



# Nhân hai trường hợp đặt giá đỡ khí quản (stent) dumon trong ung thư khí quản tại Khoa Hô Hấp Bệnh viện Bạch Mai

Hoàng Hồng Thái\*, Đoàn Phương Lan\*, Vũ Văn Giáp\*,

Ngô Quý Châu\*, Nguyễn Diệu Hồng\*, Trần Đăng Luân\*, Nguyễn Tuấn Anh\*

## TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Hẹp khí quản do ung thư khí quản là một tổn thương khá hiếm. Loại bỏ khối u bằng điện đông cao tần và giữ cho đường thở thông thoáng ở bệnh nhân (BN) ung thư khí quản bằng đặt giá đỡ (stent) khí quản đã được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới và đã được thực hiện ở một số Bệnh viện lớn ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị điện đông loại bỏ khối u khí quản và đặt giá đỡ khí quản ở hai BN ung thư khí quản có chít hẹp khí quản và phế quản gốc không còn chỉ định ngoại khoa. **Đối tượng:** 1. BN nam 59 tuổi bị ung thư khí quản loại tế bào vảy. Khối u ở 1/3 giữa khí quản, lấp 90% lòng khí quản gây khó thở cấp tính. 2. BN nam 71 tuổi, chẩn đoán u phế quản gốc 2 bên tỳ tế bào nhỏ gây lấp tắc > 90% phế quản gốc phải và 50% phế quản gốc trái. **Phương pháp:** Giải phóng lòng khí, phế quản bằng kỹ thuật điện đông cao tần. Tiếp theo là đặt Stent Dumon tại vị trí khí, phế quản bị tổn thương sau khi loại bỏ u. BN thứ nhất đặt stent dài 3 cm, đường kính 16 mm, thắt eo ở giữa (ký hiệu ST của Dumon). BN thứ 2 đặt stent chữ Y kích thước 16mm. Vì không có ống đặt stent phù hợp với kích thước của stent nên phải thay bằng ống cứng của hệ thống soi Fridel làm ống mang stent. Dùng ống soi mềm dẫn đường, đưa ống mang stent vào khí, phế quản. **Kết quả:** Đốt điện đông cao tần đã loại bỏ gần hoàn toàn khối u, stent được đặt đúng vị trí, tư thế tốt, lòng stent thông thoáng. BN thứ nhất khám lại sau 5 tháng stent lưu trong khí quản, hóa chất phối hợp xạ trị vào khối u, thấy tình trạng BN tốt, không khó thở, không có tiếng thở rít, không ho máu. Soi kiểm tra: thấy stent vẫn nằm đúng vị trí như khi đặt. BN thứ hai tình trạng khó thở được cải thiện đáng kể sau khi đặt stent, có thể nằm ngủ bình thường, không cần thở oxy. **Kết luận:** U khí, phế quản gốc là một cản trở đường thở rất nguy hiểm cho tính mạng người bệnh. Phối hợp loại bỏ u bằng điện đông cao tần và đặt một giá đỡ để tránh tái hẹp khí, phế quản do u là việc làm cần thiết. Stent bằng silicon của Dumon có hiệu quả tốt trong việc tránh tái hẹp khí quản do u, ít di chuyển, không bị bóp méo hay bị huỷ hoại do xạ trị tiếp theo. Kỹ thuật lần đầu tiên thực hiện tại Việt Nam.

\* Bệnh viện Bạch Mai



## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U khí, phế quản là một trong những khối u nguy hiểm, nguy cơ có thể gây tử vong cho người bệnh trong thời gian ngắn nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời, ngay cả khi được mở khí quản hay đặt nội khí quản. Tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch mai có hai trường hợp ung thư khí quản và u phế quản gốc đã được loại bỏ bằng kỹ thuật điện đông cao tần sau đó được đặt stent khí quản và stent chữ Y. Thành công bước đầu của kỹ thuật đã mở ra một hướng mới đầy triển vọng cho những trường hợp u khí phế quản, góp phần cứu sống BN trong hoàn cảnh hết sức cấp bách. Chúng tôi xin trình bày 2 trường hợp này để quý đồng nghiệp tham khảo.

