

Báo cáo ca lâm sàng: Đặt stent khí quản ở bệnh nhân hẹp khí quản do ung thư thực quản di căn

Đàm Hải Sơn^{1*}, Nguyễn Công Hựu^{1,2}, Nguyễn Hoàng Nam¹

TÓM TẮT:

Tổng quan: Trong ung thư thực quản, hẹp khí quản là một biến chứng hiếm gặp, thường gặp trong ung thư thực quản giai đoạn muộn hoặc sau điều trị hoá chất hoặc xạ trị, việc phát hiện sớm và xử trí nhanh chóng giúp giảm tỷ lệ tử vong cho người bệnh. Có nhiều phương pháp trong điều trị hẹp khí quản bao gồm: nong khí quản, phẫu thuật tạo hình phế quản, stent khí quản là một phương pháp ít xâm lấn giúp nhanh chóng giải quyết tình trạng tắc nghẽn. Đây là trường hợp nặng, suy hô hấp, nguy cơ đe dọa tính mạng nhanh chóng nếu không được xử trí kịp thời đặc biệt trên bệnh nhân với tình trạng toàn thân nặng nề. Đặt stent khí quản qua nội soi có nhiều ưu điểm như nhẹ nhàng, đơn giản hiệu quả nhanh và ít biến chứng và thực hiện nhanh chóng trên bệnh nhân thể trạng suy kiệt.

Mục tiêu: Chúng tôi báo cáo trường hợp này nhằm báo cáo một trường hợp hẹp khí quản cấp cứu trên bệnh nhân ung thư thực quản di căn giai đoạn cuối với thể trạng suy kiệt được xử trí bằng đặt stent khí quản và rút ra kinh nghiệm điều trị cấp cứu với những trường hợp này.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nam 47 tuổi, tiền sử: ung thư thực quản 1/3 dưới đã được phẫu thuật tạo hình cắt thực quản tại bệnh viện E. Bệnh nhân đợt này vào viện vì khó thở, chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh di căn khí quản gây hẹp khí quản. Bệnh nhân được tiến hành nội soi khí quản tiến hành lấy khối u, đặt stent khí quản. Sau can thiệp đặt stent khí quản bệnh nhân ổn định.

Kết luận: Hẹp khí quản là một tình trạng cấp cứu cần được xử trí kịp thời. Cần được chẩn đoán nhanh chóng bằng phương pháp cắt lớp vi tính. Sử dụng phương pháp soi phế quản lấy u và đặt stent khí quản, là phương pháp nhẹ nhàng, ít ảnh hưởng đến bệnh nhân.

Từ khóa: Stent khí quản, hẹp khí quản.

CASE REPORT: TRACHEAL STENT PLACEMENT IN A PATIENT WITH TRACHEAL STENOSIS DUE TO METASTATIC ESOPHAGEAL CANCER.

ABSTRACT:

Overview: In esophageal cancer, tracheal stenosis is a rare complication, often seen in late-stage esophageal cancer or after chemotherapy or radiotherapy. There are many methods in the treatment of tracheal stenosis including: tracheal dilation, bronchial surgery, tracheal stent. This is a severe case, respiratory failure, life-threatening risk. Endoscopic stent placement has many advantages such as being gentle, simple, fast-acting and having few complications.

Case report: A 47-year-old male patient, with a medical history: lower 1/3 esophageal cancer, underwent esophagectomy at E Hospital. This patient was admitted to the hospital due to difficulty breathing, CT scan showed tracheal

¹ Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

² Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

*Tác giả liên hệ: Đàm Hải Sơn.

Email: sondamhaihu@gmail.com - Tel: 0969972194

Ngày nhận bài: 20/08/2025 Ngày sửa bài: 25/9/2025

Ngày chấp nhận đăng: 17/10/2025

metastasis causing tracheal stenosis. The patient underwent tracheal endoscopy to remove the tumor and place a tracheal stent. After the intervention, the patient was stable.

Conclusion: Tracheal stenosis is an emergency condition that needs to be treated

promptly. CT is the gold standard for diagnosis. Using bronchoscopy to remove tumor and place tracheal stent, is a less invasive method, less impact on patients.

