

# Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng áp xe trung thất do thủng thực quản điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

## The clinical and paraclinical features of descending necrotizing mediastinitis caused by esophageal perforation had been treated at Viet Duc University Hospital

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

\*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,  
\*\*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng áp xe trung thất do thủng thực quản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu các trường hợp chẩn đoán áp xe trung thất do tổn thương thực quản được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 9/2016 đến 9/2019, bao gồm các trường hợp tử vong, cho về. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Estrera (1983), phân loại theo Endo S (1999). **Kết quả:** Tổng số có 40 trường hợp, tuổi trung bình:  $48,5 \pm 17,74$  tuổi, nam giới chiếm 82,5%. Nguyên nhân tổn thương thực quản do chấn thương chiếm 80%, chủ yếu hóc xương; do bệnh lý 20%, trong đó hội chứng Boerhaave chiếm 62,5%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất ở 1/3 trên (thực quản cổ) chiếm 70%, thực quản ngực (1/3 giữa) chiếm 12,5% và thực quản ngực (1/3 dưới) 17,5%. Phân độ theo Endo: Type I: 28 bệnh nhân chiếm 70%, không có type IIa, type IIb có 12 trường hợp, chiếm 30%. Dấu hiệu lâm sàng chính: Nuốt khó 35%, đau ngực 42,5%, sốt và khó thở 75%. Khám tại chỗ: Đau máng cảnh 47,5%, mất lọc cọc thanh quản - cột sống 52,5%, tràn khí dưới da 50%. Hình ảnh X-quang: Cắt lớp vi tính có độ nhạy và đặc hiệu cao, dịch khí trung thất (97,5%), hình ảnh thâm nhiễm (95%). 25/40 trường hợp phân lập được vi khuẩn/nấm (62,5%). Vi khuẩn Gram (+) phổ biến *Streptococcus species* (44%), *Enterococcus faecalis* (24%), vi khuẩn Gram (-) phổ biến *Acinetobacter baumannii* (24%), *Klebsiella pneumoniae* (12%), *Pseudomonas aeruginosa* (8%). Nấm: Phân lập được 6/24 trường hợp chiếm 25%. **Kết luận:** Áp xe trung thất do thủng thực quản là biến chứng nhiễm khuẩn nặng, với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng.

**Từ khóa:** Thủng thực quản, áp xe trung thất.

### Summary

**Objective:** To describe clinical and para-clinical which contributes to the diagnosis. **Subject and method:** A prospective study of mediastinal abscess due to perforation of the esophagus had been treated at Viet Duc Hospital from 1/2016 to 10/2019 including the deaths and discharged to die. The diagnosis criterias of mediastinal abscess was based on Estrera (1983) criterias, classified by Endo S (1999). **Result:** A total of 40 cases, average age:  $48.5 \pm 17.4$  years old, accounting 82.5% male. The cause of esophageal perforation due to injury accounted for 70%, mainly by bone; due to disease 30%, in

Ngày nhận bài: 14/3/2022, ngày chấp nhận đăng: 31/3/2022

Người phản hồi: Phạm Vũ Hùng, Email: hungpv5271@yahoo.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

which Boerhaave syndrome accounted for 62.5%. The most common lesions in the upper third (cervical esophagus) accounted for 65%, at thoracic level (the middle third) accounted for 15%, and at thoracic level (the lower third) accounted for 20%. Classified by Endo: type I had 28 patients, accounting for 70%, no type IIa, type IIb had 12 cases, accounting for 30%. The main clinical signs: swallowing pain 35%, chest pain 42.5%, fever and difficulty breathing 75%. Local examination: Pain in carotid region 47.5%, loss of sound between laryngeal - spine 52.5%, subcutaneous emphysema 50%. X-ray examination: CT had high sensitivity and specificity, infiltration hypodensity images 95%, mediastinal gas 97.5%. 25/40 cases of bacteria/fungi were isolated (60%). Common Gram (+) bacteria had *Streptococcus species* (44%), *Enterococcus faecalis* (24%); Common Gram (-) had *Acinetobacter baumannii* (24%), *Klebsiella pneumoniae* (12%), *Pseudomonas aeruginosa* (8%). Fungus was isolated 6/24 cases, accounted for 25%. **Conclusion:** Descending necrotizing mediastinitis caused by esophageal perforation is a serious infectious complication and result in life threatening, with characteristics of clinical and para-clinical features.

**Keywords:** Perforation of the esophagus, mediastinal abscess, descending necrotizing mediastinitis.

## 1. Đặt vấn đề

Áp xe trung thất (AXTT) là nhiễm khuẩn nặng, nguy cơ tử vong cao, nguyên nhân do bệnh lý nhiễm khuẩn răng miệng, họng, đặc biệt liên quan đến tổn thương thực quản (TQ).

