bỏ kịp thời và điều trị kháng sinh tích cực hữu trùng tại chỗ sẽ gây ra một áp xe dưới niêm mạc. Lúc này có thể thấy được lỗ vỡ của áp xe và khi ấn vào sẽ thấy mũ trào ra từ lỗ này. Đôi khi những dị vật sắc nhọn là xương cá sau khi lấy bỏ dị vật kiểm tra lại thấy có lỗ thủng do dị vật để lại.

4.2.1.7. Phân loại dị vật gắp được

Bảng 3.14 cho thấy tổng số xương các loại động vật (cá, vịt, gà, lợn) là hay gặp nhất với 143 trường hợp chiếm tỷ lệ đến 97,2%, kết quả này giống với các báo của các tác giả trong từ trước tới nay [8], [20], [22], [28], [29]. Nhưng khi phân tích kỹ hơn thì thấy trong nghiên cứu của chúng tôi xương cá chiếm tỷ lệ lớn (85,0%), kết quả này cao hơn các báo cáo của các tác giả Trần Minh Trường (38,0%) [29], Phan Thị Hoài Thanh (46,2%) [25], Đặng Mỹ Hạnh (62,0%) [11] (với $p < 0,05$) ở thành phố Hồ Chí Minh. Trong khi đó kết quả

của các tác giả miền Bắc cho thấy tỉ lệ mắc xương cá thấp hơn nhiều như Vũ Trung Kiên (27,3%) [14], Trịnh Thị Lạp (27,1%) [11], Lưu Vân Anh (15,6%) [2]. Qua đó chúng tôi nhận thấy rằng dị vật có nguồn gốc là xương các loại là hay gặp ở nước ta. Nhưng ở mỗi vùng miền trên đất nước thì chủng loại xương có khác nhau ở miền Trung và miền Nam xương cá là loại hay gặp nhất, còn ở miền Bắc thì xương gà là hay gặp nhất. Có lẽ do ở miền Trung và miền Nam gần biển, sông hồ nhiều nên có thói quen ăn cá nhiều hơn. Điều này phù hợp với nhận xét của tác giả Al-Quadah “tỉ lệ mắc xương cá cao ở những nước mà cá là thực phẩm chủ yếu” [30].

Sau xương cá thì xương vịt 5,4%. Trong khi đó xương gà 4,1%, lợn 2,7% chiếm tỉ lệ thấp hơn. Kết quả này khác với nhận xét của tác giả Trần Minh Trường cho rằng xương gà (24,0%) là dị vật phổ biến chỉ đứng sau xương cá. Với nghiên cứu của các tác giả miền Bắc như Lưu Vân Anh, Võ Thanh Quang thì tần suất xương gà đứng hàng thứ nhất. Giải thích về sự khác biệt này có lẽ do thói quen sử dụng thực phẩm ở từng địa phương có khác nhau.

Chúng tôi gặp một trường hợp cháu nhỏ 2 tuổi ngậm dị vật là đồng xu mãi chơi nuốt vào và đã được lấy ra an toàn bằng xông Foley.

Răng giả có 2 trường hợp chiếm 1,4%, viên thuốc còn vỏ chiếm 0,7% hóc ở thực quản cổ, đây cũng là những dị vật kích thước lớn, sắc nhọn nguy hiểm dễ gây thủng thực quản. Điều này đã được nhiều tác giả ghi nhận [47], [58].

4.2.2. Nguyên nhân hóc dị vật

Tìm hiểu các nguyên nhân gây hóc dị vật chúng tôi nhận thấy rằng đa số các trường hợp hóc dị vật là nói chuyện, cười đùa trong khi ăn (57,8%). Theo Nguyễn Tư Thế tỉ lệ này là 66,1% [28] ($p < 0,05$). Có lẽ trong khi ăn uống ở các buổi tiệc, cưới hỏi... thậm chí trong các bữa cơm gia đình thì thói quen nói chuyện, cười đùa trong khi ăn còn phổ biến nên dễ hóc dị vật.

Nguyên nhân ăn nhanh nuốt vội có 38 BN chiếm 25,8%, theo Trần Phương Nam 35,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nguyên nhân này thường gặp ở người lớn có thể bận nhiều công việc, hay ăn nhậu, lại ỷ vào sức khỏe tốt, răng đầy đủ nên thường ăn nhanh, ăn vội vàng. Nhất là những người có sở thích húp cơm canh, cháo, bún nhai cả xương lẫn thịt thì rất dễ dẫn đến tai nạn hóc xương. Với những người cao tuổi do mất răng hay không có đeo răng giả nên khi ăn uống thì cảm giác vùng miệng giảm, khả năng nghiền thức ăn kém nên dễ hóc dị vật.

Nguyên nhân ngậm dị vật, vô tình hóc chiếm 11,6%, trong đó có một dị vật là đồng xu gặp ở trẻ em gái 2 tuổi, do ngậm dị vật mãi chơi nuốt vào. Điều này cảnh báo cho chúng ta về những dị vật là đồ chơi dễ hóc. Các trường hợp hóc còn lại bệnh chỉ cần lơ đãng một tí là có thể bị tai nạn.

Nguyên nhân say rượu hóc dị vật (6 trường hợp) chiếm tỉ lệ 4,1% là do bất cẩn trong ăn uống. Có một BN chậm phát triển trí tuệ hóc chiếm 0,7%.