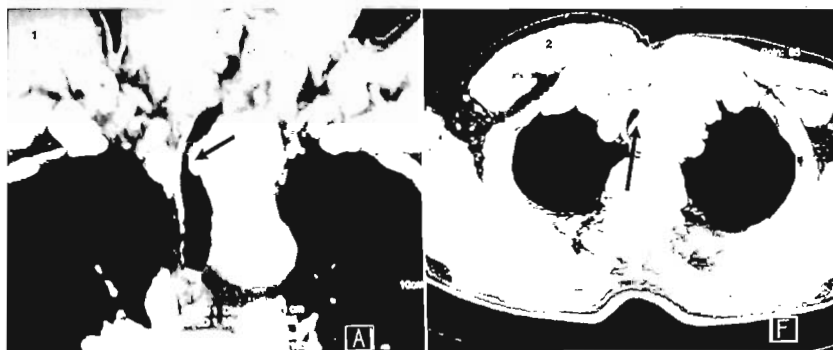
### 1. Bệnh án 1

BN nam 59 tuổi. Tháng 6 - 2008 BN xuất hiện khàn tiếng, được khám tại bệnh viện tỉnh với chẩn đoán viêm thanh quản. Sau đó, BN được khám tại

bệnh viện K với chẩn đoán liệt hồi quy trái chưa rõ nguyên nhân. Về nhà BN điều trị thuốc gì không rõ nhưng khó thở ngày càng tăng, kèm theo sốt. BN đến khám cấp cứu tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai. Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào 40 bao/năm.

BN được chuyển đến khoa Hô hấp trong tình trạng: sốt 38°C, tỉnh, khó thở, ho nhiều, khạc đờm trắng đục, khàn tiếng rõ. Đứng cạnh BN có thể nghe thấy tiếng thở rít rõ vùng cổ. Khám phổi: tiếng thở rít xuất phát từ cổ lan xuống phía dưới khí quản. Chụp phim X - quang ngực: hình ảnh trung thất trên rộng hơn bình thường. Các xét nghiệm máu không có gì đặc biệt.

Chụp cắt lớp vi tính ngực đa đầu dò (MSCT) có tiêm thuốc cản quang, dựng ảnh 3 chiều nhận thấy hình ảnh khối u ở 1/3 dưới, bờ trái khí quản, dài gần 3cm. Lòng khí quản chỉ còn là một khe nhỏ. Tổn thương ngoài khí quản ở bờ trái chiếm gần hết nền cổ.



Hình 1. Hình cắt dọc (1) và cắt ngang (2): u gây hẹp lòng khí quản (mũi tên)

Nội soi phế quản tiến hành ngày 18/12/2008 ống soi mềm Olympus, cỡ 5,6mm thấy hình ảnh khối u sùi ở 1/3 giữa khí quản, bề mặt hoại tử, chân có tăng sinh mạch máu nhiều. Lòng khí quản tại vị trí của khối u chỉ còn một khe hẹp không đưa được ống soi qua.

Kết quả mô bệnh học của khối u: ung thư biểu mô vảy kém biệt hoá.

Chỉ định loại bỏ khối u sùi khí quản bằng điện đông cao tần kết hợp đặt giá đỡ khí quản do:

- BN thường xuyên lên cơn khó thở nghe có tiếng rít rõ.

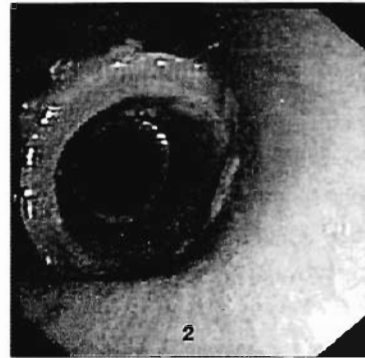
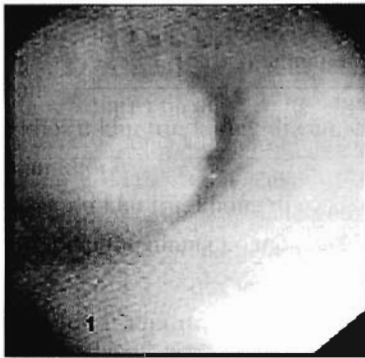
- Không có chỉ định phẫu thuật do khối u đã xâm lấn vào thành khí quản và trung thất.

