

BÀI 4

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. Đại cương

Đó là những dị vật có bản chất vô cơ, hữu cơ, chất dẻo... thông thường trong cuộc sống xâm nhập vào đường hô hấp ở Thanh - Khí - Phế quản. Đây là một tai nạn nguy hiểm có thể chết người nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.

Dị vật đường thở (DVĐT) gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (< 4 tuổi tới 90 %).

Dị vật thường là các loại xương có trong thực phẩm ăn, uống, các loại hạt thực vật như: Lạc, Na, Hồng bì, Dưa, Ngô... ở Việt nam hay gặp hạt lạc (đậu phộng) là dị vật nguy hiểm nhất hiện nay; ngoài ra dị vật nguồn gốc kim khí như kim băng, kim khâu, lưỡi câu, cặp tóc, đinh vít... Các chất dẻo, thủy tinh... mảnh đồ chơi, hòn bi... cả dị vật sống như Tôm, Cá, Đĩa, Sên, Tắc te... đều có thể là DVDT.

2. Nguyên nhân

Trẻ em có thói quen ngậm thức ăn hoặc đồ chơi vào miệng. Người lớn có thói quen ngậm dụng cụ khi làm việc... Đó là những điều kiện thuận lợi.

Dị vật lọt vào đường thở trong thì hít mạnh, sâu và đột ngột, sau một cơn cười, khóc hay khi quá ngạc nhiên, quá sợ hãi...

Do tai biến ở một số phẫu thuật như: Nạo VA, tai biến gây mê, nhổ răng. Đôi khi do bố mẹ cho trẻ uống thuốc cả viên, ngay khi ăn bột cũng có thể bị sặc...

3. Triệu chứng

3.1. Hội chứng xâm nhập

Nói chung khi dị vật lọt vào đường thở sẽ xuất hiện một hội chứng lâm sàng điển hình: đó là "HỘI CHỨNG XÂM NHẬP". Khi bị hóc, bệnh nhân lập tức lên cơn ho sặc sụa dữ dội, kèm khó thở thanh quản điển hình: - Khó thở chậm, khó thở thì thở vào, khi thở vào có tiếng rít, co kéo các cơ hô hấp tím tái và mồ hôi; kích thích vật vạ; có thể có rối loạn cơ tròn: Đái dầm, ỉa đùn... Đây là bệnh cảnh thê thảm của dị vật lọt vào đường thở, do phản xạ bảo vệ đường hô hấp của thanh quản: Co thắt, không cho dị vật lọt vào và ho để tống vật lạ ra ngoài... Kết quả là:

- Em bé có thể chết ngạt trước khi cấp cứu.

- Có thể may mắn thoát chết nhờ dị vật được bắn ra trong một thì ho mạnh

- Thông thường thì dị vật bị mắc kẹt lại ở 1 trong 3 bình diện giải phẫu của đường hô hấp dưới: Thanh quản - Khí quản - Phế quản. Tùy vị trí mắc lại của dị vật mà triệu chứng lâm sàng khác nhau:

3.2. Dị vật thanh quản

Triệu chứng tùy kích thước và vị trí dị vật: - Nếu dị vật to, nút kín thanh môn, bệnh nhân có thể chết ngạt không kịp cấp cứu.

- Nếu dị vật nhỏ gọn như xương cá, hạt dưa, vẩy ốc... sẽ khó thở thanh quản điển hình... ho từng cơn, ho khan về sau khạc đờm. Soi sẽ thấy dị vật, niêm mạc phù nề, đỏ, xuất tiết, đôi khi có ít giả mạc.

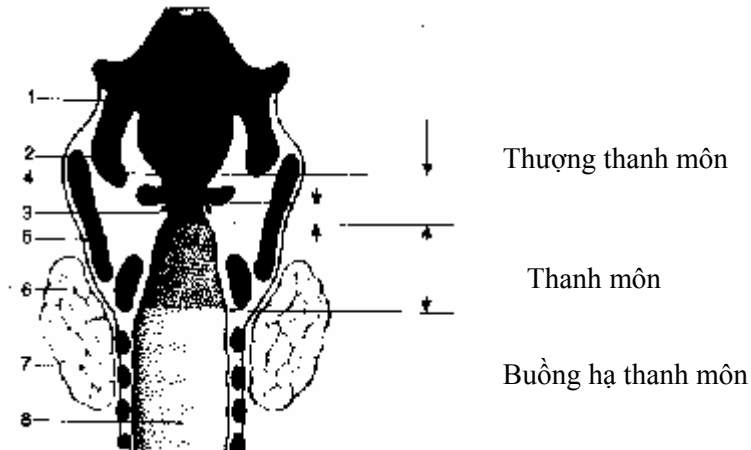
3.3. Dị vật khí quản

Dị vật thường di động lên xuống, gây ra những cơn khó thở khi dị vật chạm vào hạ thanh môn, nếu cố định ở khí quản thì thở tương đối dễ dàng, nhưng cảm giác đau tức sau xương ức. Nếu dùng ống nghe nghe trước khí quản sẽ có dấu hiệu phát cò (lật phát cò bay) khi bệnh nhân thở mạnh. Chụp film X quang thẳng nghiêng có thể thấy dị vật (nếu dị vật cản quang). Soi khí quản sẽ thấy dị vật.