4.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.3.1. Đặc điểm công thức bạch cầu

Chúng tôi đánh giá về số lượng bạch cầu qua công thức máu và nhận thấy có sự tăng cao dần số lượng bạch cầu từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn biến chứng, đa số trường hợp có số lượng bạch cầu tăng trên $10000/\text{mm}^3$ ở giai đoạn viêm và biến chứng. Đồng thời có sự thay đổi công thức bạch cầu rõ: Với tăng cao bạch cầu đa nhân trung tính và giảm dần bạch cầu lymphô thể hiện một phản ứng viêm cấp và nặng khi bệnh đến muộn và có biến chứng. Điều này phù hợp với lý thuyết [12], [24].

Theo Trần phương Nam số lượng bạch cầu giai đoạn chưa viêm 10184 ± 2863 , giai đoạn viêm 12133 ± 2003 , giai đoạn biến chứng 17200 ± 9706 . Tương tự kết quả của chúng tôi ($p > 0,05$). Điều này cho thấy xét nghiệm công thức bạch cầu cũng có giá trị về mặt chẩn đoán và tiên lượng mức độ nặng nhẹ của bệnh và nếu không điều trị kịp thời có thể gây nhiều biến chứng.

4.2.3.2. Đặc điểm X quang

Số trường hợp dị vật cản quang 31/45 chiếm đa số 68,9%. Tỉ lệ này phù

hợp với các tác giả trong nước như: Lê Thị Hà có 28 trường hợp dị vật ở thực quản cổ thì có 20 trường hợp cản quang chiếm 71,4% [10], dị vật cản quang theo Trần Phương Nam là 68,8% [19] (với $p > 0,05$). Sở dĩ tỉ lệ cản quang cao là vì trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% dị vật có khả năng cản quang trên phim (143 xương các loại, 2 răng giả có móc sắt, 1 đồng xu và 1 viên thuốc còn vỏ). Tương tự Lê Thị Hà có 91,7% dị vật có khả năng cản quang trên phim [10], tỉ lệ này ở Trần Phương Nam là 89,0% [19]. Còn lại những trường hợp không có hình ảnh gì (X-Q bình thường) không có nghĩa là không có dị vật mà có thể đó là những dị vật nhỏ mảnh lẫn khuất trong niêm mạc, dị vật nằm ở đoạn thực quản ngực. Hoặc áp xe quanh thực quản với hình ảnh những bóng hơi nhỏ, mức mũ mức hơi trước cột sống che lấp dị vật...

Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu đưa ra tỉ lệ dị vật cản quang thấp hơn: theo Nayak tỉ lệ này là 48,0% [59], theo Harned tỉ lệ này là 59% [41]. Sở dĩ có sự khác nhau là do bản chất dị vật khác nhau, ngay cả cùng là xương cá nhưng mức độ cản quang trên phim cũng khác nhau. Theo Lue thì độ nhạy cảm trên phim X-Q sẽ thấp nếu dị vật mắc vào vùng có tổ chức mềm chồng lên nhau tối đa và tính đặc thù sẽ giảm vì sự cản quang của sụn phễu, sụn giáp do bị vôi hóa ở người lớn do đó có thể dẫn đến nhầm lẫn. Khắc phục nhược điểm đó CT Scan có thể phát hiện được những xương nhỏ, một nghiên cứu ở Nhật cho thấy 56% trường hợp không phát hiện được xương cá trên phim X-Q cổ điển nhưng trên CT Scan lại phát hiện được tất cả [54]. Tuy nhiên do điều kiện kinh tế và thu nhập của BN nước ta còn thấp cho nên CT Scan để phát hiện dị vật ở nước ta chưa khả thi.

Có 17 trường hợp cột sống cổ thẳng chiếm tỉ lệ 37,8%, triệu chứng này thường chỉ xuất hiện trong giai đoạn viêm hoặc có biến chứng, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp có triệu chứng này ở giai đoạn chưa viêm có lẽ do dị vật dài nhọn, kích thước lớn cắm vào thực quản gây đau nhiều nên BN không dám ngửa cổ. Khi có áp xe thành thực quản tỉ lệ cột sống

cổ thẳng theo Lưu Văn Anh là 93,1% [2], theo Vũ Trung Kiên là 68,6% [14], còn trong giai đoạn viêm tấy, áp xe quanh thực quản cổ theo các tác giả trên thì các tỉ lệ này là 100%. Có 15 trường hợp trên X-Q phát hiện hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ chiếm tỉ lệ 33,3% và đều ở giai đoạn muộn, hình ảnh này nói lên rằng đã có viêm phù nề niêm mạc thực quản hoặc đã có áp xe thành thực quản, tương tự theo Trần Phương Nam dày phần mềm trước cột sống cổ ở giai đoạn viêm nhiễm và giai đoạn biến chứng là 87,5% [19].

Nếu quá trình viêm không được khống chế, không được điều trị, dị vật làm thủng thành thực quản, quá trình viêm lan rộng ra thành thực quản và xung quanh thực quản. Trên X-Q có thể thấy ổ áp xe trước cột sống cổ với hình ảnh những bóng hơi nhỏ, mức mũ mức hơi trước cột sống cổ (dấu Minnegerod), trong nghiên cứu chúng tôi bắt gặp hình ảnh này chỉ trong một trường hợp (2,2%) trên một BN duy nhất bị áp xe quanh thực quản cổ. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Trần Phương Nam khi có 2,1% có dấu Minnegerod gặp ở một BN áp xe quanh thực quản cổ [19]. Tuy nhiên tỉ lệ này theo Lưu Văn Anh tỉ lệ gặp mức hơi nước trong viêm tấy quanh thực quản cổ là 55,2% [2], theo Vũ Trung Kiên là 91,4% [14]. Tỉ lệ dấu Minnegerod của chúng tôi thấp hơn là do tỉ lệ biến chứng thấp hơn.

