

Túi thừa khí quản - nhân một trường hợp

Tracheal diverticulum - in one case

Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi Trung ương

Tóm tắt

Túi thừa khí quản (Tracheal diverticulum - DV) là một loại nang khí quản (paratracheal air cyst-PTAC) thường không có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Túi thừa khí quản được chia thành hai phân nhóm: Bẩm sinh và mắc phải. Đa số bệnh nhân DV không có triệu chứng. Khi có nhiễm trùng túi thừa, đặc biệt mạn tính bệnh nhân có thể xuất hiện triệu chứng đau cổ, khó nuốt, chảy nước mắt, khàn tiếng, ho ra máu, nghẹt thở và các đợt nấc, ợ hơi tái phát. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu, lát mỏng (MDCT), có tiêm cản quang rất hữu ích để chẩn đoán túi thừa cũng như mối liên hệ với mạch máu xung quanh. Mối liên hệ giữa DV và lòng khí quản có thể được chứng minh bằng dựng hình đa hướng (MPR). Chụp cộng hưởng từ có ưu thế trong việc đánh giá tình trạng thành và niêm mạc của khí quản và DV. Nội soi phế quản cũng có thể được sử dụng để chẩn đoán. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa DV và lòng khí quản không thể được chỉ ra một cách dễ dàng bằng nội soi phế quản. Điều trị bảo tồn được ưu tiên ở những bệnh nhân (BN) không có triệu chứng. Điều trị phẫu thuật có thể được thực hiện cho những BN có triệu chứng, tùy thuộc vào tình trạng bệnh, tuổi và thể trạng của bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh DV có triệu chứng, được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi trung ương với mong muốn được đóng góp vào y văn các ca bệnh phổi hiếm gặp, giúp đồng nghiệp có cách tiếp cận tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

Từ khóa: Túi thừa khí quản, thoát vị dây chằng khí quản, u nang khí quản, bệnh khí quản.

Summary

Tracheal diverticulum (DV) is a type of tracheal air cyst (PTAC) that is usually asymptomatic and is often discovered incidentally with imaging studies. Tracheal diverticulum is divided into two subtypes: congenital and acquired. The majority of patients with DV are asymptomatic. In the presence of diverticulitis, especially chronic, patients may present with neck pain, dysphagia, lacrimation, hoarseness, hemoptysis, choking, and recurrent episodes of hiccups and belching. Contrast-enhanced with multi-slice computed tomography (MDCT) is useful for diagnosing the diverticulum as well as its relationship to the surrounding blood vessels. The relationship between DV and tracheal lumen can be demonstrated by multidirectional rendering (MPR). Magnetic resonance imaging has the advantage in assessing the wall and mucosa of the Trachea and DV. Bronchoscopy may also be used for diagnosis. However, the relationship between DV and tracheal lumen cannot be easily shown by bronchoscopy. Conservative treatment is preferred in asymptomatic patients. Surgical treatment may be performed for symptomatic patients, depending on the patient's disease state, age, and physical condition. We report a case of symptomatic DV, diagnosed and operated at the National Lung Hospital with the desire to contribute to the literature of rare lung diseases, helping colleagues to have a better approach when meet a similar cases.

Keywords: Tracheal diverticulum, tracheal ligament hernia, tracheal cyst, tracheal disease.

Ngày nhận bài: 8/4/2022, ngày chấp nhận đăng: 6/5/2022

Người phản hồi: Cung Văn Công, Email: vancong13071964@gmail.com - Bệnh viện Phổi Trung ương

1. Đặt vấn đề

Các bệnh nang khí quản (PTAC) bao gồm các thực thể bệnh lý khác nhau: U nang khí quản, túi thừa khí quản, u nang lympho bào khí quản. Tỷ lệ PTAC được báo cáo nằm trong khoảng 0,75 - 8,1% các bệnh lý bất thường dạng nang khí quản [1]. Túi thừa khí quản thường nằm ở vùng sau bên phải của khí quản và hiếm khi nằm ở bên trái, niêm mạc được lót bởi biểu mô trụ có lông mao. DV khí quản là một tình trạng lành tính, thường nằm ở vùng sau bên phải của khí quản ở mức giữa đốt sống T1 và T3. Kích thước DV khí quản trung bình là 4mm (dao động từ 2 - 6mm). Thành của DV khí quản có thể mỏng hoặc dày. Người bệnh DV khí quản thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh [1, 2, 3]

