

A LATE-PRESENTING ESOPHAGEAL PERFORATION COMPLICATED BY ESOPHAGOMEDIASTINAL FISTULA

Nguyen Quoc Thai^{1*}, Pham Huu Tung², Tran Phung Dung Tien³

¹Department of Gastrointestinal Surgery, Tam Anh Hospital, Ho Chi Minh city - 2B Pho Quang, Tan Son Hoa ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Department of Endoscopy, Tam Anh Hospital, Ho Chi Minh city - 2B Pho Quang, Tan Son Hoa ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

³Department of Gastrointestinal Surgery, Cho Ray Hospital - 201B Nguyen Chi Thanh, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 22/04/2026

Revised: 08/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Background: Esophageal perforation is a possibly life-threatening condition with mortality ranging from 10-40%. Delayed diagnosis, especially from fish bone ingestion, increases the risk of mediastinitis and chronic esophagomediastinal fistula.

Case presentation: A 28-year-old male experienced retrosternal pain after suspected fish bone ingestion and self-medicated without investigation. Symptoms subsided initially, but he developed chronic cough for 5 months after ingestion. Chest CT revealed a chronic esophagomediastinal fistula. The patient was treated with esophageal stenting. At 8 weeks follow-up, endoscopy confirmed complete healing of the fistula and the migrated stent-found in the stomach-was safely removed.

Conclusion: Delayed presentation of esophageal perforation may have an insidious course and is easily overlooked. Persistent respiratory symptoms in patients with a history of foreign body ingestion warrant imaging evaluation to rule out chronic fistula. Esophageal stent placement is an effective treatment option.

Keywords: Esophageal perforation, fish bone, stent, mediastinal fistula, delayed diagnosis.

*Corresponding author

Email: drquocthai@gmail.com Phone: (+84) 989004500 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5476



NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THÙNG THỰC QUẢN ĐẾN MUỘN BIẾN CHỨNG RÒ THỰC QUẢN-TRUNG THẤT

Nguyễn Quốc Thái^{1*}, Phạm Hữu Tùng², Trần Phùng Dũng Tiến³

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Tâm Anh thành phố Hồ Chí Minh - 2B Phố Quang, phường Tân Sơn Hòa, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Nội soi, Bệnh viện Tâm Anh thành phố Hồ Chí Minh - 2B Phố Quang, phường Tân Sơn Hòa, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy - 201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 08/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng thực quản là một tình trạng có thể đe dọa tính mạng với tỷ lệ tử vong dao động từ 10-40%. Việc chẩn đoán muộn, đặc biệt là các trường hợp do hóc xương cá, làm tăng nguy cơ viêm trung thất và rò thực quản - trung thất mạn tính.

Ca bệnh: Bệnh nhân nam 28 tuổi bị đau sau xương ức nghi sau nuốt xương cá và tự điều trị. Ban đầu triệu chứng giảm dần, nhưng 5 tháng sau, bệnh nhân xuất hiện ho kéo dài. CT scan ngực phát hiện rò thực quản-trung thất mạn. Bệnh nhân được điều trị bằng đặt stent thực quản. Sau 8 tuần, nội soi kiểm tra cho thấy vị trí rò đã lành, stent đã di chuyển xuống dạ dày và được lấy bỏ an toàn.

Kết luận: Thủng thực quản đến muộn có thể diễn tiến âm thầm và dễ bị bỏ sót. Các triệu chứng hô hấp dai dẳng ở bệnh nhân có tiền sử nuốt dị vật cần được khảo sát hình ảnh để loại trừ rò mạn tính. Đặt stent thực quản là một lựa chọn điều trị hiệu quả.

Từ khóa: Thủng thực quản, xương cá, stent thực quản, rò trung thất.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng thực quản là một cấp cứu ngoại khoa ít gặp nhưng có tỷ lệ tử vong rất cao, dao động từ 10-40% tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng và thời gian chẩn đoán [1]. Trong các nguyên nhân gây tổn thương thực quản, dị vật đường ăn, đặc biệt là xương cá, chiếm tỷ lệ cao ở châu Á, liên quan đến thói quen ăn uống và đặc điểm sinh hoạt. Phần lớn bệnh nhân đến sớm nhờ triệu chứng điển hình, nhưng một số trường hợp chỉ bị thủng nhỏ, kín đáo, hoặc dị vật xuyên qua thành thực quản và rơi vào mô mềm lân cận, khiến nội soi tiêu hóa không phát hiện tổn thương. Điều này dẫn đến chẩn đoán muộn, làm tăng nguy cơ viêm trung thất, áp xe hoặc hình thành rò thực quản-trung thất [2-3].

