

4. Quyết định số 92/QĐ-TTg ngày 09 tháng 01 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013-2020.

5. Bộ Y tế, 2007, Báo cáo y tế Việt Nam 2006 công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

6. Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV

ngày 05 tháng 06 năm 2017 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ về việc hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế của nhà nước.

7. Bùi Diệu, 2010, Thực trạng quá tải trong điều trị nội trú tại bệnh viện K năm 2009, Tạp chí Y học thực hành (739) - số 10/2010.

8. Lê Quang Cường và Lý Ngọc Kính, 2011, Nghiên cứu thực trạng quá tải, dưới tải của hệ thống bệnh viện các tuyến và đề xuất các giải pháp khắc phục, Đề tài nghiên cứu khoa học Bộ Y tế.

## NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ÁP XE TRUNG THẮT DO THÙNG THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

NGUYỄN ĐỨC CHÍNH, PHẠM VŨ HÙNG  
<sup>1</sup>Khoa Phẫu thuật nhiễm khuẩn, Bệnh viện Việt Đức

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Áp xe trung thất lan tỏa là bệnh lý nhiễm trùng nặng, nguồn gốc do thùng thực quản hoặc bệnh lý răng miệng, việc xử lý cho đến nay vẫn là thử thách đối với phẫu thuật viên vì nguy cơ tử vong cao ngay cả khi được điều trị tích cực. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi muốn đánh giá kết quả điều trị rút ra kinh nghiệm xử lý bệnh nhằm giảm tỷ lệ tử vong.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu các trường hợp áp xe trung thất do thùng thực quản được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ 2014 đến 2015, bao gồm các trường hợp tử vong và nặng nề. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Estrera (1983).

**Kết quả:** Tổng số có 23 trường hợp, tỷ lệ nữ / nam là 1/7; Tuổi trung bình:  $48 \pm 23,3$ ; Các nguyên nhân chính: Chấn thương 4,4%, Hóc xương 60,9%, Bệnh lý 34,7%. Vị trí thùng thực quản: 1/3 trên chiếm 47,8%, 1/3 giữa chiếm 30,4%, 1/3 dưới chiếm 21,8%. Có 13 trường hợp biến chứng vỡ mũ màng phổi, 2 mũ màng tim. Xử lý dẫn lưu áp xe: 45,5% đường cổ, 56,5% kết hợp dẫn lưu mũ màng phổi, mở cửa sổ màng tim 8,7%. Nội soi thực hiện được 19 trường hợp, chiếm 82,6%. Biến chứng sau mổ gồm chảy máu 4,4%, suy đa tạng 17,4%. Kết quả điều trị: Ra viện 82,6%, nặng nề và tử vong chiếm 17,4%.

**Kết luận và kiến nghị:** Từ kết quả nghiên cứu và tham khảo tài liệu cho thấy áp xe trung thất vẫn còn tỷ lệ tử vong cao do nhiễm khuẩn nặng cũng như phụ thuộc vào thái độ xử lý. Trong cấp cứu chỉ nên làm dẫn lưu mũ và mở thông dạ dày/hồng tràng nuôi dưỡng, hồi sức và kháng sinh. Nội soi thực quản có giá trị để đánh giá thương tổn và lấy dị vật nên làm thường quy.

Chịu trách nhiệm: Phạm Vũ Hùng

Email: hungpv5271@yahoo.com

Ngày nhận: 26/4/2017

Ngày phản biện: 18/5/2017

Ngày duyệt bài: 30/5/2017

Ngày xuất bản: 20/6/2017

**Từ khóa:** Áp xe trung thất lan tỏa, thùng thực quản, viêm tấy sàn miệng lan tỏa Ludwig.

### SUMMARY

**REMARKS ON SURGICAL MANAGEMENT FOR DESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS DUE TO ESOPHAGEAL PERFORATION AT VIET DUC HOSPITAL**

**Introduction:** Descending necrotising mediastinitis (DNMs) is a very severe infection that may complicate a primary odontogenic or pharyngeal focus. Despite modern therapy has been developed, the mortality rate remains high and the management is still challenging. Aim of study is to evaluate the outcome of management in order to improve the quality of treatment.

**Materials and methodology:** Retrospective and prospective study of DNMs have been treated in the department of septic surgery of Viet Duc from 2014 to 2015, including the death in hospital and discharged to die at home. The diagnosis of DNMs was based on the criterias of DNMs introduced by Estrera (1983).