Túi thừa khí quản được chia thành hai phân nhóm: Bẩm sinh và mắc phải. Túi thừa khí quản bẩm sinh thường gặp ở nam hơn nữ, đường kính của nó nhỏ hơn và có kết nối với khí quản, vị trí hay gặp dưới dây thanh âm 4 - 5cm hoặc ngay trên carina. Túi thừa khí quản bẩm sinh xảy ra do khiếm khuyết trong quá trình biệt hóa nội bì thành sau khí quản hoặc từ khiếm khuyết trong sự phát triển của sụn khí quản trong tuần thứ sáu của cuộc đời bào thai. Túi thừa khí quản bẩm sinh ảnh hưởng đến toàn bộ giải phẫu (biểu mô hô hấp, cơ trơn và sụn) của khí quản, và nó thường chứa đầy chất nhầy. Túi thừa khí quản mắc phải có thể phát sinh ở bất kỳ cao độ nào của khí quản, thường có miệng rộng và kích thước lớn hơn DV bẩm sinh; chúng xảy ra do áp lực nội khí quản tăng lên trong thời gian dài do ho mạn tính kết hợp với thành khí quản suy yếu. Nhiều tài liệu còn gọi là bệnh thoát vị niêm mạc - dây chằng khí quản [1]. Túi thừa khí quản mắc phải có thể đơn lẻ hoặc nhiều. Đa DV khí quản mắc phải là dấu hiệu của bệnh to khí quản hoặc bệnh Mounier-Kuhn [1].

Các DV mắc phải và bẩm sinh thường không có triệu chứng. Ho mạn tính, khó thở, hoặc viêm khí quản tái phát có thể gặp ở những bệnh nhân có triệu chứng. Chứng khó nuốt, chảy nước mắt, đau cổ, khàn giọng, ho ra máu, nghẹt thở, các cơn nấc tái phát và/hoặc ợ hơi cũng có thể xảy ra. Túi thừa khí quản bị nhiễm trùng có thể dẫn đến áp xe ống khí quản. Đặt nội khí quản có thể khó khăn ở những bệnh nhân có túi thừa khí quản. Đã có báo cáo về trường hợp tràn khí trung thất do thủng túi khí quản khi đặt nội khí quản [1].

Chụp X-quang ngực qui ước thường rất khó thấy DV. Chụp cắt lớp vi tính đa đầu thu (MDCT) là phương pháp hình ảnh tốt nhất để chứng minh DV khí quản, rất hữu ích để đánh giá vị trí, kích thước, đường viền và độ dày thành của DV khí quản. Lỗ thông giữa DV và khí quản cũng có thể được nhìn thấy với MDCT. Các phát hiện MDCT đặc trưng của DV khí quản bao gồm một túi khí có thành mỏng ở khu vực cạnh khí quản, có hoặc không có thông với lòng khí quản. MDCT cũng có thể được sử dụng để phân biệt giữa các tổn thương bẩm sinh và mắc phải, tùy thuộc vào sự hiện diện có hoặc không sụn khí quản và kích thước cổ của DV. Độ dày lát cắt của MDCT ngực phải mỏng hơn 1mm để đánh giá chi tiết, chính xác DV khí quản. Các hình MPR rất quan trọng để chứng minh mối liên hệ giữa khí quản và DV ở các góc độ khác nhau [1-6].

MRI hữu ích trong chẩn đoán DV, đặc biệt là DV nhiễm trùng. Dấu hiệu cho thấy sự dày lên cục bộ và tăng tín hiệu của thành khí quản quan sát được trên hình ảnh MRI có nghĩa là áp xe khí quản có thể bắt nguồn từ DV. MRI đóng một vai trò quan trọng trong việc theo dõi hiệu quả điều trị DV bị nhiễm trùng.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nữ, 69 tuổi, đến khám tại bệnh viện Phổi trung ương vì lý do khó thở.

Trước khi đến viện khám khoảng 2 tháng bệnh nhân thấy xuất hiện đau ngực, ho khạc đờm nhiều, khó thở khi gắng sức. Bệnh nhân đã đi khám ở nhiều nơi tuyến y tế cơ sở, được điều trị kháng sinh nhiều đợt song tình trạng không đỡ.

Khám lúc vào viện: BN tỉnh; thể trạng trung bình; da niêm mạc hồng, không phù, không xuất huyết dưới da; ho nhiều, có đờm; khó thở nhẹ. Mạch 92 lần/phút; nhiệt độ: 37°C; huyết áp: 120/80mmHg; nhịp thở 28 lần/phút.