3.4. Dị vật phế quản

Gặp ở dị vật nhỏ trơn tru, lọt qua thanh môn, khí quản và cố định ở phế quản gốc (phải nhiều hơn phế quản trái vì bên phải khẩu độ lớn và thẳng chiều với khí quản hơn). Có khi dị vật bị thay đổi vị trí mỗi khi bệnh nhân ho hoặc thay đổi tư thế. Việt Nam hay gặp dị vật là hạt hoa quả như Lạc, Na, Dưa...

Sau hội chứng xâm nhập, bệnh nhân hoàn toàn trở lại bình thường, vì dị vật đã nằm yên ở phế quản. Triệu chứng tạm thời yên lặng đến khi nhiễm khuẩn thứ phát, đó là dấu hiệu viêm phế quản: Bán xẹp hoặc xẹp hoàn toàn một phân thùy, một thùy, hoặc toàn bộ một bên phổi. Lúc này bệnh nhân khó thở liên tục, nửa bên lồng ngực có dị vật kém di động, rì rào phế nang giảm, ho khan sau ho có đờm, có thể có xẹp phổi (gỗ đục) hoặc tràn khí (gỗ vang).



Hình 7: Cột tầng thanh quản

1. Giới hạn của thanh quản và hạ họng
 2. Xoang lờ (huộc hạ họng);
 3. Dãy thanh;
 4. Mộp tròn (bờ tròn);
 5. Sụn gióp;
 6. Sụn nhẫn;
 7. Tuyến gióp trắng;
 8. Khở quản
- Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

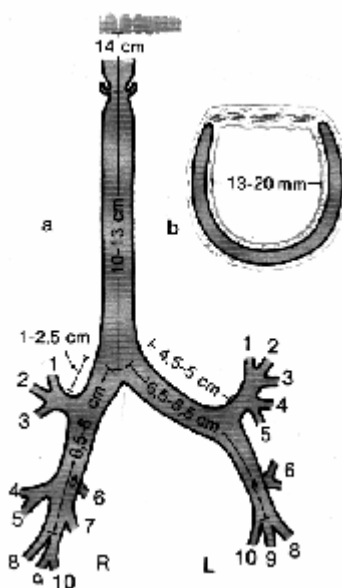
X Quang phổi thẳng nghiêng có thể thấy hình dáng, vị trí, kích thước dị vật và các biến chứng của nó.

Triệu chứng nhiễm khuẩn phụ thuộc vào bản chất dị vật và tuổi của bệnh nhân. Một hạt lạc có thể gây tử vong em bé trong 4,5 ngày trong khi đó một đinh vít kim loại chỉ viêm phế quản kéo dài hàng năm mà không nguy hiểm đến tính mạng, viêm phế quản sẽ tái phát kéo dài mãi nếu dị vật không được loại bỏ.. Soi phế quản sẽ thấy dị vật.

Dị vật đường thở thường gây nên KTTQ, đây là một cấp cứu không trì hoãn, cần phải đánh giá mức độ để xử trí kịp thời.

3.5. 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 khàn, 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 khàn, 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 8: Sơ đồ cây phế quản

a. Thiết đồ đứng dọc cây phế quản; b. Thiết đồ cắt ngang qua khí quản

1.Thùy đỉnh; 2. Thùy sau; 3. Thùy trước; 4.Thùy bên; 5. Thùy giữa; 6. Thùy đỉnh;

7. Thùy cạnh tim; 8.Thùy chính trước; 9. Thùy chính ngoài. 10. Thùy chính sau

(1+2+3+4+5) = Thùy lưỡi = Thùy trên; 6+8+9+10 = Thùy dưới

Theo: Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

3.6. Xử trí KTTQ: Tùy từng cấp 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...(xem thêm bài khó thở thanh quản và chỉ định mở khí quản)

- Cấp 3: Mở khí quản tối cấp (Mở vào màng giáp nhĩ) hồi sức hô hấp, tim mạch và các rối loạn do khó thở gây nên, sau đó tìm nguyên nhân điều trị...

