

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN BẰNG ỐNG NỘI SOI CỨNG VÀ ỐNG NỘI SOI MỀM

Bs Ngô Vương Mỹ Nhân – Bs Bùi Thị Xuân Nga – Bs Lê Văn Đức \*  
Bs Nguyễn Cao An – Bs Trần Thế Hải – Bs Đinh Xuân Thu \*\*

## ABSTRACT:

During a 2- year period (from August 2006 to August 2008), we report 130 patients with foreign body impacted in ingestive tract at An Giang general hospital. We used rigid or flexible endoscopy for removal of ingested foreign body in digestion. The median patient age was  $47,6 \pm 16,1$  (range 19-87 years). Fish bones were the highest prevalence of all foreign bodies (81%). Other foreign bodies were : chicken-duck bones (8%), mass of meat (4%), hard sharp objects (5%). Foreign body management with flexible endoscopy was successful in 75/77(97%); whereas in 2 case failed. With rigid endoscopy was successful in 1/53(98%); whereas in 1 case failed.

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

-Sự ra đời của ống nội soi đã có từ xa xưa, vào năm 1773-1809 Philip Bozzi ( Đức ) dùng ống thẳng bằng thiếc, một ngọn nến và một cái gương để soi đường tiêu và trực tràng<sup>[1]</sup> . Sau đó tác giả người Đức Adolf Kussmaul đã chế tạo dụng cụ nội soi dạ dày tương tự như dụng cụ của Bozzi. Với dụng cụ nội soi này, bệnh nhân rất sợ hãi, hình ảnh không rõ, lại có nguy cơ cháy nổ nên không được phổ biến. Đến năm 1932 Rudolf Schinder và Georg Wolf chế tạo ống soi dạ dày nửa mềm nửa cứng.

-Từ đó đến năm 2000, nhiều loại ống nội soi mềm đã ra đời ứng dụng trong soi thực quản, dạ dày – tá tràng, đại tràng , khí phế quản.....

-Trước những năm 70, trên thế giới đã ứng dụng ống nội soi mềm để lấy dị vật<sup>[4]</sup> .

-Việt Nam cũng như trên thế giới, dị vật đường ăn là 1 cấp cứu thường gặp trong tai mũi họng, có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, nếu không được điều trị sớm sẽ dẫn đến những biến chứng nguy hiểm.

-Ở Mỹ tỉ lệ mắc dị vật đường ăn ước tính khoảng 120 trường hợp trên mỗi triệu dân. <sup>[2]</sup>

-Tại Bệnh Viện tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh trung bình mỗi năm có 200 trường hợp soi lấy dị vật đường ăn. <sup>[3]</sup>

-Trong những năm qua, tại khoa tai mũi họng Bệnh Viện An Giang đã điều trị những bệnh nhân hóc dị vật đường ăn và riêng dị vật thực quản được xử trí lấy dị vật bằng ống nội soi cứng (dài 30cm, đường kính 2cm) với nguồn sáng halogen.

-Từ tháng 8 năm 2007, khoa tai mũi họng kết hợp với khoa chẩn đoán hình ảnh tiến hành khảo sát việc lấy dị vật đường ăn bằng ống nội soi mềm.

-Mục đích của đề tài là đánh giá hiệu quả của ống nội soi mềm so với nội soi cứng trong việc lấy dị vật đường ăn .

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

-Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân là người lớn đến khám tại khoa tai mũi họng với nghi ngờ hóc dị vật đường ăn mà khám họng không thấy dị vật.

-Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả các trường hợp lấy dị vật đường ăn 2 năm (8/2006 – 8/2008 ) tại Bệnh Viện An Giang.

-Phương tiện nghiên cứu:

### \*Nội soi mềm:

+Dụng cụ: máy nội soi Olympus CV160, nguồn sáng Halogen, dụng cụ gấp là kèm sinh thiết. Ống nội soi có kênh bơm rửa – hút ,bộ phận điều khiển bên ngoài và nơi để đưa dụng cụ vào làm thủ thuật.