4.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.3.1. Các phương pháp điều trị gấp dị vật

Chúng tôi đã sử dụng các phương pháp loại bỏ dị vật và điều trị biến chứng do dị vật đường ăn gây ra: Gấp dị vật ngay tại phòng khám có 84/147 BN chiếm 57,1%. Tiếp đến là soi thực quản ống cứng 27,9%, gấp dị vật gián tiếp 12,2%, mở thực quản 1,4%, mở cạnh cổ kết hợp với soi thực quản 2,1%, chỉ có một trường hợp lấy dị vật bằng xông Foley chiếm 0,7%.

- Đối với dị vật họng

Gấp dị vật trực tiếp được áp dụng với những dị vật mắc ở họng, khám họng và gấp ra dễ dàng, đã có 84/102 trường hợp (82,4%) dị vật ở họng được

loại bỏ bằng phương pháp này. Tuy vậy nhiều khi rất khó khăn do dị vật quá bé như xương dăm nhỏ, ngắn và dị vật mắc ở vùng họng thanh quản như rãnh lưỡi - thanh thiệt, sụn phễu, miệng thực quản, xoang lê... cần phải soi hạ họng thanh quản gián tiếp qua gương hay qua nội soi và dùng dụng cụ để lấy dị vật. Thao tác này cần làm nhanh, chính xác vì BN rất dễ bị nôn ói. Hiện nay chúng tôi đã lấy dị vật ở họng qua nội soi cho 14/102 trường hợp (13,7%) dị vật họng. Sở dĩ tỉ lệ này còn ít là vì chỉ có 26 trường hợp dị vật mắc ở những vị trí có thể áp dụng phương pháp này (16 đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt, 5 xoang lê, 4 miệng thực quản, 1 sụn phễu). Áp dụng phương pháp loại bỏ dị vật họng qua nội soi có ưu điểm là: Có thể tìm thấy và lấy bỏ những dị vật nhỏ, nằm sâu mà không gây chấn thương ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh. Chỉ cần một phẫu thuật viên. Mọi người đều có thể nhìn thấy như điều dưỡng, sinh viên... phục vụ giảng dạy tốt hơn. Là công cụ để ghi lại thao tác và cung cấp trao đổi với gia đình. Giảm bớt việc soi cứng dưới gây mê; Bên cạnh những ưu điểm trên nội soi lấy dị vật ở họng cũng có những nhược điểm nhất định như: Sự hợp tác của BN, khó khăn đối với trẻ em, những người có phản xạ mạnh. Thao tác phải lặp lại nhiều lần nếu phẫu thuật viên ít kinh nghiệm. Mờ ống nội soi. Có những trường hợp thất bại phải chuyển sang soi ống cứng dưới gây mê [50].

- Đối với dị vật thực quản

Chúng tôi sử dụng các phương pháp soi thực quản ống cứng kiểu Chevalier - Jakson với nguồn sáng lạnh, mở thực quản, mở cạnh cổ kết hợp với soi thực quản và dùng xông Foley để lấy dị vật.

Hầu hết các trường hợp nội soi ống cứng lấy dị vật thực quản, trong 45 BN dị vật thực quản thì số ca soi lấy dị vật là 41 ca (91,2%), Trần Phương Nam soi ống cứng lấy dị vật 43/48 ca chiếm 89,6% [19], Huỳnh Anh là 98,7% [1], Trịnh Thị Lạp là 82,7% [16]. Đây cũng là phương pháp được hầu hết các bác sĩ Tai Mũi Họng trên toàn quốc áp dụng [7], [8], [13], [15], [29].

Phương pháp này thực hiện nhanh, dễ, cho phép nhìn trực tiếp, khảo sát đầy đủ dị vật và niêm mạc thực quản, cho phép loại bỏ dị vật mà ít làm tổn thương niêm mạc nhất cũng như đánh giá được có hay không tổn thương niêm mạc sau soi. Theo Nijhawan nghiên cứu 170 trường hợp dị vật thực quản được soi ống cứng 166/170 trường hợp chiếm 97,6% [60].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/45 trường hợp phải phẫu thuật mở thực quản và mở cạnh cổ kết hợp soi cứng lấy dị vật chiếm 6,6%. Theo Nijhawan tỉ lệ này là 2,4% [60]. Trong đó có hai trường hợp dị vật là hàm răng giả có móc sắt nhọn nằm khoảng 24cm cách cung răng trên cắm vào thành thực quản sát ngay động mạch chủ khi quan sát thấy thực quản đập theo nhịp tâm thu. Đây là vị trí nguy hiểm đối với dị vật sắc nhọn do đó không cố gắng lấy dị vật qua đường tự nhiên vì có thể gây rách thủng thực quản làm tổn thương động mạch chủ gây tử vong cho bệnh nhân nên chúng tôi đã tiến hành mở thực quản. Đây là một chỉ định cần thiết để loại bỏ dị vật. Còn lại một trường hợp áp xe quanh thực quản cổ phải phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu mũ kết hợp soi thực quản lấy dị vật chiếm 2,2%. Tỉ lệ này tương tự Trần Minh Trường 1,5% [29], Trần Phương Nam 2,1% [19], nhưng thấp hơn Trịnh Thị Lạp 13,6% [16]. Giải thích điều này là do tỉ lệ biến chứng nặng của chúng tôi thấp hơn.