Khai thác tiền sử bệnh lý đường hô hấp của BN thời niên thiếu - trưởng thành - về già không có gì đặc biệt.

Bệnh nhân được chỉ định chụp phim X-quang ngực, xét nghiệm máu (Huyết học, sinh hoá, CRP), tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm đờm AFB trực tiếp, siêu âm ổ bụng, điện tim. Tất cả các kết quả đều trong giới hạn bình thường ngoại trừ CRP tăng: 27,5mg/l (bình thường < 10mg/l). Chi tiết và kết quả chụp X-quang ngực được thể hiện tại Hình 1.

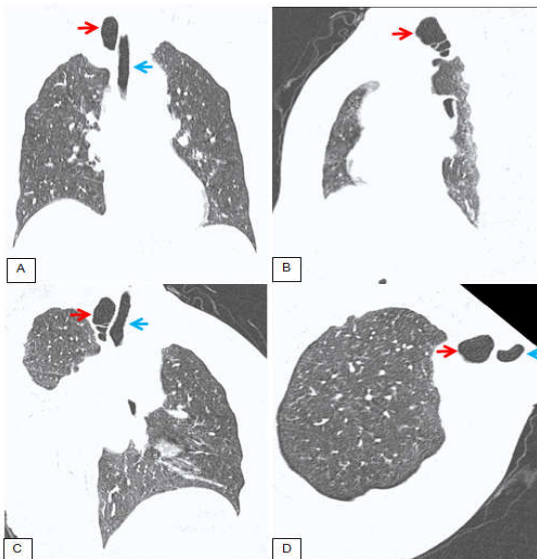


Hình 1. X-quang ngực thường qui khi BN đến khám không thấy gì bất thường.

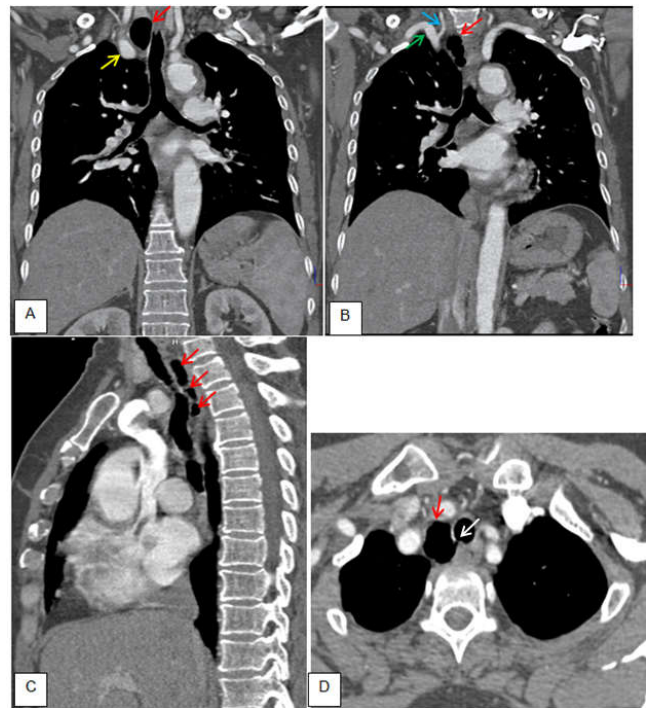
Do các bệnh nhân có thể hiện Billan viêm (CRP tăng), lâm sàng (BN đau ngực, ho nhiều, có đờm) và kết quả chụp phim X-quang ngực không thoả đáng cho chẩn đoán, BN được vào nhập viện để có thể tiến hành các can thiệp chẩn đoán sâu hơn.

Tại Khoa lâm sàng, BN được chỉ định nội soi phế quản, kết quả cho thấy có 2 nốt xung huyết dày sần ở thành khí quản đoạn 1/3 trên, viêm niêm mạc phế quản gốc hai bên; sinh thiết nốt sần khí quản cho kết quả tổn thương dạng viêm hạt.

Bệnh nhân đã được chỉ định chụp cắt lớp vi tính 64 dãy, có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, bề dày lát cắt 3mm, tái tạo lát mỏng 0,75mm, dựng hình MPR; hình ảnh và kết quả chi tiết được thể hiện trong Hình 2 và 3.