+Bệnh nhân nằm nghiêng trái (sau khi đã xịt tê họng bằng lidocain 10% ), miệng ngậm ống nhựa cứng rộng để không cản ống soi. Bác sĩ từ từ đưa ống nội soi vào miệng quan sát hạ họng

rồi đi qua miệng thực quản một cách dễ dàng để vào thực quản. Khi phát hiện thấy dị vật, người phụ sẽ đưa kèm vào gấp dị vật theo sự dẫn đường của ống nội soi và lấy dị vật ra cùng với ống nội soi.

**\*Nội soi cứng:**

+Dụng cụ: máy nội soi Karl storz, nguồn sáng Halogen, kèm gấp dị vật ( kèm cá sấu), ống hút và ống nội soi Chevalier Jackson.

+ Bệnh nhân phải nhịn đói trước khi soi 6 giờ.

+Xịt tê họng và tiền mê. Những trường hợp bệnh nhân không hợp tác sẽ chuyển sang lấy dị vật dưới gây mê nội khí quản.

+Bệnh nhân nằm ngửa cổ phía sau tối đa sao cho cột sống cổ là một đường thẳng, đầu nằm ở ngoài bàn và cao hơn mặt bàn 10 – 15cm (tư thế Boyce). Khi đưa ống soi đến miệng thực quản bác sĩ nội soi phải chờ cho miệng thực quản mở ra, lúc đó nhẹ nhàng đưa ống soi vào quan sát và tìm dị vật [11]. Đối với những dị vật sắc nhọn bác sĩ nội soi cố gắng xoay đổi hướng dị vật cho dị vật nằm xuôi nhằm hạn chế tổn thương niêm mạc thực quản.

-Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê mô tả và phần mềm SPSS 13.0

**KẾT QUẢ:**

-Qua 2 năm ( 8/2006 – 8/2008 ) khảo sát tại Bệnh Viện An Giang, có 130 trường hợp hóc dị vật đường ăn ở độ tuổi trung bình  $47,6 \pm 16,1$  ( nhỏ nhất 19 tuổi lớn nhất 87 tuổi). Trong 130 ca hóc dị vật có 98 bệnh nhân nội soi có dị vật ( 75%) và 34/53 ca lấy dị vật bằng ống nội soi cứng qua gây mê.

- Thời gian từ lúc bắt đầu hóc dị vật đến khi khám bệnh có tương quan đến tai biến khi soi thực quản. Kết quả bệnh nhân vào viện trong 24 giờ đầu chiếm 6/73 (8%), từ 24-48 giờ có 11/48 (23%) và >48 giờ có 3/9 (33%). Người bệnh càng đến muộn thì tỉ lệ tai biến khi nội soi càng cao ( $\chi^2 =7,2, p=0,02$ ).

-Các loại dị vật được trình bày ở bảng 1:

Bảng 1: Phân loại dị vật

Loại dị vật	Số lượng(%)
Xương cá	81(82%)
Xương gà – vịt	8(8%)
Vật cứng	5(5%)
Thịt	4(4%)

Trong các loại dị vật đường ăn, hóc xương cá chiếm tỉ lệ nhiều nhất (82%). Dị vật là vật cứng (gồm 2 viên thuốc còn vỏ, 1 miếng nhựa đã gãy, 1 răng giả ) chiếm 5%. Đây là loại dị vật dễ gây tai biến khi soi thực quản bằng ống cứng.

-Các tai biến xảy ra khi soi thực quản bằng ống nội soi cứng và ống nội soi mềm được trình bày trong bảng 2:

Bảng 2: Tỉ lệ tai biến giữa ống nội soi cứng và ống nội soi mềm

	Nội soi cứng n=53(%)	Nội soi mềm n=779(%)	OR Độ tin cậy(95%)	P
Trầy xước – rỉ máu niêm mạc thực quản	16(30,0%)	2(2,6%)	0,06 (0,01-0,28)	0,000
Thủng thực quản	1(1,8%)	0%		
Gãy răng	1(1,8%)	0%		

Trong 2 năm qua có 77/130 (59%) trường hợp lấy dị vật bằng ống nội soi mềm. Tai biến khi nội soi bằng ống cứng chiếm tỉ lệ cao 33,6% trong đó tổn thương niêm mạc thực quản như trầy xước – rỉ máu 30% , thủng thực quản 1ca (1,8%) và gãy răng 1ca (1,8) xảy ra ở bà cụ 63 tuổi có răng lung lay.