Có một trường hợp hóc đồng xu, đến sớm được lấy bằng xông Foley chiếm 2,2%, chúng tôi chỉ áp dụng phương pháp này cho BN hóc đồng xu vì đây là dị vật tròn, nhọn không gây chấn thương nhiều cho thực quản. Kỹ thuật này có ưu điểm là thao tác nhanh, tránh được tai biến gây mê, BN không phải nhập viện. Qua đó giảm bớt chi phí điều trị cho BN. Nó cũng có nhược điểm là không quan sát được thực quản, không bảo vệ được đường thở, chống chỉ định trong những trường hợp hẹp, viêm thực quản và cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm [41], [46]. Tương tự Trần Phương Nam khi lấy dị vật bằng xông Foley cho 4 trường hợp dị vật thực quản cổ chiếm 8,3% và đã thành công 3/4 trường hợp chiếm 75,0% [19]. Kết quả này cũng phù hợp các nghiên cứu

nước ngoài như: Harned nghiên cứu trên 337 trường hợp dị vật thực quản là đồng xu được lấy bằng xông Foley thì tỉ lệ thành công là 96% [41], theo Schunk tỉ lệ thành công là 91% [66]. Tuy nhiên do số lượng dị vật là đồng xu của chúng tôi còn ít nên chưa nghiên cứu được vấn đề này.

4.3.2. Các phương pháp vô cảm

Qua bảng 3.19 cho thấy có đến 85 trường hợp chiếm 57,8% chúng tôi không sử dụng phương pháp vô cảm hỗ trợ khi lấy dị vật và chủ yếu là dị vật ở họng (84 trường hợp) vì thông thường dị vật ở họng khi khám sẽ nhìn thấy và dễ dàng gắp ra. Tuy vậy có khi cũng rất khó khăn do dị vật bé, BN có phản xạ nôn ọo mạnh, dị vật ở họng thanh quản thì phải gây tê tại chỗ bằng xịt lidocaine 6 - 10% mới khám kỹ và lấy dị vật được. Có 18 trường hợp được gây tê và lấy dị vật chiếm 12,3% và những dị vật này đều là dị vật ở họng. Như vậy trong 102 dị vật ở họng được lấy thì có đến 84/102 trường hợp chiếm 82,3% không sử dụng các phương pháp vô cảm hỗ trợ nào. Điều này phù hợp với lý thuyết khi cho rằng dị vật ở họng thường đơn giản chỉ cần đeo đèn, đèn lưỡi và dùng kẹp gắp ra vì dị vật sắc nhọn chủ yếu cắm vào Amidan, các trụ Amidan [13], [17], [26].

Gây mê giãn cơ có 44 trường hợp chiếm tỉ lệ 29,9%. Trong đó gây mê được áp dụng cho 41 trường hợp soi thực quản, còn lại 3 trường hợp gây mê là mở thực quản và mở cạnh cổ kết hợp soi thực quản. Nếu tính 45 trường hợp dị vật thực quản trong nghiên cứu thì gây mê hỗ trợ điều trị là 44 trường hợp chiếm 97,8%. Theo Trần Phương Nam gây mê hỗ trợ điều trị dị vật thực quản là 89,6% [19]. Đây là phương pháp hỗ trợ tối ưu khi lấy dị vật ở thực quản nó giúp cho BN tránh khỏi những sang chấn tâm lý, tạo điều kiện cho phẫu thuật viên yên tâm soi và tránh những tai biến nặng như thủng thực quản hoặc đẩy dị vật cắm sâu vào thực quản. Thực tế gây mê hỗ trợ trong tất cả các trường hợp đã soi thực quản trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp một tai biến nặng nào như đã nêu trên. Hiện nay trên thế giới, vô cảm

khi soi thực quản ống cứng người ta đều áp dụng phương pháp gây mê giãn cơ [30], [35], [67].

4.3.3. Điều trị kháng sinh

Qua bảng 3.20 chúng tôi nhận thấy có 62 trường hợp chiếm 42,2% sau khi lấy được dị vật không cần dùng kháng sinh. Đây là những trường hợp sau lấy dị vật không có tổn thương, BN đến viện sớm trong giai đoạn chưa viêm nhiễm, và BN cũng xuất viện sớm ngay sau lấy dị vật.

Sử dụng một loại kháng sinh có 65 trường hợp chiếm 44,2% và tập trung ở giai đoạn mới mới hóc và khi soi lấy dị vật nhận định là có tổn thương xước nhẹ niêm mạc.

Sử dụng kháng sinh phối hợp có 20 trường hợp chiếm 13,6%. Trong đó có 18 trường hợp ở giai đoạn viêm, giai đoạn biến chứng và 2 trường hợp mở thực quản lấy dị vật.

Kháng sinh chúng tôi thường dùng là nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 3 và với Metronidazol khi cần phối hợp.