Hình 2. Chụp CLVT 64 dãy, cửa sổ phổi, dựng hình đa hướng. A-D: Xuất hiện kén khí phía sau - phải khí quản 1/3 trên (mũi tên đỏ), trong có vách, song hành với khí quản (mũi tên xanh).



Hình 3. Chụp CLVT 64 dãy, cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang, dựng hình đa hướng.

A: Coronal qua mặt phẳng cây khí - phế quản: Túi thừa khí quản (mũi tên đỏ); thân ĐM cánh tay - đầu phải (mũi tên vàng), phía trên túi thừa là thùy giáp phải. B: Coronal mặt phẳng sau khí quản: Túi thừa KQ (mũi tên đỏ; ĐM cánh tay đòn phải (mũi tên xanh lá cây) và ĐM đốt sống phải (mũi tên màu xanh ngọc). C: Sagittal lệch bên phải: Túi thừa khí quản (mũi tên đỏ). D: Axial mặt phẳng qua khí quản và túi thừa: Quan sát thấy lỗ thông giữa KQ và túi thừa (mũi tên trắng) với cấu trúc vòng sụn KQ tương ứng bình thường.

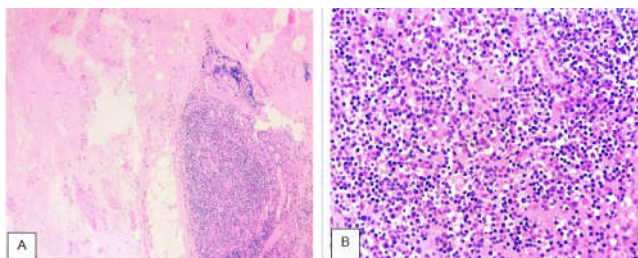
Kết luận cuối cùng của chụp CLVT 64 dãy có cản quang: Theo dõi túi thừa khí quản 1/3 trên bên phải với các liên quan đến tuyến giáp và các mạch máu như mô tả.

Bệnh nhân được tiến hành hội chẩn liên khoa trong bệnh viện. Kết luận của hội chẩn: Trường hợp túi thừa khí quản, có thông khí quản, loại mắc phải ở người cao tuổi đang trong giai đoạn có viêm nhiễm (trong túi có vách, BN ho có đờm, CRP tăng), đề xuất khoa lâm sàng điều trị kháng sinh phối hợp sau 10 ngày sẽ xem xét khả năng phẫu thuật.

Sau đợt điều trị BN bớt ho, ho không còn đờm, Billan viêm trở về bình thường, các xét nghiệm đông cầm máu cho phép phẫu thuật.

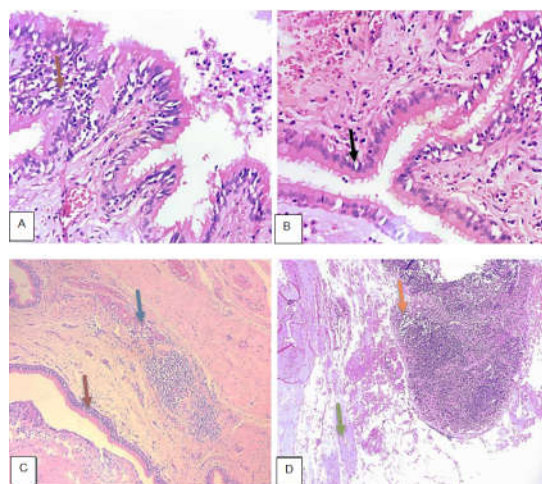
Bệnh nhân đã được phẫu thuật, cuộc mổ an toàn. Cách thức phẫu thuật được mô tả trong phiếu phẫu thuật: BN nằm ngửa, kê gối dưới vai, sát khuẩn rộng, rạch da theo lần cổ thấp đoạn dài 10cm. Bộc lộ thùy giáp phải, kéo lên trên, sang phải. Bộc lộ ĐM cảnh gốc phải và cánh tay đầu phải, vén về bên phải. Khe giữa khí quản và ĐM cảnh gốc phải có nang khí, kích thước khoảng 3 × 5cm, dính chặt vào khí quản, thành chắc và thông xuống trung thất. Tiến hành phẫu tích bộc lộ, gỡ dính nang khí với các tổ chức xung quanh, vùng tiếp giáp nang khí với thành khí quản chắc, khó bóc tách. Mở nang khí đi vào bên trong thấy lỗ dò 0,5mm từ khí quản. Tiến hành cắt nang khí và khâu lỗ dò khí quản, kiểm tra sau khâu thấy lỗ dò kín. Đặt 1 sonde dẫn lưu tại khoang đã cắt nang khí. Đóng vết mổ theo giải phẫu. Kết thúc phẫu thuật an toàn.

