

Bài 3

KHÓ THỞ THANH QUẢN VÀ CHỈ ĐỊNH MỞ KHÍ QUẢN

1. Đại cương

Thanh quản là một cơ quan nằm gọn trong tầng thấp nhất của họng. Thanh quản hình ống doãng ra ở hai đầu thắt eo ở đoạn giữa, phía trên thông với hạ họng, phía dưới nối liền với khí quản, điểm mốc phía trên là xương móng, phía dưới là sụn nhẫn. Thanh quản là chỗ hẹp nhất của đường hô hấp, khe thanh môn (khe hẹp giữa 2 dây thanh) là nơi hẹp nhất của thanh quản.

Thanh quản được cấu tạo bởi sụn, cơ, niêm mạc. Tổ chức liên kết dưới niêm mạc rất lỏng lẻo... khi viêm nhiễm dễ phù nề, tắc nghẽn...gây khó thở đặc biệt ở trẻ em. Ngoài chức năng hô hấp, phát âm, thanh quản còn có chức năng bảo vệ đường hô hấp bằng phản xạ ho và co thắt mỗi khi bị kích thích...

Khó thở thanh quản (KTTQ) rất phổ biến, có thể nguy hiểm tới tính mạng, do nhiều nguyên nhân, không chỉ thầy thuốc TMH mà mọi chuyên khoa cần biết để xử trí hoặc gửi cấp cứu kịp thời.

2. Khó thở thanh quản

2.1. Nguyên nhân khó thở thanh quản

Có rất nhiều nguyên nhân có thể nêu thứ tự theo tỷ lệ thường gặp:

2.1.1. Do viêm nhiễm: rất phổ biến, thường do các bệnh nhiễm trùng lây, đặc biệt ở trẻ em. Đó là viêm thanh quản (VTQ) do cúm, sởi, bạch hầu, lao, VTQ rít...

VTQ do cúm: Với các triệu chứng của cúm như sốt cao, đau mình mẩy, nhức đầu, viêm long đường hô hấp trên... Kèm các triệu chứng thanh quản : Ho, khàn tiếng, mất tiếng, khó thở sớm do phù nề thanh thiệt, hạ thanh môn, tiền đình TQ.

VTQ do sởi: Xuất hiện trong mọi giai đoạn của sởi. VTQ càng muộn bệnh càng nặng do giảm miễn dịch, khó thở nhiều, viêm loét gây di chứng khàn tiếng...

VTQ do bạch hầu: thường thứ phát sau bạch hầu họng, với ho ông ông, khàn tiếng, mất tiếng, khó thở ngày càng tăng. Soi có giả mạc lan từ họng vào TQ...

VTQ do lao: Thứ phát sau lao phổi tiến triển, trực trùng lao theo dịch xuất tiết gây VTQ. BN ho hàng tháng trời, thường có triệu chứng đau lên tai mỗi khi nuốt...

VTQ rít: Thường xuất hiện đột ngột về đêm ở trẻ có cơ địa viêm VA 1-5 tuổi, sau cơn khó thở em bé ngủ yên trở lại, đêm sau có thể tái phát, nhưng nhẹ hơn...

2.1.2. Do dị vật đường thở: Rất hay gặp ở trẻ em , 3-4 tuổi, khoảng 75% có Hội chứng xâm nhập

2.1.3. Do chấn thương: Chấn thương đụng dập hoặc xuyên thủng, chấn thương cũ hoặc mới, từ tai nạn giao thông, lao động, thể thao, chiến tranh, tự tử, chấn thương sau một thủ thuật khám và điều trị... Nói chung chấn thương cũ gây khó thở mạn, chấn thương mới gây khó thở cấp tính.

2.1.4. Do khối u: U lành hay ác tính từ bên trong hoặc ngoài thanh quản, trẻ em hay gặp u nhú (Papilome), u máu (Hémangiome)..., người lớn hay gặp polype, ung thư thanh quản, họng thanh quản, tuyến giáp...

2.1.5. Do rối loạn vận động cơ: Đặc biệt do liệt các cơ mở (Hội chứng Gerhardt) và co thắt cơ khép hoặc phối hợp cả 2 nguyên nhân trên, liệt dây quặt ngược 2 bên sau phẫu thuật bướu giáp hoặc khối u chèn ép...

2.1.6. Do dị tật bẩm sinh: Như mềm sụn thanh quản, màng bịt thanh môn không hoàn toàn - Khó thở từ khi mới lọt lòng, dò khí thực quản: thức ăn nước uống sang đường hô hấp gây viêm nhiễm...

2.1.7. Nguyên nhân toàn thân: Do uốn ván, bại liệt thể hành tủy, chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, lên cơn Tétanie...