4.3.4. Đặt xông dạ dày

Số trường hợp đặt xông dạ dày có 20/147 BN chiếm 13,6%. Trong đó 18 trường hợp bệnh ở giai đoạn viêm, giai đoạn biến chứng và 2 trường hợp bệnh ở giai đoạn chưa viêm nhiễm có mở thực quản lấy dị vật. Những trường hợp đặt xông dạ dày này đều có chỉ định phối hợp kháng sinh, khi đặt xông dạ dày vừa để thực quản được nghỉ ngơi hoàn toàn vừa đảm bảo cung cấp năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể, thời gian đặt xông dạ dày thường là 3 - 5 ngày, có khi phải đặt hơn 10 ngày tùy theo tổn thương như áp xe quanh thực quản, mở thực quản, diễn biến lâm sàng và X-Q. Tương tự nghiên cứu của Trần Phương Nam đặt xông dạ dày 22,9% và đều ở giai đoạn muộn (72,7%) [19].

Chúng tôi nhận thấy ngoài vấn đề loại bỏ dị vật sớm thì điều trị kháng sinh và đặt xông dạ dày như trên là rất cần thiết, nó góp phần làm giảm biến chứng viêm, áp xe sau lấy dị vật.

4.3.5. Thời gian điều trị nội trú

Thời gian điều trị nội trú trung bình là $6,62 \pm 3,93$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 20 ngày. Tương tự thời gian điều trị trung bình theo Trần Phương Nam là $6,27 \pm 3,89$ ngày [19] ($p > 0,05$). Thời gian điều trị nội trú trung bình giai đoạn chưa viêm là $2,17 \pm 2,1$; giai đoạn viêm là $9, \pm 4,22$; giai đoạn biến chứng là $11,7 \pm 5 4,5$. Tương tự thời gian này theo Trần Phương Nam lần lượt là $5,27 \pm 3,15$; $11,67 \pm 5,77$ và $11,0 \pm 2,24$ ($p > 0,05$) [19].

Chúng tôi nhận thấy thời gian điều trị nội trú tăng dần từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn viêm và giai đoạn biến chứng, nó cho thấy khi BN đến viện muộn ở giai đoạn viêm và biến chứng thì điều trị nội trú kéo dài qua đó gây tốn kém chi phí điều trị cho BN cũng như ngành y tế nói chung. Theo Herranz - Gonzalez thời gian điều trị nội trú trung bình là 3,2 ngày [42]. Sở dĩ thời gian điều trị nội trú của chúng tôi còn cao là do tỉ lệ BN đến viện muộn còn cao, dị vật lại chủ yếu là xương các loại động vật rất sắc nhọn và nhiễm bẩn.

4.3.6. Kết quả điều trị

Tỉ lệ khỏi bệnh hoàn toàn của chúng tôi là 100%, không có trường hợp nào tử vong hay chuyển viện. Tỉ lệ tử vong 0,0% tương tự nghiên cứu của Huỳnh Anh (1997) [1], Phan Thị Hoài Thanh (1997) [25], Trần Phương Nam (2006) [19], Chử Ngọc Bình (2008) [3], Trần Minh Trường (2008) [29]. Trong khi đó theo Nguyễn Tư Thế (1984) tỉ lệ tử vong là 2,8% [27], Trịnh Thị Lạp (1994) tỉ lệ tử vong là 0,9% [16], Vũ Trung Kiên (1997) là 0,5% [14]. Điều này cho thấy trình độ nhận thức về tầm nguy hiểm của DVĐA trong nhân dân mỗi năm ngày càng cao, biến chứng nặng ngày càng ít đi, kinh nghiệm để điều trị DVĐA và biến chứng của nó ngày càng nhiều do đó tỉ lệ tử vong ngày càng giảm. Trong khi đó các báo cáo của các tác giả nước ngoài thỉnh thoảng vẫn ghi nhận những trường hợp tử vong do biến chứng của DVĐA nói chung và dị vật thực quản nói riêng [49], [53], [54], [59].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 147 trường hợp dị vật đường ăn tại bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 3/2008 đến tháng 5/2009 chúng tôi rút ra một số kết luận sau

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

1.1. Đặc điểm chung

Dị vật đường ăn xảy ra ở tất cả các lứa tuổi, với độ tuổi trung bình $37,74 \pm 20,04$. Người lớn (92,5%) gặp nhiều hơn trẻ em ($p < 0,01$).

Nông thôn (59,2%) nhiều hơn thành thị ($p < 0,05$). Không có sự khác nhau về giới và nghề nghiệp.

1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tỉ lệ bệnh nhân vào viện sớm trong vòng 48 giờ là 83,7%.

Dị vật mắc ở họng (69,4%), nhiều hơn dị vật mắc ở thực quản (30,6%).

Ở họng dị vật hay gặp theo thứ tự: Amidan 73,5%; đáy lưỡi - rãnh lưỡi thanh thiệt 15,7%; xoang lê 4,9%; miệng thực quản 3,9%; thành sau họng và sụn phễu cùng chiếm 1,0%.

Ở thực quản: dị vật mắc đoạn cổ 91,1%; thực quản ngực 8,9%; không có dị vật ở thực quản bụng.

Lâm sàng: triệu chứng nuốt đau chiếm 95,2%, ấn đau gặp 86,7%, không ăn uống được chiếm 77,6%.

97,2 % dị vật là xương các loại, trong đó xương cá chiếm tỉ lệ lớn 85,0%.

Có 87,8% bệnh nhân vào khám và điều trị ở giai đoạn chưa viêm, 9,5% ở giai đoạn viêm và 2,7% ở giai đoạn biến chứng.

Có 68,9% xuất hiện hình ảnh dị vật cản quang trên phim thực quản cổ nghiêng.

2. Kết quả điều trị

Gắp dị vật trực tiếp 57,1%.