Trong quá trình phẫu thuật đã tiến hành cắt lạnh thành nang, kết quả GPB tức thì tổ chức này hướng đến tổn thương lành tính, không xác định lao hay u, nên chẩn đoán bản chất tổn thương dựa trên mô bệnh học thường quy.



Hình 4. Hình ảnh mô bệnh học của mảnh sinh thiết tức thì trong phẫu thuật: Cho thấy vùng mô liên kết xơ hóa mạn tính, xen kẽ là các hạch lympho quá sản (Hình A: HE x 100; Hình B: HE x 400). Kết luận: Không thấy hình ảnh ác tính

Bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh sau mổ bao gồm toàn bộ tổ chức nang. Kết quả giải phẫu bệnh: Đại thể tổ chức bệnh phẩm màu xám đen, kích thước 15 × 15 × 7mm. Vi thể mảnh sinh thiết thấy tổ chức thành vách nang tăng sinh mô liên kết xơ, mạch máu, trong lòng có lớp biểu mô phủ trụ giả tầng và trụ đơn có lông chuyển, các tế bào biểu mô còn cực tính. Lớp dưới biểu mô có vùng tuyến hạ niêm mạc, còn hoạt động chết tiết, lớp cơ. Vùng mô đệm có nhiều hạch lympho, có quá sản nang. Kết luận: Tổ chức thành vách nang và mô hạch lympho lành tính. Chi tiết hình ảnh vi thể được thể hiện trong Hình 5.



Hình 5. Vi thể nhuộm HE bệnh phẩm sau mổ

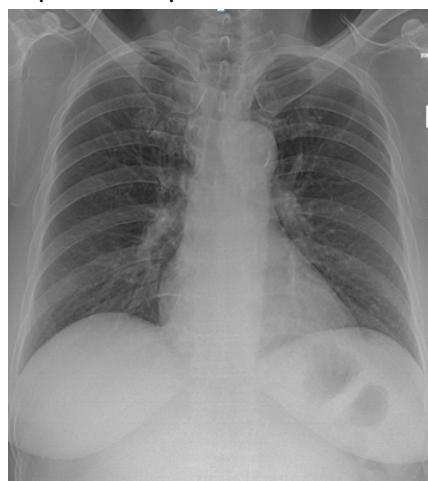
Hình A (HE × 400): Biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển (Mũi tên đỏ)

Hình B (HE × 400): Biểu mô trụ đơn có lông chuyển (mũi tên đen).

Hình C (HE × 100): Hình ảnh mô học của niêm mạc đường hô hấp với lớp biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển (Mũi tên đỏ), tuyến chết tiết hạ niêm mạc (mũi tên xanh dương).

Hình D (HE × 100): Hình ảnh mô cơ trơn rải rác lớp hạ niêm mạc (mũi tên xanh lá), và mô lympho quá sản biểu hiện của viêm mạn tính (Mũi tên cam).

Sau 3 ngày hậu phẫu, BN được rút sonde dẫn lưu, lâm sàng diễn tiến tốt. Bệnh nhân được ra viện sau mổ 1 tuần. Phim X-quang ngực của BN trước khi ra viện được thể hiện chi tiết tại hình



Hình 4. X-quang ngực BN trước khi ra viện không thấy gì bất thường.

Hiện BN đã trở về cuộc sống bình thường, đã được tiêm đầy đủ 3 mũi vắc xin phòng COVID-19 tại địa phương và chúng tôi vẫn theo dõi sát BN, hẹn khám lại sau 3 tháng (nếu không thấy bất thường).

3. Bàn luận

Qua báo cáo trường hợp bệnh và nghiên cứu y văn chúng tôi thấy DV thuộc nhóm bệnh phổi hiếm gặp song trên thực tế việc tầm soát các bệnh lý phổi bằng X-quang ngực qui ước thường bỏ sót căn bệnh này. Phần lớn các trường hợp DV thường thấy ở phía cạnh sau, bên phải 1/3 trên khí quản, nơi rất khó quan sát do cấu tạo chật hẹp và bị che lấp bởi các cấu trúc của tầng trên trung thất.

