

ĐỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đị vật đường thở (DVĐT) là cấp cứu Tai Mũi Họng. Thường xảy ra ở trẻ < 3 tuổi.

Nguyên nhân thường gặp là sặc sữa, bột, thuốc hoặc các hạt trái cây, viên bi,...

Chẩn đoán DVĐT chủ yếu là lâm sàng dựa vào hoàn cảnh xảy ra và hội chứng xâm nhập.

Cấp cứu DVĐT bao gồm thủ thuật cấp cứu vỗ lưng ấn ngực (trẻ < 1 tuổi), thủ thuật Heimlich (trẻ > 1 tuổi) hoặc nội soi lấy dị vật.

Biến chứng tử vong là ngạt thở, ngoài ra còn gây viêm phổi, khò khè tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi bệnh: hỏi bệnh sử từ trẻ bệnh hoặc thân nhân hoặc người giữ trẻ:

- Hoàn cảnh xảy ra
- Loại dị vật
- Hội chứng xâm nhập: ho sặc sụa, thở rít, khó thở, tím tái.

b) Khám lâm sàng:

- Khó thở vào, thở rít.
- Rút lõm ngực.
- Nặng: ngưng thở, hôn mê, tái tím.
- Di động lồng ngực không đối xứng.
- Nghe phế âm phổi 2 bên: giảm phế âm, có sự khác biệt phế âm cùng lúc ở 2 bên phổi, ran rít.

Lưu ý: DVĐT khi khám phổi có thể bình thường.

c) Cận lâm sàng:

- Xquang phổi:
 - + Chỉ định: tất cả các trường hợp nghi ngờ DVĐT
 - + Thấy dị vật cản quang khoảng $\frac{2}{3}$ trường hợp hoặc hình ảnh xẹp phổi, tăng thông khí 1 bên.

Lưu ý: Xquang ngực bình thường không loại trừ DVĐT.

- Siêu âm ngực: trong trường hợp dị vật không cản quang.
- CT ngực trong trường hợp dị vật không cản quang

- Nội soi khí phế quản tất cả các trường hợp có hội chứng xâm nhập.
- Nội soi phế quản ảo
- + Đây là kỹ thuật mới, không xâm lấn, được khuyến cáo.
- + Hình ảnh CT ngực được xử lý dựng 3D cây phế quản giúp bác sĩ thấy được lòng phế quản.

+ Lợi ích của nội soi phế quản ảo là giúp: (1) chỉ định nội soi phế quản chính xác, (2) tránh nội soi không cần thiết đặc biệt trên bệnh nhân suy hô hấp nặng, (3) tăng tỷ lệ thấy dị vật, (4) nội soi nhanh hơn do đã xác định vị trí tắc nghẽn dị vật, (5) cứu sống nhiều người bệnh hơn.

+ Chỉ định: Trường hợp khó thở đột ngột nghi ngờ dị vật đường thở với bệnh sử hội chứng xâm nhập không rõ và không thấy dị vật trên Xquang ngực. Đặc biệt trong trường hợp suy hô hấp nặng, đang giúp thở.

2. Chẩn đoán nghi ngờ:

- Bệnh sử: đột ngột trẻ đang chơi với hạt hoặc vật nhỏ hoặc đang ăn bú.
- Lâm sàng: hội chứng xâm nhập hoặc khó thở thanh quản.

3. Chẩn đoán xác định:

Triệu chứng của chẩn đoán nghi ngờ kèm:

- Xquang ngực thấy dị vật trong khí - phế quản hoặc
- Nội soi: tìm thấy dị vật trong lòng khí phế quản.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm thanh khí phế quản: có sốt, ho.
- U nhú hoặc khối u thanh quản: khó thở thanh quản xuất hiện từ từ.
- Con suyễn
- Viêm phổi
- Tràn khí màng phổi.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Cấp cứu ngưng thở ngưng tim
- Không lấy dị vật bằng tay.
- Đặt trẻ nằm đầu cao hoặc mẹ bồng đầu cao khi trẻ hồng hào, không khó thở.
- Thủ thuật vỗ lưng ấn ngực hoặc Hemlich khi trẻ khó thở, tím tái.
- Hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Nội soi phế quản chẩn đoán và lấy dị vật.
- Nội soi phế quản ảo bằng dựng hình CT ngực trường hợp khó chẩn đoán.
- Điều trị biến chứng.

2. Xử trí ban đầu:

Khi trẻ bị dị vật đường thở hoặc nghi ngờ dị vật đường thở.

a. Nếu trẻ không khó thở hoặc khó thở nhẹ: khó thở thanh quản độ I và

IIA:

- Dùng can thiệp vì sẽ làm di chuyển dị vật có thể làm trẻ ngưng thở đột ngột.
- Đặt trẻ nằm đầu cao, tốt nhất là đặt tư thế ngồi hoặc mẹ bồng.
- Trẻ cần được theo dõi sát và mời hoặc chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi

Họng.

- Không phun adrenaline vì không có tác dụng trong DVĐT.
- Lấy dị vật hầu họng với kẹp Magill khi dùng đèn soi thanh quản thấy dị vật.
- Chọc kim xuyên màng giáp nhẫn:
 - + Chỉ định: DVĐT nằm ở hầu họng, phía trên thanh môn không lấy ra được bằng kẹp Magill.