**Results:** Among cases of DNMs, the ratio of female and male is 1/7, average age was  $48 \pm 23.3$  years old. The esophagus was perforated mostly by foreign bodies (bones) in 60.9%, pathologies in 34.7%, and injuries in 4.4%. The locations of perforation are 1/3 upper of esophagus in 47.8%, and 1/3 median in 30.4%, and 1/3 lower in 21.8%. There were 13 cases complicated pleural effusion and 2 cases complicated pericarditis. Surgical managements were performed on emergency included cervical drainage in 45.5%, and 56.5% associated with thoracic drainage, pericardic window open was performed in 8.7%. The fibrogastro endoscopy however was indicated in 19 cases, in 82.6%. Postoperative complication was accounted in 21.8%, including bleeding 4.4%, multiple organ failure in 17.4%. The outcomes were good in 82.6%, and the mortality was in 17.4%.

**Conclusions and recommendations:** Results of study as well as literature reviewing showed that the mortality and morbidity of DNMs are high, depending on severity of disease and experience of management.

*It can be treated successfully by abscess drainage and gastrostomy on emergency. The endoscopy could be performed as the routine procedure on emergency for evaluation of esophageal lesions and for removal of the foreign bodies.*

**Keywords:** Descending Necrotizing Mediastinitis; Esophageal perforation; Ludwig's angina.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe trung thất lan tỏa (AXTTLT) là nhiễm khuẩn nặng nguyên nhân gặp nhiều nhất do thủng thực quản do dị vật, do thầy thuốc gây nên khi thăm khám, do bệnh lý (hội chứng Boerhaave). Bên cạnh đó còn có các nguyên nhân khác do nhiễm trùng xung quanh lan tới như viêm tấy sàn miệng lan tỏa, do lao hạch /lao cột sống lan vào trung thất, đặc biệt viêm tấy sàn miệng lan tỏa được coi như nguyên nhân chính ngoài nguyên nhân thủng thực quản [1,2,3].

Cho đến nay ngay cả khi được điều trị tích cực tỷ lệ tử vong có thể từ gần 60% trong nhiều các báo cáo. Bệnh nhân tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng suy đa tạng, hoặc chảy máu cấp tính do tổn thương các mạch lớn. Ngoài ra bệnh nhân có thể tử vong do suy hô hấp cấp vì chèn ép, phù nề hoặc chảy máu gây tắc nghẽn đường thở nhất là do nguyên nhân viêm tấy sàn miệng lan tỏa [1,3,4,5].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này qua đánh giá kết quả điều trị các trường hợp AXTTLT nguyên nhân do thủng thực quản được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức, qua đó rút ra kinh nghiệm xử lý để giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

### SỐ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Số liệu:

Các trường hợp áp xe trung thất do thủng thực quản được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức trong hai năm 2014 – 2015, bao gồm cả các trường hợp tử vong.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả lâm sàng các trường hợp áp xe trung thất trong thời gian trên.

Chẩn đoán xác định áp xe trung thất theo tiêu chuẩn Estrera (1983):

- *Dấu hiệu nhiễm khuẩn nặng*
- *Hình ảnh áp xe trung thất trên chẩn đoán hình ảnh*
- *Bằng chứng qua phẫu thuật hoặc pháp y*
- *Có liên quan đến nhiễm khuẩn vùng răng miệng hoặc bằng chứng thủng thực quản.*

*Các biến nghiên cứu bao gồm:*

Tuổi, giới, nguyên nhân gây áp xe, dấu hiệu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, xử trí và kết quả điều trị được ghi nhận theo bệnh án mẫu.

*Các trường hợp loại trừ:*

Bệnh nhân không được phẫu thuật hoặc không làm pháp y nếu không được phẫu thuật, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, bệnh nhân và gia đình từ chối tham gia.

#### 3. Đạo đức nghiên cứu:

Thông tin người bệnh được giữ kín và chỉ phục vụ nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được quyền rút khỏi nghiên cứu khi không có sự thỏa thuận.

### KẾT QUẢ

Tổng số có 23 trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn

của Estrera. Tuổi trung bình:  $48 \pm 23,3$  tuổi, thấp nhất: 23 tuổi, cao nhất: 71 tuổi.

**Giới:** Hầu hết là nam giới (87%),

**Nguyên nhân:** Gặp chủ yếu do hóc xương. Chấn thương chiếm 4%, Dị vật chiếm 61%, Bệnh lý chiếm 35%

**Bảng 1: Vị trí thủng thực quản**

Vị trí thủng	N	%
1/3 trên	11	47,8
1/3 giữa	7	30,4
1/3 dưới	5	21,8
Tổng	23	100

Vị trí thủng cho thấy chủ yếu gặp ở vị trí 1/3 trên của thực quản.