Khi thủng thực quản không được phát hiện sớm, bệnh nhân có thể diễn tiến âm thầm trong nhiều tháng, đôi khi chỉ với các triệu chứng mơ hồ như ho kéo dài hoặc viêm phổi tái diễn. Việc nhận diện triệu chứng không điển hình và chỉ định chẩn đoán hình ảnh kịp thời đóng vai trò quyết định trong điều trị.

Chúng tôi trình bày một trường hợp thủng thực quản do xương cá đến muộn sau 5 tháng, biểu hiện chủ yếu bằng ho kéo dài, được chẩn đoán xác định bằng CT scan, nội soi thực quản-dạ dày và điều trị bằng đặt stent thực quản.

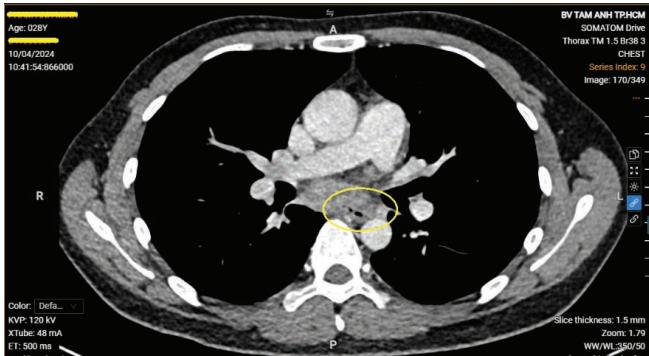
2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 28 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đến khám vì ho kéo dài khoảng 5 tháng, ho tăng khi ăn và kèm đau nhẹ sau xương ức. Khai thác bệnh sử ghi nhận bệnh nhân từng nghi nuốt xương cá 5 tháng trước, khi đó sau bữa ăn có cá rô phi thì có cảm giác đau sau xương ức, nhói ra vùng lưng và nuốt vướng nhẹ trong vài ngày. Bệnh nhân tự mua thuốc uống ở nhà, triệu chứng giảm dần nên không đi khám. Sau đó bệnh nhân bắt đầu ho dai dẳng, ho có đờm từng đợt, đi khám tại bệnh viện địa phương, chẩn đoán viêm phế quản, điều trị nội khoa. Bệnh tái đi tái lại, ho có đờm, thỉnh thoảng sốt nhẹ về đêm 3-4 ngày.

Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân không sốt, không khó thở, nghe phổi không có ran bất thường. Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng (WBC 17,4 K/ μ L, NEU 85,5%); CRP 117mg/L. CT scan ngực được chỉ định nhằm tìm nguyên nhân ho kéo dài. Hình ảnh cho thấy thâm nhiễm mỡ trung thất, ưu thế vùng trung thất giữa, rải rác bên trong có các ổ tụ dịch nhỏ, kèm hình ảnh tụ khí len lõi trung thất giữa. Dày thành thực quản đoạn ngực giữa (nghĩ do viêm), nghi ngờ rò thực quản-trung thất vị trí góc trước phải, tương ứng dưới góc carina khoảng 2 cm. Không ghi nhận dị vật đậm độ cao trên phim, không ghi nhận tổn thương nhu mô hai phổi.

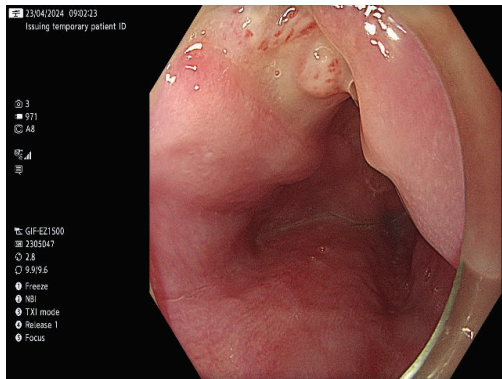
*Tác giả liên hệ

Email: drquocthai@gmail.com Điện thoại: (+84) 989004500 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5476



Hình 1. CT scan nghi ngờ rò thực quản-trung thất với hình ảnh viêm trung thất

Nội soi dạ dày ghi nhận cách cung răng trên khoảng 26-30 cm có tổn thương dạng lõm thay đổi cấu trúc mạch máu, ở giữa tổn thương có cấu trúc dạng lỗ rò, có ít dịch đục. Sinh thiết tổn thương, kết quả giải phẫu bệnh là viêm niêm mạc thực quản mạn tính, không ghi nhận ung thư trên mẫu thử.