Keywords: tracheobronchial stent, tracheal stenosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hẹp khí quản có thể do nhiều nguyên nhân, có thể do nhiều nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải. Trong đó hẹp khí quản do ung thư di căn ngày càng gia tăng đặc biệt với ung thư thực quản¹. Thường bệnh nhân vào viện trong tình trạng cấp cứu suy hô hấp do tình trạng tắc nghẽn đường thở. Việc đặt stent đường thở là một liệu pháp bổ sung quan trọng giúp cải thiện ngay lập tức tình trạng hô hấp cũng như loại bỏ khối u di căn.

Đặc biệt ở những bệnh nhân giai đoạn muộn với thể trạng suy kiệt, thì đặt stent khí quản là một liệu pháp tạm thời nhẹ nhàng tránh các biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân^{2,3}. Chúng tôi báo cáo trường hợp có khối u khí quản do ung

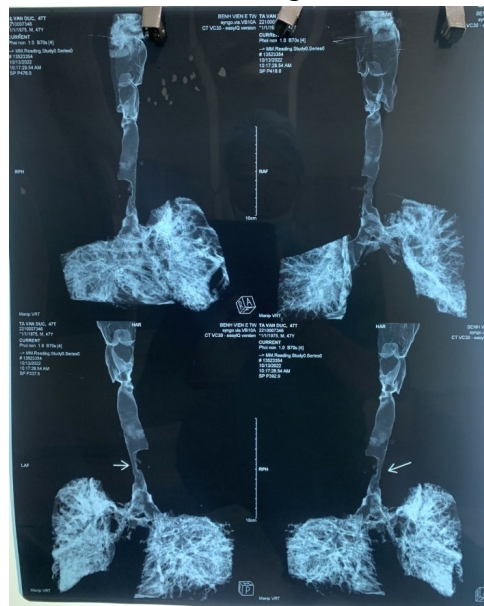
thư thực quản di căn được điều trị bằng nội soi ống cứng đặt stent khí quản.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

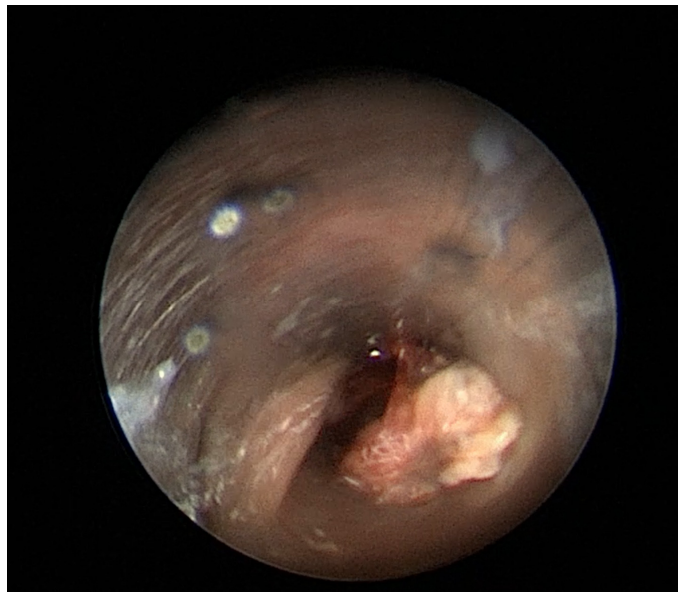
Bệnh nhân nam 47 tuổi, tiền sử: ung thư thực quản 1/3 dưới đã được phẫu thuật tạo hình cắt thực quản tại bệnh viện E cách 10 tháng, đang điều trị hoá chất và theo dõi định kỳ tại Trung tâm Ung Bướu- Bệnh viện E.

Đợt này cách vào viện 1 tuần, xuất hiện khó thở nhiều, tăng dần, kèm theo ho khạc đờm nhiều. Bệnh nhân vào viện trong tình trạng khó thở nhiều tần số thở 30l/p, thở oxy mask SpO2: 90-95%, co kéo cơ hô hấp, phổi thông khí kém, thể trạng suy kiệt, huyết động không ổn định.

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực với hình ảnh kèm nội soi phế quản:



Hình 1: Hình ảnh hẹp khí quản



Hình 2: Hình ảnh soi khí phế quản, tổn thương sùi gây lấp gần hoàn toàn khí quản

Chúng tôi quyết định cho bệnh nhân nội soi phế quản ống cứng cắt toàn bộ khối u trong lòng khí quản và đặt stent khí quản silicon.

• Quy trình:

- Bệnh nhân đều được nội soi bằng ống mềm nhằm gây tê thanh khí phế quản cùng với đó đánh giá đoạn hẹp.