2.2. Đặc điểm khó thở thanh quản:

Người thầy thuốc phải biết phân biệt với các loại khó thở khác để chẩn đoán và điều trị kịp thời- Khó thở thanh quản có những đặc điểm sau:

- Khó thở chậm, khó thở thì hít vào;
- Khi hít vào có tiếng rít, tùy mức độ từ khò khè đến rít mạnh như tiếng xẻ gỗ...
- Co lõm thượng ức, thượng đòn, các cơ liên sườn...

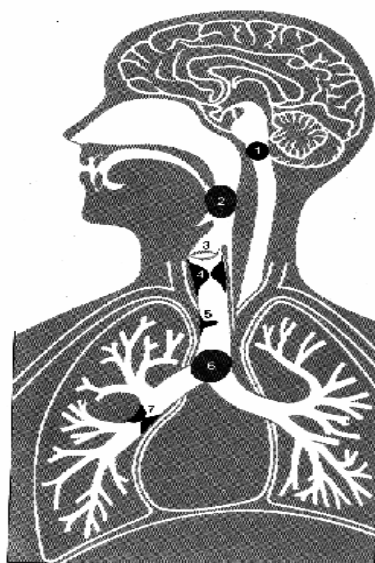
Ngoài ra có thể tiếng nói, tiếng khóc, tiếng ho khan... lúc đầu tinh thần kích thích hốt hoảng vật vã, sau đó ức chế tri trệ dần tới bán hôn mê rồi hôn mê, thiếu dưỡng khí từ nhẹ đến rất nặng.

3. Phân loại mức độ khó thở thanh quản

Cấp 1: Chỉ biểu hiện khó thở khi gắng sức, toàn trạng bình thường, tiếng nói tiếng khóc hơi khan, tiếng ho chưa thay đổi..

Cấp 2: Khó thở TQ điển hình, khó thở chậm, khó thở vào, có tiếng rít, ho ông ổng, tiếng nói tiếng khoác khan, tinh thần kích thích, vật vã, hoảng hốt, lo sợ...

Cấp 3: Không còn điển hình của khó thở thanh quản. Từ kích thích sang trạng thái ức chế, thờ ơ với ngoại cảnh, Rối loạn nhịp thở nhanh nông, không đều, dần dần đi vào bán hôn mê rồi hôn mê và tử vong.



Hình 5: Các nguyên nhân gây thiếu năng hô hấp cấp và mãn tính.

1. RL trung tâm hô hấp; 2. Dị vật hoặc viêm tấy áp xe vùng họng; 3. Dị vật viêm nhiễm, dị dạng bẩm sinh vùng thanh môn; 4. Sẹo hẹp hoặc bệnh khối u ở khí quản; 5. Dị vật trong lòng khí, phế quản, phế quản phân thùy; 6. Hẹp lòng phế quản phân thùy.

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4. Xử trí khó thở thanh quản

Tùy mức độ khó thở mà có thái độ xử trí khác nhau:

- Cấp 1: Theo dõi sát diễn tiến khó thở để xử trí. Tìm nguyên nhân điều trị...
- Cấp 2: Có chỉ định mở khí quản (MKQ) cấp cứu, hồi sức hô hấp, tìm nguyên nhân để điều trị, điều trị các rối loạn do khó thở gây ra...
- Cấp 3: Mở khí quản tối cấp (màng giáp nhân) hồi sức hô hấp, tim mạch và các rối loạn do khó thở gây nên, sau đó tìm nguyên nhân điều trị...

4.1. Chỉ định cổ điển của mở khí quản

Đó là các chỉ định nhằm tạo một đường thở không có không khí đi qua mũi họng thanh quản, nơi gây ra cản trở thông khí do các bệnh tại thanh quản hoặc ngoài thanh quản gây nên. Chỉ định MKQ cổ điển gồm các trường hợp cụ thể sau:

- Viêm nhiễm gây phù nề chít hẹp thanh quản
- Dị vật: Đặc biệt là những dị vật di động trong khí quản, bệnh nhân quá bé, dị vật khó lấy, khó thở nặng, bệnh phải chuyển lên tuyến trên...
- Chấn thương họng thanh quản gây khó thở...
- Khô u chèn ép thanh quản;
- Lệt cơ mở thanh quản
- Gây mê để phẫu thuật vùng lưỡi họng thanh quản...