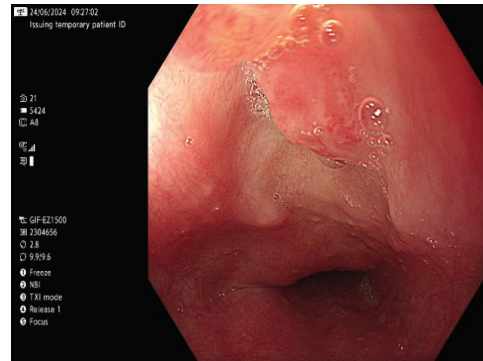


Hình 2. Hình ảnh nội soi ghi nhận rò thực quản, và can thiệp đặt stent có phủ

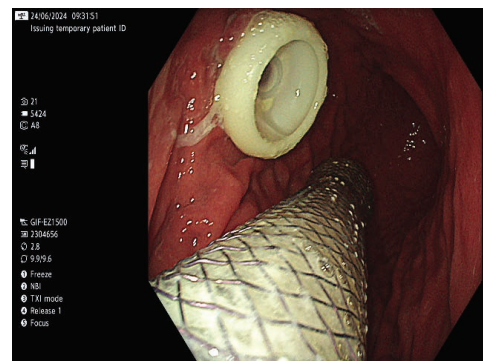
Bệnh nhân được hội chẩn và quyết định điều trị bằng đặt stent thực quản có phủ nhằm che kín đường rò, tạo điều kiện cho tổn thương lành, và mở dạ dày ra da nuôi ăn. Thủ thuật được tiến hành qua nội soi ống mềm dưới hướng dẫn X quang. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh Tazocin truyền tĩnh mạch 4,5g x 3 lần/ngày, tiêm tĩnh mạch Nexium 40 mg/ngày và nuôi ăn bằng ống mở dạ dày. Sau đặt stent, bệnh nhân giảm ho rõ rệt, không còn đau sau xương ức, xét nghiệm số lượng bạch cầu và CRP giảm. Sau 5 ngày điều trị, bệnh nhân có sinh hiệu ổn, xét nghiệm số lượng bạch cầu và CRP bình thường và được xuất viện.

Bệnh nhân tái khám định kỳ sau 8 tuần. Nội soi kiểm tra cho thấy cách cung răng trên khoảng 23-24 cm, có sẹo cũ tương

ứng với vị trí kẹp clip cố định stent. Cách cung răng trên khoảng 27 cm, vị trí lỗ rò trước đây, thấy có sẹo cũ lành tốt, không còn thấy lỗ rò. Đồng thời, stent được phát hiện tự di chuyển xuống dạ dày, một hiện tượng thường gặp trong điều trị rò bằng stent. Stent được gấp lấy qua nội soi an toàn. Bệnh nhân hết ho, ăn uống bình thường, CT scan kiểm tra không còn dấu hiệu viêm trung thất hay tổn thương thực quản, xét nghiệm máu số lượng bạch cầu và CRP bình thường.



Hình 3. Hình ảnh nội soi sau 8 tuần không còn thấy lỗ rò và stent trôi xuống dạ dày được lấy bỏ



3. BÀN LUẬN

Dị vật đường tiêu hóa là nguyên nhân hàng đầu gây thủng thực quản tại châu Á, trong đó xương cá chiếm tỷ lệ nổi bật [4]. Nhiều trường hợp thủng nhỏ không được phát hiện trong giai đoạn cấp, khiến bệnh nhân tự điều trị, dẫn đến chẩn đoán trễ như mô tả trong các báo cáo của Kim H.U hay Chirica M và cộng sự [4-5]. Viêm trung thất và rò thực quản-trung thất là những biến chứng thường gặp khi thời gian từ lúc thủng đến khi can thiệp kéo dài quá 24 giờ [1], [3].

Các triệu chứng hô hấp dai dẳng, bao gồm ho kéo dài hoặc viêm phổi tái diễn, có thể là biểu hiện duy nhất của rò thực quản-trung thất mạn tính. Wu J.T và cộng sự [6] đã mô tả tình trạng này như một dạng biến chứng thường bị bỏ sót trong giai đoạn đầu. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân không còn triệu chứng tiêu hóa nhưng lại xuất hiện ho dai dẳng sau nhiều tháng, phù hợp cơ chế kích thích đường thở do rò.

CT scan là phương tiện có độ nhạy cao trong chẩn đoán thủng thực quản và rò mạn tính, vượt trội so với X quang và nội soi khi dị vật đã rơi khỏi lòng thực quản [5]. Hình ảnh CT scan giúp xác định vị trí rò, mức độ viêm xơ và định hướng điều trị.