Áp xe trung thất hay áp xe trung thất lan tỏa (AXTTLT) được Pearse HE [1] mô tả lần đầu tiên năm 1938 là một bệnh lý nhiễm trùng nặng của tổ chức liên kết vùng cổ, lan rộng đến ngực và bệnh nhân tử vong hầu hết do không được điều trị hoặc không thể điều trị được. Nguyên nhân gây AXTT có nhiều, nhưng thường liên quan đến nhiễm trùng răng, miệng, lao hạch, ung thư... Trong đó nguyên nhân gặp chủ yếu do tổn thương thực quản và là thể AXTT nặng, tỷ lệ tử vong cao. Mặc dù có những tiến bộ về điều trị và hồi sức cho đến nay AXTT vẫn còn tử vong cao đến gần 60% trong một số các báo cáo nhất là do nguyên nhân từ TQ [1-4].

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

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:*

Các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán AXTT do tổn thương thực quản được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, thời gian từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2019.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán AXTT theo Estrera [3]*

Biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng nhiễm khuẩn nặng. Hình ảnh điển hình áp xe trên cắt lớp vi tính.

Mối liên hệ giữa các bệnh lý vùng hầu họng và quá trình tiến triển thành áp xe có bằng chứng qua phẫu thuật hoặc qua pháp y.

*Phân loại theo Endo S (1999) [4]*

Type I: Khối mủ hoàn toàn khu trú ở vùng cổ nằm trung thất trên chỗ chia nhánh khí quản (Tracheal Bifurcation - Carina).

Type II: Gồm type IIa mủ hoàn toàn nằm phía trước trên trung thất; type IIb mủ lan phía sau dưới trung thất hay nằm ở sau tim.

*Tiêu chuẩn loại trừ*

Các trường hợp AXTT không do nguyên nhân từ tổn thương TQ.

Bệnh nhân và gia đình từ chối tham gia nghiên cứu.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

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

## 2.2. Phương pháp

Tiến cứu, mô tả lâm sàng, theo dõi dọc, không so sánh.

Thiết kế mẫu bệnh án thu thập thông tin.

Cỡ mẫu: Lựa chọn mẫu thuận tiện, tất cả BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2019.

### Biến nghiên cứu

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

Kết quả điều trị ngoại khoa trong cấp cứu.

## 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## 2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Mọi thông tin cá nhân trong nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

## 3. Kết quả

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

#### 3.1.1. Đặc điểm chung

##### Tuổi, giới

Tổng số 40 trường hợp, nam chiếm 82,5%, nữ, 17,5%, tỷ lệ nam : nữ là 4,7: 1. Độ tuổi mắc nhiều từ 36 - 60 (57,5%). Tuổi trung bình  $48,5 \pm 17,74$  năm.

##### Triệu chứng thực thể

**Bảng 2. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể	Số BN (n = 40)	Tỷ lệ %
Sung cổ	25	62,5
Mất lọc cọc thanh quản-cột sống	21	52,5
Đau máng cảnh	19	47,5
Tràn khí dưới da cổ	20	50,0
Rì rào phế nang phổi giảm	13	32,5

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là sung cổ 62,5%.

### Nguyên nhân tổn thương TQ

Do chấn thương chiếm phần lớn 32/40 (80%), bệnh lý 8/40 (20%). Trong nguyên nhân chấn thương 30/32 (93,6%) do hóc xương, 2/32 do tai nạn.

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

### Thời gian từ khi bị bệnh đến khi khám bệnh

Đến viện trước 24 giờ: 4 bệnh nhân chiếm 10%, ngày thứ 2 - 3: 7 bệnh nhân chiếm 17,5%, từ 3 ngày đến 7 ngày: 10 bệnh nhân chiếm 25%, sau 7 ngày: 19 bệnh nhân chiếm 47,5%.

### Phân loại theo Endo S

Type I có 28 bệnh nhân chiếm 70%, type IIa không có, type IIb có 12 trường hợp chiếm 30%.

#### 3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

##### Triệu chứng cơ năng

**Bảng 1. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Số BN (n = 40)	Tỷ lệ %
Sốt	30	75,0
Đau cổ	24	60,0
Đau ngực	17	42,5
Khó thở	30	75,0
Nuốt khó	14	35,0
Ho nhiều	14	35,0
Nôn máu	2	5,0

Nhận xét: Bệnh nhân đến thường có sốt 75%, khó thở do chèn ép của tổ chức viêm vào đường thở đây là dấu hiệu nhiễm trùng nặng.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3. Hình ảnh X-quang cắt lớp vi tính của áp xe trung thất**