Sharma BG và cộng sự đã báo cáo 4 trường hợp (3 bẩm sinh và 1 mắc phải) đều cho thấy không thấy dấu hiệu bất thường trên phim X-quang ngực, kể cả khi chụp có ống barít thực quản. Ba trường hợp bẩm sinh đều được phát hiện tình cờ; một trường hợp mắc phải khi có dấu hiệu ho có đờm mạn tính. Một túi khí quản có thể hoạt động như một ổ chứa các chất tiết có thể tràn vào cây khí quản, khiến bệnh nhân bị ảnh hưởng dễ bị ho, khó thở và nhiễm trùng ngực mạn tính. Tất cả 4 BN đều đang được điều trị bảo tồn, tránh nhiễm trùng và chưa được phẫu thuật. Nghiên cứu cũng cho thấy rõ sự khác biệt hiện diện có hoặc không sụn khí quản và kích thước cổ của DV ở 3 trường hợp bẩm sinh: (1) Không thấy cấu trúc sụn khí quản vị trí lỗ thông; (2) Lỗ thông rộng; (3) Không có dấu hiệu làm sàng [3] Quay lại với ca bệnh chúng tôi báo cáo, có lẽ hợp lý hơn cả nếu chúng ta xếp loại DV thứ phát.

Zhang Y và cộng sự đã báo cáo 5 trường hợp DV thì cả 5 trường hợp đều nằm ở vị trí tương tự ca bệnh chúng tôi báo cáo: Tất cả các trường hợp đều nằm ở vùng sau, bên phải của khí quản, ngang giữa đốt sống T1 và T3 [4]. Nghiên cứu này còn chỉ ra giá trị khác biệt giữa hình ảnh chụp CLVT đa dây và MRI khi đánh giá túi thừa: MRI có giá trị hơn hẳn trong chẩn đoán DV, đặc biệt là DV nhiễm trùng. Dấu hiệu cho thấy sự dày lên cục bộ và tăng tín hiệu của thành khí quản quan sát được trên hình ảnh MRI có nghĩa là áp xe khí quản có thể bắt nguồn từ DV và MRI đóng một vai trò quan trọng trong việc theo dõi hiệu quả điều trị của DV bị nhiễm trùng [4].

Maquet C và cộng sự, Chakraborty A và cộng sự, Inam H và cộng sự cũng đã báo cáo một số trường hợp bệnh DV ở các độ tuổi khác nhau cho thấy DV là các thực thể lâm sàng lành tính, hiếm gặp; phần lớn đến khám và được phát hiện trong giai đoạn tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp mạn tính: Ho tái phát từng đợt, có đờm, có trường hợp kèm theo khó nuốt; được chẩn đoán xác định bằng chụp CLVT đa dây và được điều trị bằng phẫu thuật tiết căn cắt bỏ. Theo dõi sau phẫu thuật các bệnh nhân đều có chất lượng cuộc sống tốt, chấm dứt tình trạng ho đờm mạn tính [5-7].

Mondoni M và cộng sự báo cáo một trường hợp DV ở bệnh nhân mắc hội chứng Mounier-Kuhn (giãn khí - phế quản mức độ khổng lồ). Hội chứng Mounier-Kuhn là một rối loạn hiếm gặp, đặc trưng bởi sự giãn nở rõ rệt của khí quản và phế quản gốc, liên quan đến mỏng hoặc teo mô đàn hồi các đường dẫn khí này. Do khí quản suy yếu và tăng áp lực nội khí quản liên quan đến ho mạn tính, một số bệnh nhân có thể bị thoát vị niêm mạc dẫn đến bệnh DV. Các tác giả đưa ra khuyến nghị: DV là một tình trạng hiếm gặp cần được xem xét khi có rối loạn phế quản phổi đặc trưng bởi ho mạn tính và nhiễm trùng phế quản lặp đi lặp lại, chẳng hạn như hội chứng Mounier-Kuhn. Nội soi phế quản và chụp CT tái tạo đa chiều là những công cụ hữu ích để chẩn đoán tình trạng hiếm gặp này [8].

Huang X và cộng sự; Wang C và cộng sự lại báo cáo 2 trường hợp khá hy hữu: Phát hiện ra túi thừa khí quản khi đặt nội khí quản cho BN phẫu thuật nội soi cắt phần phổi hình chêm do u. May mắn đã xảy ra khi bác sỹ gây mê đã quan sát thấy túi thừa ngay trên trần Carina khi đặt ống nội khí quản hai nòng. Ca mổ đã phải hoãn lại sau 1 tuần. Điều khuyến nghị ở đây là cần phân tích kỹ hình ảnh chụp CLVT ngực (trong đó lưu ý đường dẫn khí) trước khi đặt nội khí quản gây mê cho tất cả các phẫu thuật phổi [9, 10].