**Bảng 2: Xử lý phẫu thuật cấp cứu**

Các xử lý cấp cứu	N	%
Dẫn lưu TT		
Dẫn lưu đường cổ đơn thuần	12	52,2
Dẫn lưu cổ + ngực	6	26,1
Dẫn lưu ngực đơn thuần	4	17,4
Dẫn lưu qua nội soi ngực hỗ trợ	1	4,3
Dẫn lưu màng phổi phổi hợp	10	43,5
Bóc vỏ màng phổi	1	4,3
Mở cửa sổ màng tim	1	4,3
Xử lý vết thương mạch máu	1	4,3

Nội soi thực hiện được 19 trường hợp (82,6%), lấy dị vật 10 trường hợp (43,5%).

**Bảng 3: Biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	N	%
Chảy máu vết mổ	1	4,4
Suy đa tạng	4	17,4
Nhiễm khuẩn nặng vết mổ	16	26

Kết quả điều trị có 19 trường hợp ra viện, chiếm 82,6%. Tử vong có 4 trường hợp, chiếm tỷ lệ 17,4% nguyên nhân do suy đa tạng, suy hô hấp và chảy máu.

### BÀN LUẬN

Áp xe trung thất hay áp xe trung thất lan tỏa (AXTTLT - Descending Mediastinal Infections) được Pearse HE mô tả lần đầu tiên năm 1938 là bệnh lý nhiễm trùng nặng của tổ chức liên kết vùng cổ, lan rộng đến ngực và bệnh nhân tử vong hầu hết do không được điều trị hoặc không thể điều trị được. Nhiều các báo cáo cho thấy nguyên nhân chính gây AXTTLT do thủng thực quản vì hóc hoặc nuốt dị vật, vật liệu cố định cột sống cổ chọc thủng, do thầy thuốc gây nên khi tiến hành nội soi, do bệnh lý của thực quản (hội chứng Boerhaave vỡ túi thừa thực quản).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết áp xe trung thất gặp ở nam giới, đặc biệt lứa tuổi trung bình là 48 tuổi, và gặp đa phần do hóc xương/dị vật gây thủng thực quản. Điều này cũng giúp cho việc khuyến cáo đến các yếu tố nguy cơ để dự phòng biến chứng AXTTLT do thủng thực quản thay đổi thói quen ăn uống.

Về mặt giải phẫu do có các đoạn hẹp sinh lý đã phần dị vật hóc và gây tổn thương đến thực quản ở 1/3 trên và 1/3 dưới. Tổn thương bệnh lý có thể gặp ở đoạn 1/3 dưới trong hội chứng Boerhaave. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân thủng thực quản không do nguyên nhân hóc (bảng 1 và 2) [2].

Các xử lý cấp cứu hầu hết bệnh nhân được dẫn lưu mũ đường cổ là đủ. Chỉ có trường hợp đã khu trú

áp xe ở trung thất sau, hoặc tổn thương vỡ màng tim bất buộc mở ngực. Tuy nhiên tiến bộ điều trị ngày nay có thể thực hiện bằng phẫu thuật nội soi ngực hỗ trợ hoặc dẫn lưu mủ dưới siêu âm. Chúng tôi có 1 trường hợp dẫn lưu áp xe dưới siêu âm và cho kết quả tốt. Riêng tổn thương thực quản không xử lý trong cấp cứu như các tác giả đã đưa ra. Đường mổ dẫn lưu cần cứ vào hình ảnh chụp CLVT xác định vị trí và mức độ lan tỏa. Nội soi có giá trị đánh giá thương tổn khi trên phim X quang chưa rõ ràng khu trú hoặc nghi ngờ dị vật. Nội soi cũng giúp lấy dị vật và kết hợp mở thông để nuôi dưỡng. Chúng tôi thực hiện được 19 nội soi trong cấp cứu. Theo khuyến cáo của nhiều tác giả nội soi nên thực hiện thường qui kết hợp điều trị phẫu thuật trong cấp cứu [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nặng về và tử vong có 4 trường hợp, chiếm tỷ lệ 17,4 %. 4 trường hợp do nhiễm trùng nặng, suy hô hấp và suy đa tạng, 1 tổn thương mạch máu. Trong nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy tổn thương mạch máu: dưới đòn, mạch cảnh do áp xe lan rộng, hoặc dị vật trực tiếp tổn thương vào quai động mạch chủ hầu như không có ca nào cứu được. Nghiên cứu của chúng tôi trước đây có bệnh nhân nôn máu ồ ạt ngay khi vào cấp cứu và không thể cứu được nguyên nhân tổn thương quai động mạch chủ.