Cận lâm sàng		Số BN (n = 40)	Tỷ lệ %
X-quang	Dị vật cản quang	11	27,5
	Dày phần mềm trước cột sống cổ	21	52,5
	Mức nước hơi trung thất	22	55
	Trung thất giãn rộng	14	35,0
	Tràn dịch màng phổi	11	27,5
Cắt lớp vi tính	Dị vật	15	37,5
	Trung thất có thâm nhiễm giảm tỉ trọng	38	95,0
	Dịch khí trung thất	39	97,5
	Dịch màng phổi	18	45,0
	Thực quản mất liên tục	8	25,0
	Thoát thuốc cản quang ra ngoài TQ	22	55,0
	Tổn thương quai ĐMC	3	7,5

Nhận xét: Dị vật phát hiện trên X-quang 11/17 BN (64,7%), cắt lớp vi tính 15/17 BN (88,2%). X-quang gặp nhiều hình mức nước hơi trung thất 55%. CT thấy hình ảnh thâm nhiễm trung thất, dịch khí trung thất 38 BN (95%). TQ mất liên tục 8 BN (25%), thoát thuốc ra ngoài TQ có 22 BN (55%).

Kết quả soi thực quản

**Bảng 4. Vị trí tổn thương TQ (cách cung răng trên)**

Vị trí thủng TQ	Số BN (n = 40)	Tỷ lệ %
1/3 trên (15 - 24cm)	28	70
1/3 giữa (24 - 32cm)	5	12,5
1/3 dưới (32 - 40cm)	7	17,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Nhận xét: Hay gặp nhất ở 1/3 trên (TQ cổ) chiếm 70%, TQ ngực (1/3 giữa) chiếm 12,5%, và TQ ngực (1/3 dưới) 17,5%, không có trường hợp nào tổn thương TQ đoạn bụng.

Tổn thương thực quản theo AAST

**Bảng 5. Phân độ tổn thương TQ theo AAST**

Mức độ tổn thương	Số BN (n = 40)	Tỉ lệ %
Độ I	1	2,5
Độ II	21	52,5
Độ III	15	37,5
Độ IV	2	5,0
Độ V	1	2,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Rách thực quản chủ yếu độ II 21 bệnh nhân chiếm 52,5%. Rách thực quản độ III có 15 bệnh nhân chiếm 37,5%.

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

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

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

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

Nấm: Phân lập được 6/24 trường hợp: Chiếm 25%.

#### 4. Bàn luận

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

###### 4.1.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Tuổi trung bình bệnh nhân của chúng tôi là  $48,5 \pm 17,74$  năm, độ tuổi mắc là người lớn ăn nhiều loại thức ăn có xương và hay có tính chủ quan trong ăn uống nên dễ bị hóc xương lớn nhọn gây thủng TQ, kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Đức Chính và cộng sự  $54,6 \pm 6,7$  năm [2]. So sánh với nghiên cứu của tác giả Arizaga S [5] tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn.

Giới: Nam nhiều hơn nữ giống như các tác giả khác vì bình thường nam thường ăn nhiều hơn nữ và tính chủ quan ăn thường nhanh hơn nhiều nên dễ bị mắc dị vật TQ.

###### Nguyên nhân thủng thực quản

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

###### 4.1.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

###### Đặc điểm lâm sàng:

Thời gian tiến triển bệnh đến lúc khám: Thời gian mắc bệnh (từ khi bị đến khi vào viện) trung bình  $6,9$  ngày  $\pm 4,6$  ngày. Đa số các trường hợp AXTT sau can thiệp y tế đến khám sớm hơn, hoặc do hội chứng Boerhaave. Tuy nhiên các bệnh nhân AXTT do dị vật lại đến muộn vì vấn đề tâm lý (sợ người nhà biết). Nguyễn Đức Chính (2015) trung bình 4,5 ngày, Muhammad Arza (2016) [6] trung bình tới 9,4 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện sau 3 ngày

chiếm 27,5%, sau 1 tuần chiếm 45%. Hầu hết bệnh nhân đến trong tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng như sốt cao hay tụt nhiệt độ, cổ sưng bạnh, khó thở, bạch cầu cao, toàn trạng suy sụp.

###### Biểu hiện lâm sàng

###### Cơ năng:

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

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

###### Thực thể:

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

Trường hợp tràn dịch/mủ màng tim tiếng tim mờ. Tuy nhiên tình trạng sốc nhiễm khuẩn sẽ khó thở, suy hô hấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi sưng đau cổ chiếm tỷ lệ 62,5%, đau máng cảnh 47,5%; mất lọc cọc TQ-CS chung 52,5%, tràn khí dưới da chiếm 50%; Mất lọc cọc TQ-CS 75% ở type I (Bảng 2).