Soi thực quản ống cứng 27,9%.

Gắp dị vật gián tiếp qua gương và nội soi 12,2%.

Mở thực quản và mở cạnh cổ kết hợp với soi thực quản 2,1%.

Lấy dị vật bằng xông Foley 0,7%.

Thời gian điều trị giai đoạn chưa viêm $2,17 \pm 2,13$ ngày; giai đoạn viêm $9,00 \pm 4,22$ ngày; giai đoạn biến chứng $11,75 \pm 4,50$ ngày.

Thời gian điều trị trung bình $6,62 \pm 3,93$.

Tỉ lệ khỏi hoàn toàn là 100%, không có trường hợp nào tử vong hay phải chuyển viện.

KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe trong nhân dân nhằm nâng cao nhận thức về những nguy hiểm của DVĐA và biến chứng của nó. Tránh các nguy cơ có thể dẫn đến DVĐA như những thói quen ăn uống không tốt như: nói chuyện cười đùa trong khi ăn, ăn nhanh nuốt vội, ngậm đồ chơi trong miệng...tập quán chế biến thức ăn để cả xương lẫn thịt.

2. Không nên quan niệm sai lầm và lạc hậu chữa hóc xương bằng nuốt thêm cục cơm, rau., nhờ bàn tay người để ngược cào, cúng bái...chỉ làm bệnh nặng thêm và khó khăn cho điều trị.

3. Khi hóc DVĐA phải đến ngay cơ sở y tế có chuyên khoa TMH để được xử trí kịp thời nhằm tránh các biến chứng để giảm chi phí và thời gian điều trị.

4. Nâng cao kiến thức về DVĐA và trang thiết bị gấp dị vật cho tuyến cơ sở, để đảm bảo có thể chẩn đoán đúng và loại trừ dị vật ngay từ tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Huỳnh Anh, Phạm Sỹ Hoãn (1999), “Tình hình dị vật thực quản tại Bệnh viện Đà Nẵng từ 1995-1998”, (Tài liệu lưu hành nội bộ), *Nội san Đại hội lần thứ X Hội Tai Mũi Họng Việt Nam*, Đà Nẵng, tr. 266-269.
2. Lưu Vân Anh (2002), *Nghiên cứu tình hình biến chứng của dị vật thực quản tại Viện Tai Mũi Họng, từ 1/1998-10/2002*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Chử Ngọc Bình, Đặng Hanh Biên (2008), “Đánh giá kết quả điều trị dị vật đường ăn tại Bệnh viện Việt Nam-Cu ba từ 1/2004-6/2008”, *Tạp chí Tai Mũi Họng*, Hội Tai Mũi Họng Việt nam, (4), tr. 23-26.
4. Phùng Xuân Bình (2006), “Sinh lý tiêu hóa”, *Sinh lý học tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 324-359.
5. Phạm Đăng Diệu (2001), “Hầu”, *Giải phẫu đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 236-251.
6. Nguyễn Thị Ngọc Dinh (2007), “Dị vật đường ăn đường thở”, *Bệnh học Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà nội, tr. 224-230.
7. Nguyễn Văn Đức (2008), “Dị vật thực quản”, *Tai Mũi Họng tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 389-398.
8. Nguyễn Văn Đức, Nhan Trưng Sơn, Đặng Hoàng Sơn, Bùi Văn Đông (1996), “Dị vật đường ăn trẻ em gặp tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Nhi đồng I trong 10 năm 1985-1995”, *Nội san Tai Mũi Họng*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 34.
9. Frank HN (2004), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 74-239.
10. Lê Thị Hà (2006), “Tình hình dị vật thực quản tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện đa khoa Hà tĩnh 1/20004-12/2005”, *Tạp chí Tai Mũi Họng*, Hội Tai Mũi Họng Việt Nam, (1), tr. 22-28.

11. Đặng Mỹ Hạnh (2008), “Khảo sát mối tương quan giữa độ tuổi-bản chất dị vật đường ăn và biện pháp đề xuất giáo dục cộng đồng, qua 279 trường hợp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh từ 1/1/2006 đến 30/6/2006”, *Thời sự Tai mũi họng*, Thành phố Hồ Chí Minh, (17), tr. 18-21.
12. Ngô Xuân Khoa (2006), “Giải phẫu miệng và thực quản”, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 180-181.
13. Nguyễn Hữu Khôi (2007), “Dị vật đường ăn và đường thở”, *Bài giảng lâm sàng Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 182-193.
14. Vũ Trung Kiên (1997), *Tình hình biến chứng dị vật thực quản tại Viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 1/1990-9/1997*, Luận án thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y khoa Hà Nội.
15. Vũ Trung Kiên, Vũ Thị Nguyệt Oanh (1999), “Dị vật thực quản ở người cao tuổi gặp tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ tháng 1/1996 đến tháng 6/1998”, (Tài liệu lưu hành nội bộ), *Nội san Đại hội lần thứ X Hội Tai Mũi Họng Việt Nam*, Đà Nẵng, tr. 281-285.
16. Trịnh Thị Lạp (1994), *Tình hình dị vật thực quản tại Bệnh viện Đa Khoa Thái Bình trong 5 năm 1985-1989*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
17. Lê Văn Lợi (2001), “Dị vật đường ăn”, *Cấp cứu Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 426-438.
18. Lê Văn Lợi (2001), “Soi thực quản”, *Các phẫu thuật thông thường Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 239-246.
19. Trần Phương Nam (2006), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dị vật thực quản tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y khoa Huế.