4. Biến chứng

4.1. Phế quản phế viêm

Là biến chứng thường gặp ở trẻ em mắc dị vật là chất hữu cơ (đặc biệt nặng nề nhất là hạt lạc) vào phế quản. Biến chứng xảy ra rất sớm chỉ 2-3 ngày sau tai nạn. Khó thở nặng, thở nhanh nông, co lõm hõm ức, thượng đòn, phập phồng cánh mũi, nghe phổi có ran 2 thì, lồng ngực có thể yên lặng bất thường do xẹp phế nang... BN có bộ mặt nhiễm trùng nhiễm độc nặng, da mặt tái xám, mắt có quầng, mạch nhanh yếu, nước tiểu ít, có thể sốt cao trên 40⁰C, cũng có hạ nhiệt xuống dưới 37⁰C, chân tay lạnh, đôi khi đã gặp dị vật cũng không cứu được bệnh nhi (hạt lạc); em bé chết vì nhiễm trùng, nhiễm độc, trụy tim mạch...

4.2. Viêm màng phổi mủ

Sốt, khó thở, đau nửa bên ngực, khám có hội chứng 3 giảm của tràn dịch màng phổi. Chụp X quang có mức nước, chọc hút ra mủ...

4.3. Áp xe phổi

Dị vật làm tắc phế quản, tiết nhầy, viêm nhiễm dẫn tới Áp xe phổi. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và X quang. Những Áp xe do dị vật gây ra khác với Áp xe thường ở chỗ sau gặp dị vật, hút mủ và chất xuất tiết vài lần sẽ khỏi không để lại di chứng, biến chứng lan ra màng phổi hiếm.

4.4. Giảm phế quản

Ho, khạc nhiều đờm có khi lẫn máu, đau tức ngực, sốt nhẹ kéo dài, gầy xanh, dễ nhàm lao phổi. X quang biểu hiện giãn phế quản một bên phổi, có thể thấy dị vật... (khai thác lại tiền sử họ mới nhớ “Hội chứng xâm nhập” cách vài tháng vài năm, thậm chí hàng chục năm.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

- Lịch sử bệnh: Điển hình là HỘI CHỨNG XÂM NHẬP (có khoảng 75%). Cần lưu ý đôi khi dị vật đã được tống ra trong khi ho sặc sụa lúc hội chứng xâm nhập. Cũng có khi gia đình bố mẹ bệnh nhân không chứng kiến được hội chứng xâm nhập để khai với thầy thuốc.

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng đặc trưng từng vị trí sau khi xảy ra hội chứng xâm nhập:

+ Dị vật thanh quản: Khó thở thanh quản, khàn tiếng, ho kích thích...

+ Dị vật khí quản: Khó thở từng cơn, dùng ống nghe nghe trước khí quản có dấu hiệu lật phật cờ bay (tiếng phát cờ-cờ bay trước gió).

+ Dị vật phế quản: Sau vài ba ngày mới xuất hiện phế quản phế viêm, xẹp phổi, áp xe phổi...

- X quang: Có thể thấy được vị trí, kích thước, bản chất của dị vật..

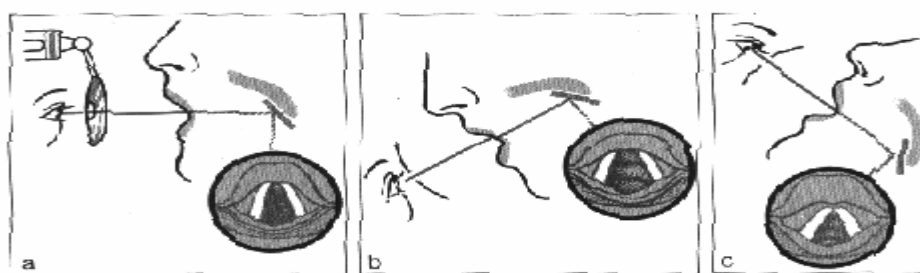
- Nội soi thanh, khí, phế quản phổi: là động tác vừa chẩn đoán vừa điều trị chắc chắn nhất.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thanh quản co thắt: Đột ngột xảy ra khi đang ngủ vào ban đêm, có VA mạn.

- Lao phổi: Khám lao - Chụp phổi, máu lắng, xét nghiệm đờm, phản ứng IDR.

- Bạch hầu thanh quản: Có thể thành dịch, đặc điểm giả mạc bạch hầu, soi tươi, nuôi cấy ...