Garefis K và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp bệnh phát hiện tình cờ đa túi thừa khí quản ở BN COVID-19. Do BN viêm phổi nặng, suy hô hấp cần thở máy; việc tăng áp lực khí quản khi thở máy áp lực dương cao đã dẫn đến tình trạng vỡ túi thừa gây tràn khí trung thất. Bệnh nhân đã tử vong sau đó và được coi như là một tai biến khi thở máy khó tránh khỏi [11].

Ho ra máu mức độ nhiều ở bệnh nhân DV thường rất hiếm gặp. Toscano L và cộng sự đã báo cáo một trường hợp BN đến khám cấp cứu vì ho ra máu mức độ nhiều. Trên phim CT đa dãy xác định DV có hình mức dịch với tỷ trọng tương đương máu bên trong. Bệnh nhân đã được mổ mở cấp cứu, giải phẫu bên sau mổ đã xác định chảy máu từ các mạch máu thành nang có liên kết với hệ mạch lân cận [12].

Gao HJ và cộng sự qua nghiên cứu một số trường hợp phẫu thuật túi thừa bằng cắt đốt Laser, sau đó có biến chứng. Khuyến cáo của tác giả là nên hết sức hạn chế phẫu thuật DV bằng phương pháp này [13]. Tuy nhiên, theo tác giả hiện vẫn chưa có những khuyến cáo cho phương pháp tối ưu khi thực hiện phẫu thuật trên những trường hợp DV, đặc biệt trên những BN nặng [13].

Tanaka H đã mô tả một trường hợp phẫu thuật lồng ngực cần nạo vét hạch trung thất do bệnh lý ngực ác tính. Biến chứng đã xảy ra khi phẫu thuật viên nhầm lẫn một túi thừa khí quản với 1 hạch cần cắt bỏ. Tràn khí trung thất đã xuất hiện sau mổ. Khuyến cáo này vô cùng cần thiết cho các phẫu thuật viên khi nạo vét hạch trung thất [14].

Một trường hợp vô cùng hy hữu đã được Ellis J và cộng sự báo cáo. Một người lính tại ngũ ở độ tuổi ngoài 20 bị đổ mồ hôi ban đêm tái phát và suy giảm khả năng vận động nhanh chóng. Khi mới nhập ngũ quân nhân này ngày chạy 7 dặm thường xuyên. Tuy nhiên sau đó anh ta trở nên khó thở với khoảng cách dưới 1 dặm và không hoàn thành nhiều lần trong bài kiểm tra thể lực quân đội. Quân nhân này đã được khám và chụp CLVT đa dãy có dựng hình đường dẫn khí. Kết quả cho thấy có một DV lớn nằm phía sau khí quản 1/3 trên, áp lực lớn chèn ép và gây hẹp lòng khí quản. Trường hợp bệnh đã chỉ ra rằng DV có liên thông với khí quản, khi lỗ thông hẹp có thể tạo ra tình trạng van 1 chiều khí gắng sức tạo túi khí DV có áp lực lớn; có thể chèn ép khí quản gây khó thở cấp tính, thậm chí gây suy hô hấp nhanh chóng [15].

4. Kết luận

Qua y văn và trường hợp báo cáo, chúng ta thấy DV là một thực thể bệnh lý đường dẫn khí hiếm gặp, bẩm sinh hoặc mắc phải; có thể diễn biến từ âm thầm,

nhẹ nhàng, phát hiện tình cờ, không triệu chứng đến những tình trạng hết sức nguy kịch. Ho kéo dài, tái lập, có đờm, đau ngực, khó thở, số ít có thể ho ra máu mà không thể giải thích được bằng hình ảnh X-quang ngực qui ước là những dấu hiệu hết sức lưu ý khi đọc phim CLVT ngực. Hình ảnh túi khí, nằm sát phía bên-sau khí quản 1/3 trên cần hết sức lưu ý túi thừa khí quản. Điều trị triệt căn bằng phẫu thuật cắt bỏ DV hiện vẫn là lựa chọn hàng đầu cho các trường hợp bệnh. Và cuối cùng các can thiệp cần đặt nội khí quản, các phẫu thuật vét bỏ hạch trung thất, các tình trạng người bệnh thở máy... các bác sĩ cần hết sức lưu ý và để phòng DV mặc dù hiếm vì biến chứng sẽ rất nghiêm trọng.