Điều trị thủng thực quản phải cá thể hóa dựa trên thời gian thủng, vị trí, kích thước lỗ thủng, mức độ nhiễm trùng, và tình trạng toàn thân của bệnh nhân.

Phẫu thuật vẫn là tiêu chuẩn vàng trong đa số trường hợp, đặc biệt khi lỗ thủng lớn hoặc có hoại tử kèm theo, có

viêm trung thất hoặc tràn mủ màng phổi, bệnh nhân đến trễ trên 24 giờ nhưng có ổ nhiễm trùng lan rộng.

Phẫu thuật bao gồm: khâu phục hồi lỗ thủng, mở rộng dẫn lưu, cắt lọc mô hoại tử, đôi khi cần tái tạo. Biancari F và cộng sự (2013) ghi nhận tỷ lệ sống cao hơn đáng kể ở nhóm được phẫu thuật sớm [7].

Điều trị bảo tồn có thể áp dụng trong các trường hợp được chọn lọc như lỗ thủng nhỏ, khu trú, không có viêm trung thất lan tỏa, bệnh nhân ổn định, không sốc nhiễm trùng. Liệu pháp bao gồm: nhịn ăn, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch/ống thông dạ dày hoặc hồng tràng, kháng sinh phổ rộng, dẫn lưu áp lực thấp nếu có dịch [8]. Nghiên cứu của Vogel S.B và cộng sự [9] cho thấy tỉ lệ thành công lên tới 75% ở nhóm được chọn lọc tốt.

Trong những năm gần đây, sự phát triển của nội soi can thiệp đã làm thay đổi đáng kể chiến lược điều trị thủng và rò thực quản. Đặt stent thực quản có phủ được xem là một lựa chọn ít xâm lấn, đặc biệt hữu ích trong các trường hợp thủng đến muện nhưng đã khu trú, không có hoại tử lan rộng và tình trạng nhiễm trùng đã được kiểm soát. Cơ chế tác dụng của stent là che kín lỗ thủng hoặc đường rò, ngăn dòng dịch tiêu hóa tiếp xúc với mô trung thất, từ đó tạo điều kiện cho tổn thương tự lành trong khi vẫn duy trì được lưu thông đường ăn qua miệng [10].

Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thành công của đặt stent trong điều trị thủng thực quản dao động từ 70-90%, đặc biệt hiệu quả ở các trường hợp rò mạn tính hoặc thủng sau can thiệp nội soi [1], [10]. Freeman R.K và cộng sự báo cáo tỷ lệ kiểm soát rò thành công 87% khi sử dụng stent kim loại tự bung có phủ trong điều trị thủng và rò thực quản không do ung thư [10]. Tương tự, Dasari B.V và cộng sự trong một phân tích tổng hợp đã kết luận rằng đặt stent nội soi là phương pháp an toàn với tỷ lệ tử vong thấp hơn so với phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân được chọn lọc phù hợp [11].

Tuy nhiên, đặt stent không phải không có biến chứng. Di lệch stent là biến chứng thường gặp nhất, với tỷ lệ dao động từ 12-31%, đặc biệt khi sử dụng stent có phủ hoàn toàn. Trong trường hợp của chúng tôi, stent tự di chuyển xuống dạ dày sau 8 tuần nhưng không gây biến chứng và được lấy bỏ an toàn qua nội soi. Ngoài ra, các biến chứng khác như loét do tỳ đè, chảy máu, hẹp thực quản thứ phát hoặc thất bại đóng kín hoàn toàn đường rò cũng đã được ghi nhận [10], [12]. Do đó, việc lựa chọn đúng chỉ định, kiểm soát nhiễm trùng tốt trước và sau đặt stent, cũng như theo dõi sát sau can thiệp là yếu tố quyết định thành công.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES), điều trị thủng thực quản cần cá thể hóa dựa trên thời gian phát hiện, mức độ nhiễm trùng, vị trí và kích thước lỗ thủng. Ở bệnh nhân ổn định huyết động, tổn thương khu trú, không có hoại tử lan rộng và đã được kiểm soát nhiễm trùng thích hợp, các phương pháp điều trị ít xâm lấn như đặt stent thực quản có phủ có thể được cân nhắc như một lựa chọn thay thế phẫu thuật [13]. Khuyến cáo này nhấn mạnh rằng việc kiểm soát ổ nhiễm trùng, kháng sinh phổ rộng và hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ là những yếu tố bắt buộc đi kèm khi áp dụng chiến lược bảo tồn hoặc nội soi. Trường hợp của chúng tôi phù hợp với nhóm chỉ định này: bệnh nhân đến muộn nhưng tình trạng viêm đã khu trú, không có sốc nhiễm trùng, và kích thước lỗ rò nhỏ. Kết quả sau 8 tuần cho thấy đường rò lành hoàn toàn, củng cố vai trò của stent như một lựa chọn hiệu quả trong thủng thực quản do dị vật đến muộn.