-Thời gian nằm viện của người bệnh đối với nội soi cứng  $2,2 \pm 2$  ngày ( ngắn nhất 1 ngày dài nhất 14 ngày) nhiều hơn nội soi mềm ( $1 \pm 0$  ngày ) do cần phải theo dõi sau khi vô cảm toàn thân và tai biến trầy xước – rỉ máu của nội soi cứng. Chi phí điều trị của người bệnh đối với nội soi

cứng (gồm: thủ thuật – thuốc mê – thuốc điều trị =350.000VND) nhiều hơn nội soi mềm (200.000VND).

-Tỉ lệ lấy dị vật thành công của nội soi mềm là 97% trong đó thất bại 2 trường hợp. Riêng đối với lấy dị vật bằng ống nội soi cứng thì chỉ có một trường hợp thất bại là một mảnh răng giả không thể lấy được sau đó đã chuyển tuyến trên và tỉ lệ thành công 98%.

### **BÀN LUẬN:**

-Qua bảng 1, loại dị vật xương cá gặp nhiều nhất tương tự như báo cáo của Huỳnh Ngọc Phượng (70%)<sup>[7]</sup>, khác với tác giả ở miền Bắc cho thấy tỉ lệ mắc xương cá thấp hơn nhiều như Trịnh Thị Lạp (27,1%)<sup>[9]</sup> và báo cáo ở Á Rập Xê Út ghi nhận dị vật xương gà – vịt – heo gặp nhiều hơn 39,5% (xương cá 20,8%)<sup>[5]</sup>. Điều này cho thấy có sự khác biệt có lẽ do tập quán ăn uống của từng nơi. Có lẽ miền Nam thích ăn cá có xương hơn miền bắc và ở Á rập Xê Út do thói quen ăn thịt nhiều hơn. Đối với dị vật là xương gà – vịt chỉ có 8% chiếm tỉ lệ không nhiều, nhưng khi tiến hành lấy dị vật gặp khó khăn hơn là xương cá do dị vật là xương ống thường kích thước lớn hơn. Những dị vật là thịt to dai (khối thịt, miếng da heo) thường gặp ở người già do nhu động thực quản giảm và răng yếu nên không nghiền thức ăn được.

-Ngày nay, do hiểu biết của người bệnh về sự nguy hiểm của hóc dị vật đường ăn đến muộn (>48 giờ) nên tỉ lệ người bệnh vào viện ở giai đoạn biến chứng có giảm đi (7%) so với Trần Phương Nam (10,4%)<sup>[8]</sup>.

Trong 2 năm qua, nội soi lấy dị vật đường ăn bằng ống mềm không có tai biến nghiêm trọng gì xảy ra, chỉ có 2 ca (2,6%) bị trầy xước do dị vật dài - góc cạnh. Theo tác giả ở Úc thì tỉ lệ này là 0,0%<sup>[9]</sup>. Đây cũng là 2 ca thất bại không lấy được dị vật ra ngoài do dụng cụ gặp không thể giữ để kéo ra ngoài nên tiến hành đẩy xuống dạ dày và ghi nhận không có xảy ra biến chứng gì sau đó. Trong khi đó, tỉ lệ trầy xước chảy máu khi lấy dị vật bằng ống nội soi cứng nhiều hơn (bảng 2).

Tỉ lệ thành công của hai phương pháp này là tương đương nhau phù hợp với tác giả nước ngoài Gmiener D (93 -95%)<sup>[10]</sup> cũng như trong nước (nội soi cứng 95,8%)<sup>[8]</sup>.