Hình 9. Soi thanh quản gián tiếp

a. Hướng ánh sáng và góc độ soi bình thường, b. Tư thế cho ánh sáng tốt nhất để quan sát mép sau

c. Tư thế cho ánh sáng tốt nhất để quan sát mép trước

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

6. Điều trị

6.1. Sơ cứu dị vật đường thở

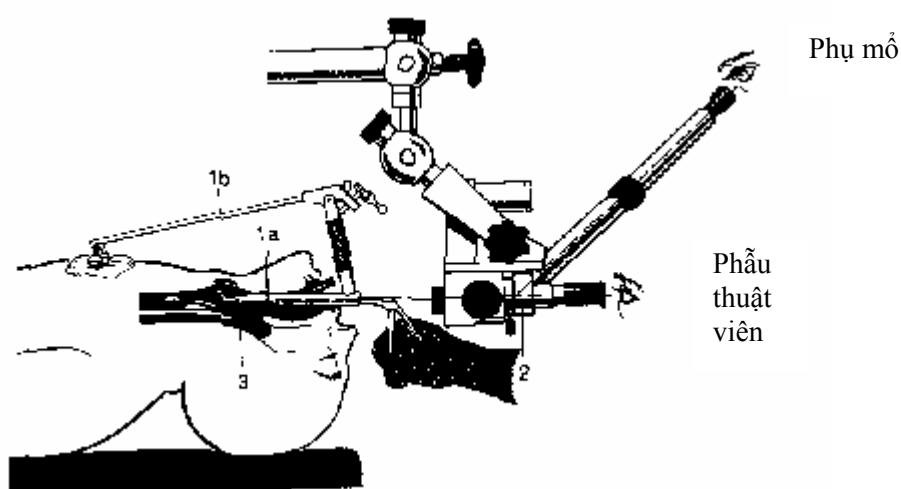
Khi trẻ có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ hóc dị vật phải đánh giá được mức độ khó thở để có thể cho thở O₂, nếu ngạt thở phải mở khí quản tối cấp (Chọc Troca vào màng nhẫn giáp).

Khi bị ngạt thở chúng ta có thể làm thử nghiệm pháp heimlick (thầy thuốc đứng sau lưng nạn nhân hơi cúi người về phía trước, 2 tay ôm vào vùng bụng đột ngột kéo mạnh ra sau gây một áp lực lên cơ hoành cho nạn nhân thở ra mạnh để tống dị vật ra ngoài (tuyệt đối không được làm nghiệm pháp này cho dị vật đã đứng yên một vị trí nào đó trong thanh khí phế quản... Vì có thể gây chết ngạt khi dị vật di chuyển lên mắc kẹt ở buồng thanh thất Morgagnie).

6.2. Nội soi

Dù dị vật mắc lại ở đâu cũng phải nội soi Thanh - Khí - Phế quản gấp dị vật. Nhưng cần lưu ý: - Nếu có khó thở thanh quản cấp 2 nên mở khí quản cấp cứu trước khi gấp dị vật (kể cả dị vật khí quản trước khi chuyển lên tuyến trên tuy hiện tại không có khó thở).

Trước đây hài nhi mở khí quản gần như là một động tác bắt buộc, nhưng hiện nay khi máy móc nội soi và khả năng gây mê hồi sức tốt chúng ta không cần mở khí quản trước khi soi, tuy vậy phải theo dõi sát biến chứng phù nề thanh quản sau soi đồng thời phối hợp các kháng sinh, giảm viêm chống xuất tiết, nâng cao thể trạng, chống trụy tim mạch.



Hình 10: Nội soi treo với kính hiển vi

1a. ống soi có ánh sáng; 1b. Cần nâng bộ ống soi đặt trên ngực bệnh nhân;

2. ống kính quan sát của phẫu thuật viên; 3. ống nội khí quản

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

7. Tiên lượng

Nói chung dị vật đường thở là nguy hiểm, có thể tử vong, phải được xử trí cấp cứu. Ngành nội soi phát triển đã cứu được nhiều trường hợp hiểm nghèo, tuy vậy tiên lượng còn phụ thuộc vào các yếu tố sau:

- Bản chất dị vật: Các chất hữu cơ, các hạt thực vật nguy hiểm hơn là các chất kim khí, chất dẻo...
- Tuổi bệnh nhân: Người càng già và trẻ càng nhỏ tiên lượng càng nặng.
- Thời gian đến khám: Càng trễ dị vật càng khó lấy, càng có nhiều biến chứng.
- Ngoài ra còn phụ thuộc vào trang bị nội soi, khả năng hồi sức, trình độ thầy thuốc nội soi... Tỷ lệ biến chứng dị vật 25 %, tỷ lệ tử vong 2-5 %.

8. Phòng bệnh

- Tuyên truyền tính chất nguy hiểm của dị vật đường thở, giáo dục không cho trẻ em ngậm đồ chơi, không cho ăn những thức ăn dễ hóc, không cho uống thuốc cả viên... Người lớn bỏ thói quen ngậm dụng cụ khi làm việc. Nếu bị hóc hoặc nghi ngờ hóc đường thở cần đi bệnh viện khám ngay.

- Ở trẻ em khi có ho, khó thở kéo dài không rõ nguyên nhân cần nghĩ tới dị vật đường thở bị bỏ quên trước khi tìm các nguyên nhân khác.