#### KẾT LUẬN

Áp xe trung thất lan tỏa là một nhiễm trùng nặng, nguy cơ tử vong rất cao. Nguyên nhân có nhiều trong đó một trong những nguyên nhân hay gặp là do thủng thực quản. Ngoài các phương pháp điều trị

phẫu thuật như dẫn lưu mủ đường cổ, hoặc đường cổ và mở ngực theo mức độ tổn thương thì chọn phương pháp gây mê/tê và thông khí cấp cứu rất quan trọng do bệnh nhân hầu hết bị chèn ép hoặc tắc nghẽn đường thở. Chọn đường mổ vào để dẫn lưu mủ cần nghiên cứu kỹ bệnh nhân và hình ảnh X quang. Nội soi cần được tiến hành thường qui trong cấp cứu mục đích đánh giá thương tổn và điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Dalokay Kilic, Alper Findikcioglu, Ufuk Ates et al (2010).** Management of Descending Mediastinal Infections with an Unusual Cause: A Report of 3 Cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* Vol.16,No.3:189-202.
2. **Luis Miguel Melero Sancho, Helio Minamoto, Angelo Fernandez et al. (1999).** Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. *European Journal of Cardiothoracic surgery* 16, 200 -205.
3. **Henrique Jose da Mota; Manoel Ximenes Netto; Aldo da Cunha (2007).** Postemetic rupture of the esophagus Boerhaave's syndrome. *J.bras.pneumol.vol.33.no.4 Sao Paulo.*
4. **E.Weaver; X. Nguyen; M.A.Brooks (2010).** Descending Necrotising Mediastinitis: two case reports and review of the literature. *Eur Respir Rev.*;19(116):141-9.
5. **Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP and Platt MR.** Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157:545 - 552.

## THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN MAHOSOT, VIỄN CHÃN, CỘNG HÒA DÂN CHỦ NHÂN DÂN LÀO, 2016

NINGNONG XAINAVONG<sup>1</sup>, PHẠM HUY TUẤN KIỆT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Đại học Sức khỏe Lào - Bộ Y tế Lào

<sup>2</sup> Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Mahosot là một bệnh viện tuyến trung ương của Lào. Nghiên cứu về nhân lực tại bệnh viện là cần thiết cho lập kế hoạch chiến lược. Phương pháp mô tả cắt ngang thu thập dữ liệu hồi cứu. Phương pháp định lượng kết hợp với định tính.

Y bác sĩ chiếm 28,2% tổng số cán bộ; 12,3% có trình độ đào tạo thạc sĩ/ CK1, 9,6% tốt nghiệp đại học, 3,4% có trình độ đào tạo tiến sĩ/ CK2. Điều dưỡng và dược sĩ chiếm 33,6% và 9,7% trên tổng số cán bộ. 47% cán bộ công tác tại các khoa lâm sàng, 33,6% tại các đơn vị hành chính/ hỗ trợ, 10,8% tại các khoa

cận lâm sàng. Số y bác sĩ trên một giường bệnh là 0,5, số điều dưỡng trên một giường bệnh là 0,7, tỷ suất dược sĩ/ y bác sĩ là 0,4; tỷ suất y bác sĩ/ điều dưỡng là 0,8. Thiết hụt nhân lực và mất cân đối nguồn lực giữa các khoa phòng do chỉ tiêu kế hoạch chưa hợp lý cũng như thiếu hụt nguồn kinh phí thu hút. Giải quyết nguyên nhân tận gốc là khuyến nghị của nghiên cứu.

**Từ khóa:** Bệnh viện, nhân lực, Mahosot, Lào

#### SUMMARY

**RESEARC SITUATION OF HUMAN RESOURCES AT MAHOSOT HOSPITAL, VIENNA, LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC IN 2016.**

Mahosot is one of the largest central hospitals in Laos. Research on the human resource situation of the Hospital is necessary for strategic planning. A cross-sectional descriptive study is to collect retrospective data. Quantitative and qualitative methods are used. Doctors/ physicians cover 28.2% of the staff; 12.3% have master's degree/ CKI degree,

Chịu trách nhiệm: Ningnong Xainavong

Email: ningnong2012@gmail.com

Ngày nhận: 02/5/2017

Ngày phân biện: 23/5/2017

Ngày duyệt bài: 31/5/2017

Ngày xuất bản: 20/6/2017