Qua khảo sát một năm lấy dị vật bằng ống nội soi mềm, chúng tôi thấy có những thuận lợi và khó khăn giữa hai dụng cụ này. Qua 53 ca lấy dị vật bằng ống soi cứng, có 34 trường hợp tiền mê thất bại chuyển sang gây mê lấy dị vật. Đối với người lớn tuổi đột sống cổ đã bị thoái hóa nên khi nằm tư thế Boyce sẽ khó khăn và trong những năm qua không ghi nhận tai biến nào xảy ra trong những trường hợp này. Ngoài ra, ở độ tuổi này vùng răng hàm trước trên nơi chịu lực của ống nội soi cứng không còn đầy đủ nên khi soi sẽ gặp khó khăn và độ bám chân răng cũng yếu đi nên răng bị gãy cũng dễ xảy ra.

Đối với những dị vật sắc nhọn có kích thước lớn để hạn chế tổn thương thực quản trong nội soi ống cứng, bác sĩ phải dùng kẹp bấm gãy dị vật làm đôi (xương cá) hoặc bẻ những góc cạnh (viên thuốc) trước khi lấy dị vật ra ngoài. Những trường hợp này phải cho ăn qua sonde dạ dày và lưu lại theo dõi

Hơn nữa, ống nội soi cứng nguồn sáng phát ra từ đầu ngoài thành bên ống nên ánh sáng tại vùng quan sát đã giảm đi. Bác sĩ quan sát trực tiếp bằng mắt qua ống nội soi không có phóng đại và tầm nhìn ống nội soi bị hạn chế nên dễ bỏ sót những dị vật mảnh nhỏ. Trên thực tế lâm sàng, sau khi lấy dị vật mặc dù người bệnh vẫn còn nuốt đau nhưng theo dõi hậu phẫu chưa ghi nhận trường hợp nào cần phải nội soi kiểm tra lại.

Và trong năm qua, khoa tai mũi họng đã gặp một trường hợp thủng thực quản (1,8%) phù hợp với ghi nhận của tác giả ở Á rập Xê Út (0,1 – 1,9%)<sup>[2]</sup>. Người bệnh đến khám sau 48 giờ hóc dị vật thịt lẫn xương gà, lúc này niêm mạc thực quản đã viêm phù nề. Sau khi lấy dị vật không đánh giá được tình trạng niêm mạc thực quản do nguồn sáng và tầm nhìn bị hạn chế. Trước khi xuất viện người bệnh được nội soi thực quản bằng ống mềm đánh giá lại và phát hiện thủng thực quản sau đó chuyển tuyến trên. Đây là nhược điểm lớn nhất của ống nội soi cứng.

Trong khi đó thì ống nội soi mềm có nhiều ưu điểm hơn. Người bệnh chỉ cần vô cảm tại chỗ (tê họng) là có thể tiến hành lấy dị vật. Với tư thế nằm nghiêng, trong lúc soi lấy dị vật người bệnh sẽ thoải mái hơn. Do ống nội soi mềm có đường kính nhỏ nên đi vào miệng thực quản dễ dàng,

người bệnh sẽ dễ chịu và động tác soi sẽ nhẹ nhàng hơn<sup>[12]</sup>. Đầu ống soi mềm có thể di động lên – xuống, sang phải – trái giúp cho bác sĩ tiếp cận những ngách xoang lè, quan sát hạ họng và chỗ hẹp dễ dàng. Những dị vật sắc nhọn ống nội soi mềm có thể lấy dị vật một cách dễ dàng và an toàn hơn bằng cách bơm hơi thực quản cho dị vật rơi ra ít gây tổn thương thực quản Hơn nữa, vật kính nằm ngay đầu ống soi sẽ không có vùng mù. Những tổn thương được phóng đại lên nhiều lần, bác sĩ nội soi có thể quan sát trên màn hình có độ phân giải cao nên có thể an tâm khi cho người bệnh về. Cuối cùng người bệnh sẽ ít tốn kém cho chi phí điều trị hơn. Với những ưu điểm trên, chúng tôi nhận thấy nội soi mềm lấy dị vật đường ăn người bệnh sẽ cảm thấy dễ chịu hơn và có thể ra về trong ngày không phải tốn thời gian nằm viện theo dõi hậu phẫu. Mặt khác tỉ lệ tai biến xảy ra cũng ít hơn, không nghiêm trọng như trong nội soi cứng (bảng 2).