Tiến hành nội soi khí phế quản ngày 27/12/2008 tại phòng mổ Bệnh viện Bạch Mai.

Sau 3 giờ đốt cắt khối u bằng điện đông cao tần đã hoàn toàn giải phóng lòng khí quản. Do không có dụng cụ đẩy stent phù hợp với cỡ stent của BN (dài 4 cm, thành dày 1mm, đường kính 16 mm, chất liệu silicon của hãng NOVATEC), nên chúng tôi phải dùng ống soi cứng thay ống đẩy stent bằng cách nhồi stent vào ống soi. Thủ thuật đặt stent khí quản theo

tình huống mới này gồm 3 người làm việc đồng thời vì ống đưa stent không có ánh sáng dẫn đường nên phải dùng một ống soi mềm hỗ trợ dẫn đường. Thứ tự quy trình thực hiện gồm: Một người đưa ống soi mềm Olympus 5,6mm qua mũi để dẫn đường. Một người đưa ống

chứa stent (ống soi cứng Fridel qua đường miệng) đưa nhanh qua thanh quản. Một người đẩy stent khi ống mang stent đã vào khí quản. Đúng như quy trình đã định, stent được đưa vào khí quản và bung ra, sau ít phút chỉnh bằng kim chuyên dụng đặt stent.



**Hình 2. Hình ảnh nội soi khí quản: (1) trước đốt điện, (2) sau đốt điện và đặt stent khí quản**

Soi phế quản kiểm tra sau đốt điện và đặt stent một ngày thấy hình ảnh stent nằm đúng chỗ, không tắc, di lệch. BN được điều trị bổ sung bằng khí dung NaCl 0,9% 5ml x4 lần/ngày, thuốc loãng đờm và kháng sinh chống bội nhiễm.

Đến nay, sau 5 tháng lưu stent, BN, không khó thở, không có tiếng rít ở khí quản, nuốt không đau. Nghe phổi không có ran. Chụp phổi: không thấy gì bất thường ngoài hình ảnh trung thất trên rộng như đã có từ trước. Hình stent nằm đúng vị trí, không lệch, lòng stent thoáng.

Soi kiểm tra lần 2: ngày 5/1/2009: lòng stent thoáng, có đọng lớp dịch phế quản loãng. Hai đầu stent không gây xây sát cho thành khí quản, có mảng nhầy dính dai ở cực dưới của stent lấy ra dễ dàng bằng kim sinh thiết mềm. Lòng phế quản phía dưới thông thoáng, không ứ đọng

Hội chẩn với Trung tâm ung bướu Bệnh viện Bạch Mai xét điều trị xạ trị, phối hợp theo dõi nhằm phát hiện xử trí các phiền phức có thể xảy ra:

1. Di chuyển stent trong khi xạ trị, đây là biến chứng rất nguy hiểm, có thể làm ngạt thở BN.

2. Chảy máu do stent di chuyển, bít tắc lòng stent nếu đọng đờm đặc.

3. Xa hơn, là sùi ở hai đầu của stent cũng là một trong những yếu tố gây ngạt người bệnh từ từ.

Sau 2 tháng xạ trị tại khối u ngoài khí quản, soi phế quản kiểm tra lần 5: ngày 16/2/2009 stent thông thoáng, có một chút dịch nhầy quánh đọng trong lòng stent, không thấy sùi ở hai đầu stent, không thấy stent bị di lệch.

## 2. Bệnh án 2

BN nam 71 tuổi, thợ mộc. Vào viện: 11/3/2009. Tiền sử: Hút thuốc lâu 50 năm, tăng huyết áp 10 năm, điều trị không thường xuyên. Basedow 2 năm nay, dùng thuốc 2 tháng nay.