- Ống soi cứng số 10 được đưa vào khí quản qua thanh môn, nong đoạn hẹp bằng ống soi cứng số 10 rồi đến ống soi cứng số 12.

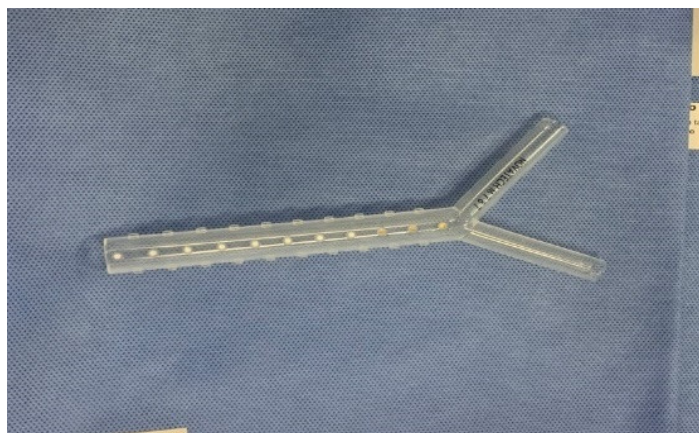
- Bệnh nhân sau đó được đánh giá khối sùi và tổn thương xung quanh. Được phẫu tích lấy

tổn thương sùi ra khỏi khí quản, giảm tình trạng tắc nghẽn.

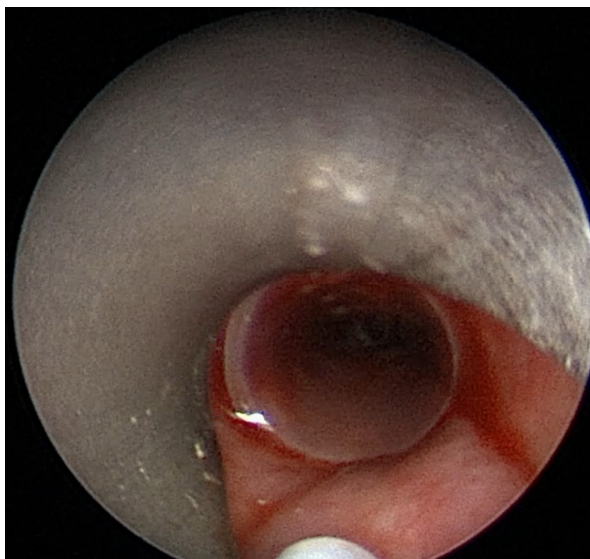
- Sau đó ống nội soi cứng để cố định vị trí gần tổn thương hẹp khí. Stent silicone được chọn loại Dumon dạng chữ Y kích thước 12x30mm, được nạp sẵn vào bộ bắn stent được đưa vào ống soi cứng và bắn vào khí quản.

- Sau khi stent bung ra đầy đủ, kiểm tra vị trí stent, đường thở trên và dưới stent được đặt, hút sạch đờm dãi.

Kết thúc thủ thuật: rút nội soi ống cứng theo dõi toàn trạng bệnh nhân ổn định.