4. KẾT LUẬN

Thủng thực quản do dị vật có thể diễn tiến âm thầm nếu không được chẩn đoán sớm. Các triệu chứng hô hấp dai

dẳng như ho kéo dài cần được đánh giá cẩn thận ở bệnh nhân có tiền sử nuốt dị vật. CT scan kết hợp với nội soi thực quản-dạ dày là công cụ quan trọng giúp phát hiện rò mạn tính và định hướng điều trị. Đặt stent thực quản có phủ là phương pháp hiệu quả và ít xâm lấn, cho phép đường rò lành tự nhiên. Việc theo dõi định kỳ sau đặt stent là cần thiết để phát hiện di lệch stent và xử trí kịp thời.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Brinster C.J, Singhal S, Lee L, Marshall M.B, Kaiser L.R, Kucharczuk J.C. Evolving options in the management of esophageal perforation. The Annals of thoracic surgery, 2004, 77 (4): 1475-83. doi: 10.1016/j.athoracsur.2003.08.037
- [2] Aiolfi A, Ferrari D, Riva C.G, Toti F, Bonitta G, Bonavina L. Esophageal foreign bodies in adults: systematic review of the literature. Scandinavian journal of gastroenterology, 2018, 53 (10-11): 1171-8. doi: 10.1080/00365521.2018.1526317
- [3] Atilla E, Ibrahim C.K et al. Esophageal perforation: the importance of early diagnosis and primary repair. Diseases of the Esophagus, 2004, 17 (1): 91-4. doi: 10.1111/j.1442-2050.2004.00382.x
- [4] Kim H.U. Oroesophageal fish bone foreign body. Clinical Endoscopy, 2016, 49 (4): 318-326. doi: 10.5946/ce.2016.087
- [5] Chirica M, Champault A, Dray X, Sulpice L, Munoz-Bongrand N, Sarfati E et al. Esophageal perforations. Journal of Visceral Surgery, 2010, 147 (3): e117-28.
- [6] Wu J.T, Mattox K.L, Wall M.J. Esophageal perforations: new perspectives and treatment paradigms. The Journal of Trauma, 2007, 63 (5): 1173-84. doi: 10.1097/TA.0b013e31805c0dd4
- [7] Biancari F, D'Andrea V, Paone R, Di Marco C, Savino G, Koivukangas V et al. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: systematic review and meta-analysis of 75 studies. World journal of surgery, 2013, 37 (5): 1051-9. doi: 10.1007/s00268-013-1951-7
- [8] Altorjay A, Kiss J, Vörös A, Bohák A. Nonoperative management of esophageal perforations. Is it justified? Ann Surg, 1997, 225 (4): 415-21. doi: 10.1097/0000658-199704000-00011
- [9] Vogel S.B, Rout W.R, Martin T.D, Abbitt P.L. Esophageal perforation in adults: aggressive, conservative treatment lowers morbidity and mortality. Ann Surg, 2005, 241 (6): 1016-23. doi: 10.1097/01.sla.0000164183.91898.74
- [10] Freeman R.K, Ascoti A.J. Esophageal stent placement for the treatment of perforation, fistula, or anastomotic leak. Seminars in thoracic and cardiovascular surgery, 2011, 23(2): 154-8. doi: 10.1053/j.semtcvs.2011.08.005
- [11] Dasari B.V, Neely D, Kennedy A, Spence G, Rice P, Mackle E et al. The role of esophageal stents in the management of esophageal anastomotic leaks and benign esophageal perforations. Ann Surg, 2014, 259 (5): 852-60. doi: 10.1186/s13017-019-0245-2
- [12] van Boeckel P.G, Sijbring A, Vleggaar F.P, Siersema P.D. Systematic review: temporary stent placement for benign rupture or anastomotic leak of the oesophagus. Alimentary pharmacology & therapeutics, 2011, 33(12): 1292-301. doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04663.x
- [13] Chirica M, Kelly M.D, Siboni S, Aiolfi A, Riva C.G, Asti E et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. World Journal of Emergency Surgery: WJES, 2019, 14: 26. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2010.08.003