Tài liệu tham khảo

1. Tanrivermis Sayit A, Elmali M, Saglam D et al (2016) *The diseases of airway-tracheal diverticulum: A review of the literature*. J Thorac Dis 8(10): 1163-1167. doi: 10.21037/jtd.2016.10.92.PMID: 27867581.
2. Mangiameli G, Alzeibi C, Arame A et al (2021) *Congenital tracheal diverticulum: From clinical aspects to treatment*. Minerva Surg 76(1):101-102. doi: 10.23736/S2724-5691.20.08446-1.
3. Sharma BG (2009) *Tracheal diverticulum: A report of 4 cases*. Ear Nose Throat J 88(1): 11.PMID: 19172558.
4. Zhang Y, Tan Y, Chen J, Fang C (2021) *The Role of MRI in diagnosing and managing tracheal diverticulum*. Acad Radiol 13: 1076-6332(21)00323-8. doi: 10.1016/j.acra.2021. 07.015. Online ahead of print. PMID: 34400080
5. Maquet C, Caluraud S, De Sevin E et al (2020) *Cervical presentation of tracheal diverticulum: From diagnosis to surgery*. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 137(1): 85-86. doi: 10.1016/j.anorl. 2019.09.013. Epub 2019 Sep 27. PMID: 31570313
6. Chakraborty A, Vaish R, Chatterjee A et al (2020) *Tracheal diverticulum: Rare presentation of known entity: A case report*. A A Pract 14(9): 01262. doi: 10.1213/XAA.0000000000001262.PMID: 32909716.
7. Inam H, Zahid I, Fatimi S (2019) *Tracheal diverticulum as a rare cause of dysphagia*. Asian Cardiovasc Thorac Ann 27(1): 49-51. doi: 10.1177/0218492318813786. Epub 2018 Nov 11.PMID: 30417679.

8. Mondoni M, Carlucci P, Parazzini EM et al (2016) *Huge tracheal diverticulum in a patient with Mounier-Kuhn Syndrome*. Eur J Case Rep Intern Med. 3(5): 000419. doi: 10.12890/2016_000419. eCollection 2016. PMID: 30755880.
9. Huang X, Sun Y, Lin D et al, *Anesthetic management of thoracoscopic pulmonary wedge resection with a giant tracheal diverticulum in the carina: A case report and review of the literature*. J Int Med Res 49(11):3000605211032855. doi: 10.1177/03000605211032855.PMID: 34846921.
10. Wang C, Zhang Z, Wu A (2020) *Tracheal diverticulum accidentally found during bronchoscopy in a patient scheduled for thoracoscopic lobectomy: To perform the operation or not?* Asian J Surg 43(9): 961-962. doi: 10.1016/j.asjsur.2020.05.019. Epub 2020 Jun 9.PMID: 32532679.
11. Garefis K, Tarazis K, Gkiouzelis K et al (2021) *Multiple tracheal diverticula in a COVID-19 Positive Patient*. Ear Nose Throat J. 19: 1455613211034602. doi: 10.1177/01455613211034602. Online ahead of print.PMID: 34281404.
12. Toscano L, Terra D, Salisbury S et al (2019) *Surgical Resection of tracheal diverticulum with haemoptysis as unusual presentation*. Case Rep Surg: 3828197. doi: 10.1155/2019/3828197. eCollection 2019. PMID: 30937209.
13. Gao HJ, Gong L, Jiang ZH, et al (2019) *A tension tracheal diverticulum: recurrence after interventional sclerotherapy followed by transcervical resection*. Ann Transl Med 7(1):12. doi: 10.21037/atm.2018. 11.35. PMID: 30788359.
14. Tanaka H, Uemura N, Abe T et al (2018) *Thoracoscopic resection of esophageal cancer with a tracheal diverticulum*. Gen Thorac Cardiovasc Surg 66(2): 116-119. doi: 10.1007/s11748-017-0852-3. Epub 2017 Oct 24.PMID: 29067556.
15. Ellis J, Hightower S, Hostler D (2019) *Case of a tracheal diverticulum causing airway obstruction*. Postgrad Med J 95(1120): 104-105. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-136121. Epub 2018 Nov 13. PMID: 30425135.