Bệnh sử: BN khó thở tăng dần khoảng 1,5 tháng, ho đờm trắng, đã điều trị 15 ngày ở Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, 10 ngày ở Bệnh viện Thanh Nhân với chẩn đoán hen phế quản. Tiến triển bệnh ngày càng nặng hơn, khó thở liên tục tăng dần, BN được chuyển vào khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai, sau đó chuyển C5 tim mạch điều trị 3 ngày (nghi hen



tim). BN vẫn khó thở liên tục. Trên phim phổi thẳng có hình ảnh trung thất rộng do đó BN được chuyển về khoa Hô hấp điều trị.

Khám lúc vào: Tỉnh, thể trạng gầy, mệt mỏi. Khó thở liên tục, không thể nằm (BN ngồi liên tục từ 1,5 tháng nay). Không thể tự phục vụ các sinh hoạt cá nhân. Ho lọc xọc, thở rít. Phổi ran rít 2 bên chủ yếu bên phải. Không sốt. HA: 140/60mmHg. SaO<sub>2</sub>: 97% (oxy 3 lít/phút).

Chụp phim X - quang ngực: hình ảnh trung thất trên rộng hơn bình thường. Các xét nghiệm máu không có gì đặc biệt. Chụp MSCT ngực độ phân giải cao có tái tạo 3 chiều: có hình ảnh một tổn thương sùi ở PQ gốc gây hẹp lòng PQ gốc 2 bên.

Nội soi phế quản (24/4/2009) tiến hành với ống soi mềm Olympus, cỡ ống 3 mm, tư thế ngồi. Tổn thương là một tổ chức u sùi ở carina lan sang phế quản gốc 2 bên.

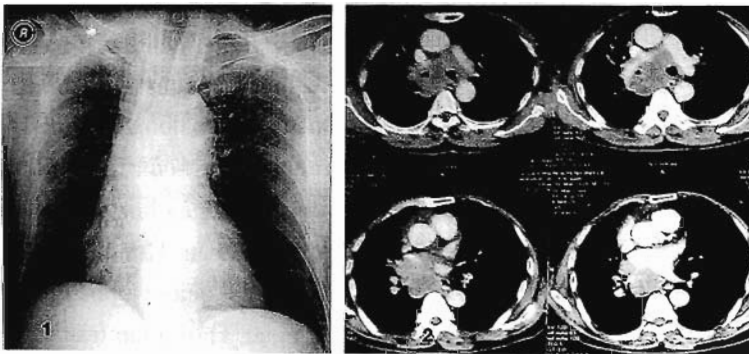
Sinh thiết tổn thương: kết quả là một ung thư tủy tế bào nhỏ.

Đây là một trường hợp ung thư tủy tế bào nhỏ xâm nhập vào trong lòng khí quản và ngoài thành khí quản, vào trung thất đoạn 1/3 dưới của khí quản trong lồng ngực.

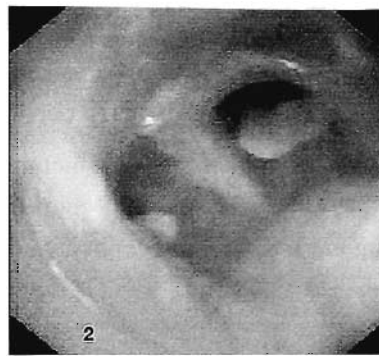
Quyết định nội soi can thiệp đốt điện đông cao tần với gây mê nội khí quản rồi đặt stent khí phế quản hình chữ Y, đường kính của stent 16

mm, chất liệu silicon. Các dụng cụ để đẩy stent của hãng NOVATEC. Ca nội soi khí phế quản được tiến hành ngày 28/4/2009 tại phòng mổ Bệnh viện Bạch Mai. Sau 2 giờ đốt cắt khối u bằng điện đông cao tần chúng tôi đã giải phóng phần lớn tổn thương bít tắc phế quản gốc 2 bên, bên trái tốt hơn bên phải, vì tổn thương ung thư đã lan xuống thâm nhiễm PQ đỉnh và PQ trung gian. Mặc dù dụng cụ còn thiếu thốn, ống nội soi cứng và dụng cụ đẩy stent không đồng bộ, nhưng bằng sự nỗ lực chúng tôi đã đưa được stent chữ Y vào đúng vị trí an toàn. Sau khi đặt stent BN được soi kiểm tra lại bằng ống soi mềm, thấy chựa stent tựa tốt trên carina, 2 nhánh PQ gốc thông thoáng. BN được đặt lại nội khí quản, thở máy và chuyển theo dõi hậu phẫu.