20. Thái Phương Phiên (1999), “Nhận xét 37 trường hợp áp xe thực quản cổ do hóc xương cá tại Bệnh viện Ninh Thuận trong 5 năm từ 1/1/1994-1/1/1999”, (Tài liệu lưu hành nội bộ), *Nội san Đại hội lần thứ X Hội Tai Mũi Họng Việt Nam*, Đà Nẵng, tr. 275-280.
21. Nguyễn Quang Quyền (2002), “Hầu”, *Bài giảng giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 361-371.
22. Võ Thanh Quang (1987), *Nhận xét về các biến chứng của dị vật thực quản gặp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 1/1980-12/1984*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Khoa Hà Nội.
23. Võ Tấn (2002), “Dị vật ở họng”, *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 362-363.
24. Võ Tấn (2002), “Dị vật thực quản”, *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 227-236.
25. Phan Thị Hoài Thanh, Chu Lan Anh, Nguyễn Thị Ngọc Dung (1999), “Tình hình dị vật đường ăn tại trung tâm Tai Mũi Họng từ 1/1999-12/1997”, (Tài liệu lưu hành nội bộ), *Nội san Đại hội lần thứ X Hội Tai Mũi Họng Việt Nam*, Đà Nẵng, tr. 269-274.
26. Nguyễn Tư Thế (2009), “Dị vật đường ăn”, *Giáo trình Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 37-41.
27. Nguyễn Tư Thế (1984), “Nhận xét 174 trường hợp dị vật đường ăn điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Học viện y Huế”, *Tập san nghiên cứu khoa học*, Hà Nội, tr. 121-126.
28. Nguyễn Tư Thế (2004), “Đánh giá dịch tễ và đặc điểm lâm sàng dị vật đường ăn vào khám và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Huế”, *Nội san đại hội Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ XI*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 164-170.
29. Trần Minh Trường (2009), “Đánh giá lâm sàng và kết quả lấy dị vật thực quản bằng ống nội soi cứng tại Bệnh viện Chợ rẫy từ 2002-5/2008”, *Tạp chí y học thực hành*, Bộ y tế xuất bản, Hà nội, (2), tr. 114-116.

TIẾNG ANH

30. Al-Qudah A, Daradkeh S, Abu-Khalaf M (1998) “Esophageal foreign bodies”, *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 13, pp. 494-499.
31. Anwer AE (2004), “Removal of foreign bodies upper esophagus”, *Journal of Postgraduate Medicine Institute*, 18(4), pp. 681-684.
32. Ashraf O (2006), “Foreign body in the esophagus: a review”, *Sao Paulo Med J*, 124(6), pp. 346-349.
33. Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, Kalantzi N (2002), “Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases”, *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 21(4), pp. 653-656.
34. Balci AE, Eran S, Eren MN (2004), “Esophagus foreign bodies under cricopharyngeal level in children: An analysis of 1116 cases”, *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, Elsevier, USA, 3, pp. 14-18.
35. Baraka A, Bikhazi G (1975), “Oesophageal foreign bodies”, *British Medical Journal*, 1, pp. 561-653.
36. Bennett A, Sharma A, Price T, Montgomery PQ (2008), “The management of foreign bodies in the pharynx and oesophagus using transnasal flexible laryngo-oesophagoscopy”, *Ann R Coll Surg Engle*, 90, pp. 13-16.
37. Ciriza C, Garcia L, Suarez P, Jimenez C, Romero MJ, Urquiza O, Dajil S (2000), “What predictive parameters best indicate the need for emergent gastrointestinal endoscopy after foreign body ingestion?”, *J Clin gastroenterol*, 31(1), pp. 23-28.
38. Conway WC, Sugawa C, Ono H, Lucas CE (2007), “Upper GI foreign body: an adult urban emergency hospital experience”, *Surgical Endoscopy*, Springer, USA, 21, pp. 455-460.

39. Dahshan AH, Kevin Donovan G (2007), "Bougienage versus endoscopy for esophageal coin removal in children", *J Clin Gastroenterol*, 41(5), pp. 454-456.
40. Dhillon RS (1999), "Foreign bodies", *Ear, Nose and Throat and Head and Neck Surgery*, Churchill Livingstone, London, 2, pp. 83-85.
41. Harned RK, Strain JD, Hay TC, Douglas MR (1997), "Esophageal foreign bodies: safe and efficacy of Foley catheter extraction of coin", *AJR Am J Roentgenol*, 168(2), pp. 443-446.
42. Herranz- Gonzalez J, Martinez-Vidal J, Garcia-Sarandeses A, Vazquez-Barro C (1991), "Esophageal foreign bodies in adults", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 105(5), pp. 649-654.
43. Higo R, Matsomoto Y, Ichimura K, Kaga K (2003), "Foreign bodies in the aerodigestive tract in pediatric patients", *Auris nasus larynx*, 30(4), pp. 397-401.
44. Holinger LD (1994), "Foreign bodies of the airway and esophagus", *Current therapy in otolaryngology head and neck surgery*, Mosby-Year Book, USA, 6, pp. 470-478.
45. Isser DK (2005), "Rare and unusual presentation of multiple oesophageal foreign bodies in infant", *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 57(2), pp. 159-161.
46. Kashima HK and Gayler RW (1998), "Upper digestive tract evaluation and imaging", *Head and Neck Surgery Otolaryngology*, Lippincot Raven, New York, 44(6), pp. 589-597.
47. Khan MA, Hameed A, Choudhry AJ (2004), "Management of foreign bodies in the esophagus", *J Coll Physicians Surg Pak*, 14(4), pp. 218-220.
48. Khurana AK, Saraya A, Jain N, Aman V, Sen S (1998), "Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract", *Trop Gastroenterol*, 19(1), pp. 32-33.