#### **KẾT LUẬN:**

-Dị vật đường ăn là một tác nghẽn thường gặp trong tai mũi họng. Mặc dù nó có thể đi qua dạ dày ruột và thải ra ngoài theo đường tự nhiên nhưng nó có thể bị bắt lại. Do đó cần phải được lấy ra ngay, nếu không có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm (nhiễm trùng tại chỗ, thủng thực quản, viêm trung thất...)

- Qua nghiên cứu, thấy được những thuận lợi của ống nội soi mềm, chúng tôi rất đồng ý với nghiên cứu của Webb trong nghiên cứu về dị vật đường ăn đã đưa ra nhận định rằng “mặc dù mua ống nội soi cứng thì rất rẻ, nhưng thuận lợi của ống nội soi mềm thì rất lớn”<sup>[13]</sup>. Và tác giả Benito Navaro người Tây Ban Nha, sau nghiên cứu của mình, ông đã khuyên, do ống nội soi mềm có giá thành trên bệnh nhân rất thấp mà lại an toàn, nên được chọn đầu tiên để xử trí dị vật thực quản, còn ống soi cứng vẫn là phương tiện được dùng khi nội soi mềm thất bại<sup>[14]</sup>

-Do đây là bước đầu của các bác sĩ phòng nội soi ống mềm tiến hành lấy dị vật với dụng cụ không đầy đủ (chỉ sử dụng kèm sinh thiết) nhưng đã tiến hành lấy dị vật thành công.

\* Bác sĩ khoa tai mũi họng Bệnh viện An Giang

\*\* Bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện An Giang

#### **Tài liệu tham khảo:**

- 1.G.Berci, K.A. Forde. History of endoscopy, 2000 Jan, Springer Newyork, page 5-15.
- 2.Abdulaziz A. Ashoor, Fachartz; Ali Al Momen, MBBS. Foreign bodies of the esophagus: A Two-Year Prospective Study. Ann Saudi Med. 2000 Mar;20(2):173-5.
- 3.Nhan Trùng Sơn. Tai mũi họng nhập môn, nhà xuất bản y học 2004, trang 349.
- 4.Brady PG, Johnson WF. Removal of foreign bodies: the flexible fiberoptic endoscope. South Med J. 1977 Jun;70(6):702-4.
5. M. Shivakumar, Ashok S. Naik, K. B. Prashanth, Girish F. Hongal, Gaurav Chaturvedy. Foreign bodies in upper digestive tract. Indian J Pediatr. 2004 Aug;71(8):689-93
- 6.Webb WA. Manage of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. Gastrointest Endosc 1995 Jan ;41(1):39-51. Review
- 7.Huỳnh Ngọc Phương, Nguyễn Hữu Khôi. Lấy dị vật hạ họng thực quản bằng nội soi mềm. Nghiên cứu y học Y Học TP Hồ Chí Minh, tập 10(phụ bản 1) 2006, trang 36, Đại Học Y Dược TPHCM.
- 8.Trần Phương Nam và Nguyễn Tư Thế. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện trung ương Huế 2005-2006. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường Đại Học Y Dược Huế.
9. Trịnh Thị Lạp (1994), Tình hình dị vật thực quản tại Bệnh viện Đa khoa Thái bình trong 8 năm 1985-1989, Luận án chuyên khoa cấp II.
- 10.Gmeiner D, von Rahden BH, Meco C, Hutter J, Oberascher G, Stein HJ. Flexible versus rigid endoscopy for treatment of foreign body impaction in the esophagus. Surg Endosc. 2007 Nov;21(11):2026-9.

11. Võ Tấn (1983), “Dị vật thực quản” Tai-Mũi-Họng thực hành tập III, NXB Y học, Hà Nội, Tr. 207-214
12. O. Ekberg, K. Aksglaede, A. L. Baert. Radiology of pharynx and the esophagus. Springer, 2003, page 167, Sweden.
13. Webb WA, McDaniel L, Jones L. Foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: current management. South Med J. 1984 Sep;77(9):1083-6.
14. Benito Navarro JR, del Cuvillo Bernal A, Porrás Alonso E. “Esophageal foreign bodies. Our ten years of experience” Acta Otorrinolaringol Esp. 2003 Apr;54(4):281-5. Spanish.