Các ngày tiếp theo BN đều được soi phế quản kiểm tra và hút sạch đờm trong lòng stent. BN được điều trị bổ sung bằng khí dung huyết thanh mận 0,9% 4 lần/ ngày, mỗi lần 5ml, thuốc làm loãng đờm và kháng sinh phối hợp chống bội nhiễm. Sau 4 ngày BN được chuyển lại khoa Hô hấp trong tình trạng tỉnh táo, khó thở ít, có thể nằm được. Phổi có ít ran ngáy bên phải. SaO<sub>2</sub>: 94% (không oxy). Soi kiểm tra lần 4: sau rút nội khí quản 3 ngày: lòng stent thoáng, stent ở đúng vị trí, nhiều dịch đục lòng PQ 2 bên. Hút và rửa sạch lòng PQ 2 bên.



**Hình 3. Bóng trung thất rộng trên X quang phổi thẳng (1) và hình khối u gây tắc hẹp lòng phế quản gốc hai bên trên phim CLVT (2)**



**Hình 4. (1) Hình ảnh khối u gây tắc lỗ phế quản gốc hai bên trước can thiệp và (2) sau đốt điện khối u khí quản và đặt stent**

## II. BÀN LUẬN

Ung thư khí quản loại tế bào biểu mô vảy và ung thư tế bào nhỏ là một tổn thương ung thư khá hiếm ở khí quản qua y văn thế giới cũng như trong nước. Khi ung thư mới phát triển trong khí quản thường chỉ gây cho người bệnh triệu chứng ho khan thậm chí có ho máu. Dần dần người bệnh có khó thở khi khối u chiếm gần 50% khẩu kính khí quản, phế quản gốc 2 bên. Giai đoạn này, về lâm sàng thường hay lầm với bệnh cảnh của hen phế quản hay đợt cấp của bệnh phổi mạn tính. Nếu không phát hiện kịp thời có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh [1],[2],[3].

Chính vì vậy, nhiều trường hợp khi đến được các cơ sở chuyên sâu thường muộn với các triệu chứng chít hẹp đường thở nguy kịch. Trong số những trường hợp đó có một số ít các trường hợp may mắn đặt được nội khí quản hoặc mở khí quản do vị trí khối u ở trên chỗ mở khí quản và thường ở 1/3 trên của khí quản. Một số trường hợp khác, khối u ở vị trí thấp hơn, nội khí quản, mở khí quản cũng chỉ giải quyết được khó thở một phần rất nhỏ. Nội soi phế quản chẩn đoán mức độ chít hẹp khí quản, chụp MSCT đánh giá tổng thể tổn thương, khi đã có lan rộng thì chỉ

định ngoại khoa phẫu thuật cắt nối khí quản không còn chỉ định [3][4][5].

Hai BN của chúng tôi có u trong lòng khí quản, đã mất nhiều tháng để đi khám tìm bệnh, được chẩn đoán viêm dây thanh âm và hen phế quản điều trị cho tới khi có biểu hiện ngạt thở mới đến cơ sở chuyên khoa. Đây cũng là điều mà nhiều cơ sở y tế có thể nhầm. Khi khối u đã lớn, chiếm gần hết lòng khí quản, phế quản gốc 2 bên lại còn xâm lấn ra lồng ngực, vị trí ngay dưới nền cổ, đã được hội chẩn không còn chỉ định phẫu thuật. BN trong tình trạng ngạt thở nặng dần từng ngày đã đặt cho khoa Hô hấp và các bác sỹ can thiệp nội soi phải tiến hành loại bỏ khối u thật nhanh trong điều kiện có thể.

Chúng tôi đã sử dụng 2 kỹ thuật can thiệp trên cùng một BN.