+ Kỹ thuật:

- ☐ Cho bệnh nhân nằm ngửa, kê gối dưới 2 vai để đầu ngửa tốt nhất.
- ☐ Bàn tay (T) cố định khí quản bằng cách giữ chặt vùng giáp nhẫn và xác định màng giáp nhẫn.
- ☐ Bàn tay (P) cầm kim lòn số 14 đâm qua màng giáp nhẫn theo đường giữa ngay dưới sụn giáp, tạo một góc 45 độ hướng xuống phía chân.
- ☐ Rút nòng ra, nối kim lòn với đầu nối của ống NKQ số 3 và bóp giúp thở.
- ☐ Thường sau khi dị vật được tổng ra trẻ hết khó thở ngay, tuy nhiên sau đó tất cả trẻ này phải được khám chuyên khoa Tai Mũi Họng.

b. Nếu trẻ tím tái hoặc khó thở nặng

- Trẻ > 1 tuổi: thủ thuật Heimlich

+ Trẻ còn tỉnh: Cấp cứu viên đứng phía sau hoặc quỳ tựa gối vào lưng trẻ (trẻ < 7 tuổi). Vòng 2 tay ngang thắt lưng. Đặt một nắm tay vùng thượng vị ngay dưới mấu kiếm xương ức, bàn tay đặt chồng lên. Đột ngột ấn mạnh, nhanh 5 lần theo hướng trước ra sau và dưới lên trên. Sau đó kiểm tra. Tiếp tục vỗ lưng giữa 2 xương bả vai 5 cái nếu còn khó thở. Không vỗ lưng nếu hết khó thở. Trong trường hợp thất bại có thể lặp lại 6-10 lần.

+ Trẻ hôn mê: Đặt trẻ nằm ngửa, cấp cứu viên quỳ gối và đặt 2 bàn tay chồng lên nhau vùng dưới xương ức trẻ. Đột ngột ấn mạnh, nhanh 5 lần. Trong trường hợp thất bại có thể lặp lại 6-10 lần.

- Trẻ sơ sinh và nhũ nhi: phương pháp vỗ lưng ấn ngực

+ Đặt trẻ nằm sấp đầu thấp trên cánh tay. Dùng lòng bàn tay phải vỗ lưng 5 lần mạnh và nhanh vùng giữa 2 xương bả vai. Sau đó lật ngửa trẻ nếu còn khó thở dùng 2 ngón tay ấn ngực dưới đường nối 2 núm vú 1 khoát ngón tay 5 lần.

+ Trong trường hợp thất bại có thể lặp lại 6-10 lần.

+ Không ấn ngực nếu trẻ hết khó thở.

c. Nếu trẻ ngưng thở ngưng tim

- Thực hiện cấp cứu ngưng tim ngưng thở.

- Ấn tim.

- Đặt nội khí quản.

- Bóp bóng giúp thở qua nội khí quản, thở máy qua nội khí quản.

- Đặt nội khí quản và bóp bóng giúp thở qua nội khí quản có thể đẩy DVĐT vào sâu phế quản bên phải hoặc trái. Sau cấp cứu sẽ nội soi gấp dị vật

- Hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng xem xét nội soi lấy dị vật khẩn.

3. Soi gấp dị vật:

- Chỉ định:

+ DVĐT thất bại với thủ thuật cấp cứu vỗ lưng ấn ngực hoặc Hemlich.

+ Có hội chứng xâm nhập nghi ngờ DVĐT.

+ Xquang có hình ảnh gợi ý DVĐT.

+ DVĐT bỏ quên.

- Kỹ thuật:

+ Chuẩn bị: chuẩn bị trước dụng cụ soi ống cứng, dụng cụ gấp dị vật. Nghiên cứu vị trí. Có thể thử trước.

+ Tiến hành: mê nội khí quản.

+ Soi hạ họng với dụng cụ Mc Intosh. Thấy dị vật gấp ra ngay.

+ Soi khí phế quản, dùng ống soi Wolf đưa vào thanh môn, tìm dị vật ở khí quản, phế quản gốc phải, phế quản gốc trái, phế quản thùy. Thấy dị vật gấp ngay.

+ Sau đó soi kiểm tra lại, có thể còn dị vật thứ 2.

+ Trường hợp khó, ngưng soi. Dùng kháng sinh, Corticoid. Soi lại ngày hôm sau.

Dùng kháng sinh dự phòng Cephalosporin thế hệ 1 dùng 1 liều trước soi và Dexamethason 0,6 mg/kg TM 1 liều duy nhất.

4. Điều trị biến chứng

+ Tràn khí dưới da: rạch hay đâm kim dưới da.

+ Tràn khí màng phổi: dẫn lưu màng phổi.

Áp xe trung thất: mở trung thất.

5. Theo dõi và tái khám:

- a. Theo dõi độ khó thở bệnh nhân, biến chứng sau soi như tràn khí dưới da, tràn khí trung thất.
- b. Ra viện 1 - 2 ngày sau, khi các triệu chứng đã ổn.
- c. Tái khám: mỗi tuần cho đến khi ổn định.