###### Đặc điểm cận lâm sàng

###### Chụp X-quang ngực không chuẩn bị:

X-quang thường không chuẩn bị cổ ngực thấy tràn khí dưới da hoặc khí trung thất (TT) 55% độ đặc hiệu lên đến 90%, dày phần mềm trước cột sống cổ 52,5%, hình TT giãn rộng 35%, tràn dịch màng phổi 27,5%, trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính và cộng sự (2015), 65% hình TT rộng, 32% có hình khí hơi. Theo các tác giả khác chụp phim thường dấu hiệu có khí vùng trước cột sống cổ rất quan trọng trong chẩn đoán tổn thương TQ. Nếu tổn thương thực quản đoạn ngực hay bụng, khí sẽ xuất hiện

vùng trung thất sau hoặc 2 bên, hoặc dưới hoành bên trái. Khí dịch màng phổi thường xuất hiện trong khoảng 77% các trường hợp trong đó dịch khí trung thất chiếm 70% bên phải, 20% xuất hiện bên trái, và khoảng 10% dịch khí xuất hiện cả 2 trung thất. Nếu dịch khí màng phổi xuất hiện bên trái có thể là tổn thương thực quản ở 1/3 dưới. Đây là những dấu hiệu quan trọng giúp cho không chỉ chẩn đoán mà còn định hướng xử lý điều trị trong cấp cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh phổ biến của X-quang thường qui là mức nước hơi trung thất 55%, dày phần mềm trước CSC 52,5%; trung thất giãn rộng chiếm 35% (Bảng 3 - 4).

#### Chụp cắt lớp vi tính:

Theo Putra MA và cộng sự [6] nếu khám xét lâm sàng có thể chẩn đoán tới 75%, nếu kết hợp với chẩn đoán hình ảnh bao gồm cả siêu âm chẩn đoán xác định từ 95% hoặc hơn AXTT và nguyên nhân. Theo một số tác giả khác hình ảnh AXTT trên phim CLVT cho thấy 100% giảm mật độ, dịch trung thất 55%, bóng khí trung thất 57,5%, hạch trung thất 35% mờ khoang cạnh tim 27,5%, dịch màng phổi 85%, thâm nhiễm phổi 35%, rò màng phổi trung thất 2,5%. Đặc biệt ở bệnh nhân AXTT lan tỏa độ nhạy là 100% trong khi bệnh nhân nghi ngờ thủng thực quản thì độ nhạy và độ đặc hiệu cũng tới 100% [7], [8].

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

Trong nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán trên phim CLVT được 100%, độ nhạy 98%, độ đặc hiệu 100%, trong đó thấy hình ảnh dị vật là 35,7% (type I) và 8,3% (type II); Hơi khí TT 50% (type I), 100% (type II). Dịch khí TT, giảm tỷ trọng CLVT 96,4 và 92,9%.

#### Nội soi thực quản:

Vị trí thủng hay gặp nhất là vị trí sau sụn giáp nhẵn. Chỗ màn hầu là điểm yếu đầu tiên của TQ (tam giác Kilian). Một số các trường hợp thủng TQ do thầy thuốc gây ra còn gặp như trong quá trình đặt sonde dạ dày khó khăn, do đặt nội khí quản hoặc do mở khí quản, phẫu thuật vùng TT như cắt

phổi, phẫu tích mù TQ bụng, phẫu thuật cột sống cổ, cắt tuyến giáp...

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

#### Vi sinh vật:

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

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

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

## 5. Kết luận

Áp xe trung thất nguyên nhân tổn thương thực quản là một nhiễm khuẩn nặng, với những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng việc nhận biết rõ tính chất này góp phần chẩn đoán bệnh sớm và điều trị phù hợp.

## Tài liệu tham khảo

1. Pearse HE (1938) *Mediastinitis following cervical suppuration*. Ann Surg 108(4): 588-611.
2. Nguyen Duc Chinh, Tran Tuan Anh, Pham Vu Hung, Pham Gia Anh, Philipp Omar Hannah, Tran Dinh Tho (2017) *Experience on diagnosis of*

- descending necrotizing mediastinitis at Viet Duc Hospital. The THAI Journal of SURGERY 38: 22-26.*
3. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP and Platt MR (1983) *Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 157: 545-552.*
  4. Endo S, Murayama F, Hasegawa T, Yamamoto S, Yamaguchi T et al (1999) *Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 47: 14-19.*
  5. Arizaga S, Rodas EB, Pino R et al (2015) *Descending necrotizing cervicmediastinitis secondary to esophageal perforation: Management in a hospital with limited resources. Paramerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery 4(1): 23-29.*
  6. Putra MA, Romolo H, Syafina AB et al (2016) *Descending necrotizing mediastinitis: Management and controversies. Cardiovascular and Thoracic Open 2: 1-5.*
  7. Javaherzadeh M, Bastar J, Pejhan S et al (2006) *Management of delayed diagnosed esophageal perforation. Tanaffos 5(1): 51-57.*
  8. Weaver E, Nguyen X, Brooks MA (2010) *Descending necrotizing mediastinitis: Two case reports and review of the literature. Eur. Respir. Rev 19(116): 141-149.*