49. Lai AT, Chow LT, Lee DT, Kwok SP (2003), "Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion", *Br J Surg*, 90(12), pp. 1531-1535.
50. Lee FP (2004), "Removal of fish bones in the oropharynx and hypopharynx under video laryngeal telescopic guidance", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 131(1), pp. 50-53.
51. Leong HK, Chan RK (1987), "Foreign bodies in the upper digestive tract", *Singapore Medical Journal*, 28(2), pp. 162-165.
52. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, Lioa Z (2006), "Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China", *Gastrointest Endosc*, 64(4), pp. 485-492.
53. Loh KS, Tan LK, Smith JD, Yeoh KH, Dong F (2000), "Complications of foreign bodies in the esophagus", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 123(5), pp. 613-616.
54. Lue A, MD (2000), "Fish bone impactions", *Grand rounds archives*, Kaiser Permanente, USA, 1, pp. 1-7.
55. Mahafza T, Batieha A, Suboh M, Khrais T (2002), "Esophageal foreign bodies: a Jordanian experience", *Int J Pediatr Otorinolaryngol*, 64(3), pp. 225-227.
56. McGahren ED (1999), "Esophageal foreign bodies", *Pediatrics in review*, 20, pp. 129-133.
57. Myles GM, Sylvan E (1983), "Foreign bodies of the pharynx and esophagus", *Pediatric Otolaryngology*, Elsevier, USA, pp. 1095-1109.
58. Nashef SAM, Klein C, Velley JF, Couraud L (1992), "Foreign body perforation of the normal oesophagus", *Eur J Cardiothorac Surg*, 6(10), pp. 565-567.

59. Nayak SR, Kirttane MV, Shah AK, Karnik PP (1984), "Foreign bodies in the cricopharyngeal region and oesophagus (a review of 226 cases)", *J Postgrad Med*, 30(4), pp. 214-218.
60. Nijhawan S, Shimpi L, Mathur A, Mathur V, Roop RR (2003), "Management of ingested foreign bodies in upper gastrointestinal tract: report on 170 patients", *Indian J Gastroenterol*, 22(2), pp. 46-48.
61. Nixon GW (1998), "Foley catheter method of esophageal foreign body removal: Extension of applications", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 13, pp. 494-498.
62. Park JH, Park CH, Lee SJ, Lee WS, Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS, Kim SJ (2004), "Review of 209 cases of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract and clinical factor for successful endoscopic removal", *Korean J Gastroenterol*, 43(4), pp. 226-233.
63. Pasha R, MD (2009), "Foreign body and caustic ingestion", *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Thomson Learning, USA, pp. 48-484.
64. Sankinsi U, Kocer B, Dural K, Kayhan B, Han S (2005), "A new and safe technique for removing cervical esophageal foreign body", *Turk J Gastroenterol*, 16(2), pp. 108-110.
65. Schild JA, Snow JB (1996), "Esophagology" *Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*, A Lea & Febiger Book, USA, 2, pp. 1221-1235.
66. Schunk JE, Harrison AM, Corneli HM, Nixon GW (1994), "Fluoroscopic foley catheter removal of esophageal foreign bodies in children: experience with 415 episodes", *Pediatrics*, 94(5), pp. 709-714.
67. Shirakumar AM, Naik AS, Prashanth KB, Yogesh BS, Hongal Girish F (2004), "Foreign body in the upper digestive tract: a retrospective study of 104 cases", *The Indian Journal of pediatrics*, 71(8), pp. 689-693.

68. Takubo K (2009), "Structure of the esophagus", *Pathology of the esophagus*, Springer, Japan, 2, pp. 8-10.
69. Wai PM, Chung LW, Kwok FH, Van HCA (2001), "A prospective study of foreign body ingestion in 311 children", *Int J pediatr Otorhinolaryngol*, 58(1), pp. 37-45.
70. Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, Mooney D, Johnes D, Fleisher G (2005), "A Randomized Clinical Trial of the Management of Esophageal Coin in the children", *American Academy of pediatrics*, 116(3), pp. 614-619.
71. Webb WA (1995), "Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract update", *Gastrointest Endosc*, 42(1), pp. 39-51.
72. Yang M-C, Lee S-W, Huang Y-G, Yeh AR (2005), "Acute mediastinitis resulting from an unsuspected fish bone-case report", *Int Journal of Clinical Practice*, 59(147), pp. 45-47.

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Giải phẫu và sinh lý họng.....	4
1.2. Giải phẫu thực quản.....	10
1.3. Sinh lý thực quản.....	13
1.4. Bệnh học dị vật đường ăn.....	14
1.5. Sơ lược lịch sử nghiên cứu dị vật đường ăn trong và ngoài nước.....	21
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	24
2.2. Phương pháp nghiên cứu	24
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	36
3.1. Đặc điểm chung.....	36
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân	40
3.3. Kết quả điều trị.....	51
Chương 4. BÀN LUẬN	55
4.1. Đặc điểm chung.....	55
4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân	58
4.3. Kết quả điều trị.....	69
KẾT LUẬN	75
KIẾN NGHỊ	77
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	