4.2. Các chỉ định mới của mở khí quản

- Nhằm làm thông đường hô hấp bằng cách hút phé quản trong các hội chứng về nội, ngoại khoa.
- Nhằm tách rời đường hô hấp khỏi ngã tư đường ăn, đường thở; tránh lạc đường của thức ăn vào đường thở nguy hiểm.
- Nhằm dễ dàng đưa Ôxy vào máu hoặc lọc CO₂.
- Nhằm giảm áp lực khí quản, tránh tràn khí, đặc biệt tràn khí trung thất do rách khí quản...
- MKQ trong bại liệt, hội chứng thần kinh có gây khó thở như viêm tủy, bệnh xơ cứng rải rác...
- Các tai biến về mạch máu như xuất huyết não, nhũn não...
- Các hội chứng thoái hóa như xơ cột bên teo cơ, rỗng hành tủy (syringobulie)
- Tình trạng tăng áp lực nội sọ, động kinh, sản giật, xuất huyết màng não...
- Viêm não
- Các trường hợp hôn mê: ngộ độc thuốc hoặc các nguyên nhân khác, thức ăn, nước uống có thể lọt vào đường thở.
- Các bệnh nội khoa như uốn ván, nhược cơ (Myasthénie), có thể cả cho bệnh đại, chết đuối cũng có chỉ định MKQ để hút nước trong khí phế quản, đồng thời tiến hành hô hấp viện trợ.
- Các suy hô hấp nặng mãn tính, khí phế thũng nặng trong đợt bội nhiễm..
- MKQ phòng ngừa: Trong suy thở mạn, mà phải phẫu thuật lớn kéo dài, đặc biệt là mổ lồng ngực; các phẫu thuật mạch máu lớn vùng bụng (nổi TM chủ-gánh, lách-thận; các phẫu thuật hồ não sau vì có nhiều xuất tiết và rối loạn nuốt lạc chỗ.
- Mở khí quản sau phẫu thuật: Đôi khi được tiến hành do bệnh nhân đã có tiền sử suy thở mạn sau phẫu thuật kéo dài, đã đặt nội khí quản nhiều lần gây tổn thương niêm mạc khí quản dẫn tới xuất tiết, liệt và ùn tắc phế quản...
- MKQ trong các phẫu thuật lớn ngoại khoa: lồng ngực, ổ bụng, chấn thương lồng ngực. Phòng ngừa suy hô hấp xảy ra và nếu suy thở cấp xảy ra thì chỉ định MKQ là cần thiết.

4.3. Sơ lược các kỹ thuật mở khí quản:

MKQ cao: khoảng đốt sụn 1-2, trên eo tuyến giáp; ưu điểm mở nhanh, do khí quản ở nông, nhưng khó rút ống sau này. (Có thể chỉ định trong cấp cứu)

MKQ trung bình: khoảng sụn 2-3 hoặc 3-4, ưu điểm khí quản không quá sâu, quá nông mở dễ nhưng gặp eo tuyến giáp, phải vén lên hoặc kéo xuống, cắt đứt rời...(thường MKQ cấp cứu hiện nay).

MKQ thấp khoảng đốt sụn 4-5 hoặc 5-6, dưới eo tuyến giáp; ưu điểm có thể mở vĩnh viễn, nhưng chỉ thực hiện trong trường hợp mở chủ động, mở đoạn thấp, phẫu thuật đoạn cao...

4.4. Các tai biến sau mở khí quản:

4.4.1. Tụt canule

Tụt canule hẳn ra ngoài hoặc chỉ tụt khỏi khí quản còn nằm trong tổ chức trước khí quản.

Do bệnh nhân ho bắn canule ra ngoài, hoặc do buộc canule quá lỏng lẻo, buộc kiểu giải rút, canule ngắn, tổ chức trước khí quản dày khi mở khí quản thấp...

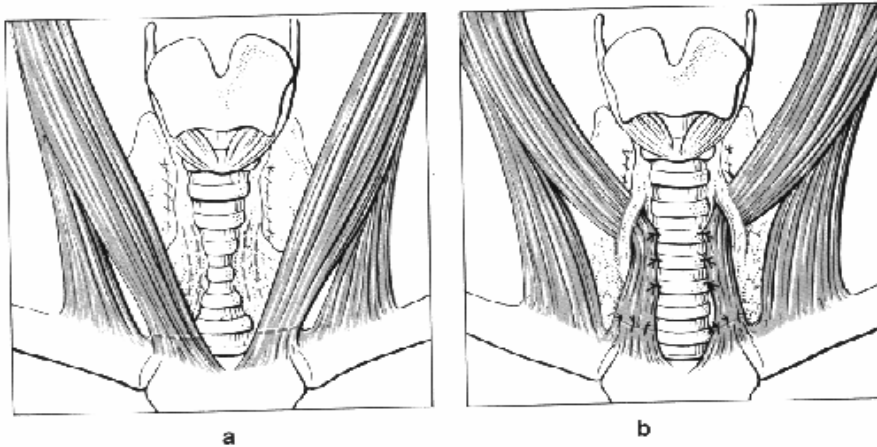
4.4.2. Chảy máu thứ phát

Có thể chảy máu ra bên ngoài ai cũng nhìn thấy, cũng có thể chảy máu theo canule vào lòng khí quản, khi ho có máu và gây khó thở. Có 2 loại chảy máu sớm và chảy máu muộn.