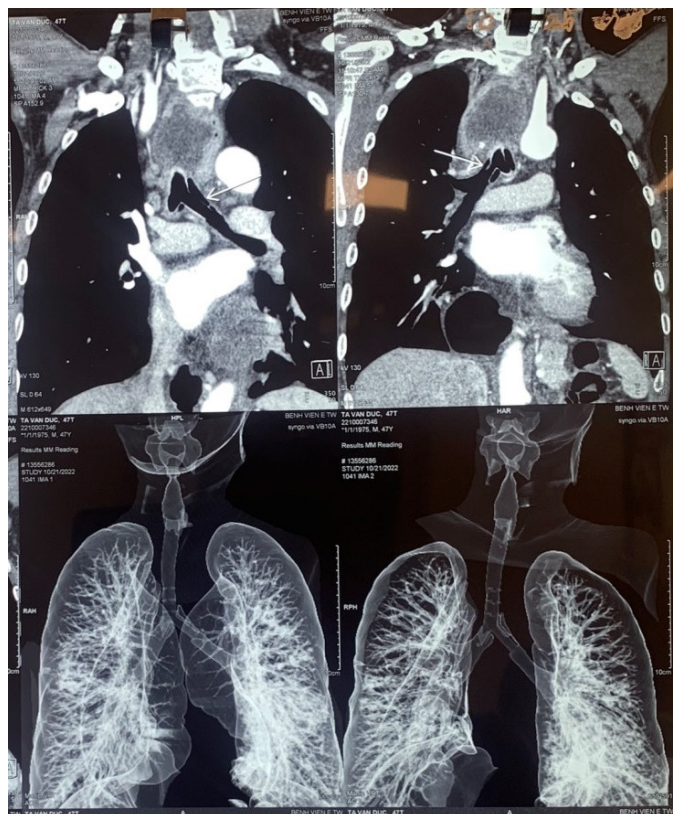
Hình 3: Hình ảnh stent khí quản silicon



Hình 4: Hình ảnh sau đặt stent khí quản

Sau can thiệp đặt stent khí quản, bệnh nhân ổn định, đỡ khó thở, tự thở khí trời, SpO₂: 100%, tần số thở 18l/p, mạch: 89ck/p, HA: 120/60mmHg

Bệnh nhân sau đó được chụp lại CLVT và chuyển lại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện E điều trị. Sau đánh giá lại 01 tuần bệnh nhân ổn định đỡ khó thở, được cho ra viện về nhà theo dõi. Sau 01 tháng đánh giá lại, stent nở tốt, đường thở thông thoáng.



Hình 5: Cắt lớp vi tính sau đặt stent khí quản

BÀN LUẬN:

Khối u khí quản thường không phổ biến. Tỷ lệ mắc ung thư khí quản nguyên phát ước tính là 1/1000.000 người mỗi năm. Thường tổn thương di căn khí quản phổ biến hơn nhiều so với khối u khí quản nguyên phát^{1,4}. Hẹp khí quản do các bệnh lý ác tính như ung thư phổi hoặc ung thư thực quản là một biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng và việc chẩn đoán thường khó khăn do tính hiếm gặp của khối u này và các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu của chúng³⁻⁵. Bệnh nhân thường vào nhập viện trong tình trạng suy hô hấp cấp và cần được xử trí ngay lập tức, tương tự như bệnh nhân của chúng tôi vào nhập viện với tình trạng suy hô hấp cấp, với tần số thở 30ck/p, SpO₂: 90%, co kéo cơ hô hấp, đặc biệt trên thể trạng suy kiệt với BMI: 17.25. Các khối u khí quản đủ lớn để gây ra các triệu chứng thường làm tắc nghẽn đường thở. Tắc nghẽn gây ra hẹp đường kính khí quản <8mm có thể dẫn đến khó thở khi gắng sức, trong khi đó hẹp đường kính khí quản <5mm thường dẫn đến khó thở khi nghỉ ngơi với bệnh nhân này của chúng tôi tổn thương U trên khí quản kích thước lớn gần như chèn ép toàn bộ khí quản. Cắt lớp vi tính đa dãy dựng hình giúp chẩn đoán chính xác các khối u khí quản hoặc các khối u bên ngoài xâm lấn vào khí quản với bệnh nhân của chúng tôi hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy tổn thương u đã xâm lấn gây hẹp khí quản^{5,6}. Từ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặt ra vấn đề phải xử trí cấp cứu nhanh chóng cho bệnh nhân mà không làm tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng trên bệnh nhân, đặc biệt ở bệnh nhân có thể trạng suy kiệt.

Nội soi phế quản sinh thiết lấy u giúp giải phóng tắc nghẽn và chẩn đoán xác định type mô

bệnh học của khối u⁷. Nội soi phế quản can thiệp là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị các trường hợp u khí quản có suy hô hấp tương tự như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi. Đối với các trường hợp u khí quản chèn ép nhiều, nguy cơ tái hẹp sau cắt u thì cần đặt stent khí quản. Với tình trạng bệnh nhân về lâm sàng và cận lâm sàng mà chúng tôi trình bày ở trên thì việc nội soi phế quản lấy u giải phóng đường thở là phương pháp ít nguy hiểm giảm tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân mà vẫn đảm bảo biện xử trí nhanh chóng trong tình trạng cấp cứu.