### 1. Kỹ thuật điện đông cao tần để loại bỏ u trong lòng khí quản, phế quản gốc hai bên

Qua các công trình nghiên cứu cho thấy chỉ định đốt điện đông giải phóng lòng khí quản, phế quản gốc hoàn toàn phù hợp vì khối u khí quản lớn lấp gần hết khẩu kính khí quản và phế quản gốc 2 bên. Hơn nữa, vị trí của khối u lại ở 1/3 dưới khí quản và phế quản gốc lại nằm trong lồng ngực, khối u lan tràn ra khỏi thành khí phế quản, vào trung thất nên chỉ định của kỹ thuật điện đông cao tần hoàn toàn hợp lý theo đúng



quy trình đã đề ra. Theo y văn, khi đốt điện đông cao tần với những khối u khí quản ở ngoài lồng ngực thường phải mở khí quản nếu khối u ở trên chỗ mở khí quản [1],[2],[6],[7].

Nếu khối u ở trong khí quản đoạn trong lồng ngực, hay phế quản gốc thì phải thông qua nội khí quản kích thước lớn và tiến hành qua ống soi mềm. Phương thức tiến hành kỹ thuật điện đông của chúng tôi phù hợp với những khuyến cáo của nhiều tác giả. Kỹ thuật thực hiện đã tuân thủ những quy định của quy trình của nhiều nghiên cứu [1],[2],[6].

**2. Kỹ thuật đặt giá đỡ cho vùng khí quản sau khi khối u đã được loại bỏ**

Do đặc điểm của khối u sau khi cắt đốt bằng điện đông cao tần, khối ung thư có nguy cơ gây hẹp trở lại nên có điều kiện cần phải đặt ngay một giá đỡ (stent) để giữ cho lồng khí quản thông thoáng, BN dễ thở và tiếp tục xạ trị vào khối u những ngày tiếp theo. Vì thiếu phương tiện nên chúng tôi phải dùng ống soi cứng Fridel số 11 để nhồi stent. Khi đặt, phải có 2 người trợ thủ (một: đưa ống soi mềm để có ánh sáng hướng ống soi mang stent đi đúng vào khí quản, một người khác đẩy stent ra khỏi ống mang stent). Stent được đặt đúng vị trí cần thiết và đã thành công. Cả 2 BN được mang stent dung nạp tốt; không sốt, không ho máu, đặc biệt qua hai tháng mang stent, không thấy di chuyển, không có hiện tượng sùi thành khí quản ở hai cực của stent. Điều trị bổ sung các thuốc lỏng đờm, kháng sinh hỗ trợ đặc lực cho thành công này.

So với kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới, những biến cố mà các tác giả nêu chưa gặp ở BN của chúng tôi [8],[9].

Đây là một kỹ thuật có triển vọng phát triển trong tương lai đối với các tổn thương gây chít hẹp khí quản dù lành hay ác tính ❖

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Dumon JF (1990). A dedicated tracheobronchial stent. *Chest* 97(2):328-32.
2. Walser EM (2005). Stent placement for tracheobronchial disease. *Eur J Radiol. Sep*;55(3):321-30.
3. John F Beamis, Jr Praveen N, Mathur, Atul C Mehta (2004). *Intervetional pulmonary medicine. Marcel Dekker.Inc*
4. Martinez-Ballarín JI, Diaz-Jimenez JP, Castro MJ, Moya JA. (1996). Silicone stents in the management of benign tracheobronchial stenoses. Tolerance and early results in 63 patients. *Chest. 1996 Mar*;109(3):626-9.
5. Steven H. Felsilver, Alan M Fein (1995). *Textbook of bronchoscopy. Williams - Wilkins 1995.*
6. Chin CS, Litle V, Yun J, Weiser T, Swanson SJ. (2008). Airway stents. *Ann Thorac Surg*;85(2):S792-6.
7. Phillips MJ. (1998). Stenting therapy for stenosing airway diseases. *Respirology*.3(4):215-9.
8. Colt HG, Harrell JH. (1997). Therapeutic rigid bronchoscopy allows level of care changes in patients with acute respiratory failure from central airways obstruction. *Chest. 112(1)*:202-6.
9. Martinez-Ballarín JI, Diaz-Jimenez JP, Castro MJ, Moya JA. (1996). Silicone stents in the management of benign tracheobronchial stenoses. Tolerance and early results in 63 patients. *Chest. 109(3)*:626-9.