Chảy máu sớm: thường do cầm máu không kỹ khi MKQ, chỉ một tĩnh mạch bị giãn hoặc eo tuyến đã cắt, chảy máu nhẹ, việc cầm máu lại không khó khăn...

Chảy máu muộn: Xảy ra sau ngày thứ 5, có khi vài tuần sau MKQ, tỷ lệ biến chứng từ 0,5-2%; với một số nguyên nhân thường gặp:

- Do viêm loét khí quản và tổ chức lân cận lan ra tổn thương động mạch,
- Do canule kích thích ở ngay miệng lỗ MKQ,
- Do lưng canule ấn thực quản tỳ vào cột sống gây dò khí thực quản
- Bờ dưới của canule kích thích chạm vào thành trước khí quản...các nguyên nhân trên đều gây chảy máu, có khi chảy rất dữ dội cần phải được xử trí cấp cứu.



Hình 6. Kỹ thuật khura thành bên khí quản hẹp dùng bụng cơ ức đòn chũm hai bên dính vào để sẹo hình thành che lấp đường hầm

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumn Carl Rudolf Pfaltz

4.4.3. Trần khí dưới da, trung thất hoặc màng phổi:

Đây là biến chứng rất thường gặp sau mở khí quản ở trẻ em (người lớn ít gặp hơn), có thể tới 10-16%, mức độ nhẹ là chỉ tràn khí dưới da, mức độ nặng là tràn khí màng phổi, trung thất, nếu không được cấp cứu kịp thời bệnh nhân sẽ tử vong.

Nguyên nhân tràn khí thường gặp là:

- Đường rạch khí quản quá rộng, canule quá bé;
- Phẫu thuật viên ít kinh nghiệm đào bóc, bóc tách tim khí quản;
- Khâu da quá kín, trong khi canule nhỏ, áp lực thở ra cao;

- Vết thương vùng đỉnh màng phổi do MKQ thấp; vỡ phế bào xảy ra khi áp lực trong khí phế quản cao; điều đó giải thích vì sao một số trường hợp di vật đường thở không MKQ vẫn có tràn khí màng phổi.

4.4.4. Tắc ống canule:

Là biến chứng thường gặp do sẵn sóc hậu phẫu lơ là cụ thể là không chú ý sẵn sóc ống thở tốt. Đờm giải và chất xuất tiết kết dính đóng váng thành màng bịt đầu ống thở, đặc biệt trường hợp quên lắp nòng trong của canule, nếu không phát hiện kịp thời có thể gây tử vong.

4.4.5. Khó nuốt sau MKQ:

Do canule đóng vai trò như một dị vật ấn vào thực quản qua thành sau khí quản ở những trường hợp MKQ cao. Vết thương vùng cổ trước thực quản cũng gây đau đớn khi bệnh nhân nuốt.

4.4.6. Nhiễm trùng:

Có thể chỉ nhiễm trùng tại chỗ MKQ hoặc có thể lan rộng gây viêm khí phế quản phổi, xẹp phổi, áp xe phổi... Vì vậy việc MKQ không khó nhưng sẵn sóc sau mổ là điều khó hơn nhiều, phụ thuộc vào điều kiện chăm sóc; thay băng, kháng sinh, dinh dưỡng của phòng hậu phẫu...

4.4.7. Sẹo hẹp khí quản:

Do viêm loét vết mổ, đeo ống canule và đặt NKQ quá lâu ngày mới được MKQ, viêm loét KQ gây tiêu sụn, sẹo xơ gây chít hẹp...

4.4.8. Khó rút ống:

Bệnh nhân quen thở với canule, khi rút ống bệnh nhân lên cơn khó thở do hẹp thanh khí quản bởi một số lý do sau:

- MKQ quá cao kích thích niêm mạc vùng hạ thanh môn, niêm mạc phát triển làm hẹp thanh môn vốn đã rất hẹp ở trẻ em.
- Đường rạch vào khí quản nham nhỡ, canule trở thành dị vật kích thích tạo nên những nụ sùi làm hẹp khí quản...
- Nhiễm trùng thứ phát sau MKQ, đeo canule quá lâu ngày, tuổi quá trẻ...