Đối với tình trạng hẹp khí quản, stent silicone và stent kim loại tự nở được ứng dụng rộng rãi. Stent kim loại tự nở có thể được đặt dưới hướng dẫn nội soi phế quản hoặc Xquang gây tê tại chỗ. Tuy nhiên stent kim loại tự nở khả năng giãn nở kém, và khó tháo rời trong tình trạng bệnh nhân ổn định. Trong khi đó stent silicone có tính giãn nở tốt, có thể tháo rời và ít tổn thương đến khí quản bệnh nhân. Do đó stent silicone thường được lựa chọn đầu tay^{8,9}. Trong trường hợp này với tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng hình ảnh nặng nề của bệnh nhân chúng tôi lựa chọn stent silicone giúp nhanh chóng giải phóng tình trạng tắc nghẽn cho bệnh nhân và ít tổn thương đến khí quản bệnh nhân do nguy cơ thủng khí quản do tình trạng u thư di căn⁷. Tuy nhiên, một điều cần lưu ý khi can thiệp nội soi ống cứng và đặt stent khí quản silicone là tình trạng rách khí phế quản, tràn khí trung thất, khi nong đường thở bị hẹp bằng nội soi ống cứng, và stent di chuyển khỏi vị trí khi đặc biệt khi đặt stent silicon gây tắc đường thở vì vậy cần rất thận trọng khi nong khí quản bằng nội soi ống cứng và đặt stent silicon.

KẾT LUẬN:

Hẹp khí quản kèm các triệu chứng suy hô hấp cấp là một trong những tình trạng nặng cấp cứu ở bệnh nhân đặc biệt ở những bệnh nhân ung thư với thể trạng kém. Đặc biệt cần nghĩ đến hẹp khí quản và đánh giá sớm ở những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn cuối có khó thở tiến triển. Nếu không xử trí can thiệp kịp thời bệnh nhân suy hô hấp cấp tử vong rất nhanh. Chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong việc đánh giá tình trạng hẹp khí quản và chẩn đoán phân biệt cần được thực hiện ngay khi tiếp nhận bệnh nhân. Nội soi phế quản ống cứng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định bản chất khối u, và giải quyết tắc nghẽn. Stent khí quản silicone thường là lựa chọn đầu tay trong xử trí hẹp khí quản tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gaissert HA, Mark EJ. *Tracheobronchial Gland Tumors*. Cancer Control; 2006.
2. Bibas BJ, Cardoso PFG, Salati M, et al. Health-related quality of life evaluation in patients with non-surgical benign tracheal stenosis. *J Thorac Dis*. 2018;10(8):4782-4788. doi:10.21037/jtd.2018.07.80
3. Joshua J, Scholten E, Schaerer D, Mafee MF, Alexander TH, Crotty Alexander LE. Otolaryngology in Critical Care. *Ann Am Thorac Soc*. 2018;15(6):643-654. doi:10.1513/AnnalsATS.201708-695FR
4. Donahoe L, Keshavjee S. Contemporary Management of Idiopathic Laryngotracheal Stenosis. *Thorac Surg Clin*. 2018;28(2):167-175. doi:10.1016/j.thorsurg.2018.01.011
5. Sherani K, Vakil A, Dodhia C, Fein A. Malignant tracheal tumors: a review of current diagnostic and management strategies. *Curr Opin Pulm Med*. 2015;21(4):322-326. doi:10.1097/MCP.0000000000000181
6. Haik D, Kashanchi K, Tajran S, et al. The Online Support Group as a Community: A Thematic Content Analysis of an Online Support Group for Idiopathic Subglottic Stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019;128(4):293-299. doi:10.1177/0003489418820348
7. McCullagh KL, Shah RN, Huang BY. Anatomy of the Larynx and Cervical Trachea. *Neuroimaging Clin N Am*. 2022;32(4):809-829. doi:10.1016/j.nic.2022.07.011
8. Li Y, Zhu M, Chen J, et al. Single Y-shaped tracheal self-expandable metallic stent for emergent carinal stenosis combined with stenosis of the right main and intermediate bronchi. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(22):e20498. doi:10.1097/MD.00000000000020498
9. Pandya A, Sreevidya SR, Chaudhari N, Prajapati BJ, Gupta N. Laryngotracheal Stenosis: Our Experience in a Tertiary Care Hospital. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;75(1):39-44. doi:10.1007/s12070-022-03445-y
10. Hu H, Zhang J, Wu F, Chen E. Application of the Montgomery T-tube in subglottic tracheal benign stenosis. *J Thorac Dis*. 2018;10(5):3070-3077. doi:10.21037/jtd.2018.05.140
11. Döring M, Richter S, Hindricks G. The Diagnosis and Treatment of Pacemaker-Associated Infection. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2018;115(26):445-452. doi:10.3238/arztebl.2018.0445.