

SUY HÔ HẤP CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy hô hấp là tình trạng hệ hô hấp không đủ khả năng cung cấp oxy hoặc thông khí hoặc cả hai.

Nguyên nhân:

– Tồn thương đường thở:

+ Đường thở trên: mềm sụn thanh quản, dị vật đường thở, abscess thành sau họng, quá phát VA, quá phát amidan, viêm nắp thanh môn, bạch hầu, viêm thanh khí quản.

+ Đường thở dưới: hen, viêm tiểu phế quản, hiếm gặp hơn như hẹp khí quản, vòng mạch.

– Tồn thương phổi, màng phổi: viêm phổi, phù phổi, ARDS, dập phổi do chấn thương, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi.

– Tồn thương hệ điều khiển hô hấp:

+ Bệnh lý não: viêm não màng não, ngộ độc, chấn thương sọ não.

+ Bệnh lý thần kinh – cơ: nhược cơ, hội chứng Guillain – Barre, toan chuyển hóa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

– Tiền sử hen, viêm tiểu phế quản, tim mạch, nhược cơ, cơ địa sanh non, bệnh phổi mạn.

– Khởi phát: sốt, ho, khò khè.

– Hội chứng xâm nhập.

– Co giật và hôn mê đi trước trong viêm não màng não.

– Ngộ độc: thuốc ngủ, Morphin và dẫn xuất, rượu, Methemoglobin, cyanide (khoai mì, cao sản, nước rửa vàng)...

1.2. Khám lâm sàng

– Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp, SaO₂.

– Khám hô hấp:

+ Dấu hiệu tím tái, sử dụng cơ hô hấp phụ: co lõm ngực, co kéo liên sườn, phập phồng cánh mũi, co kéo cơ ức đòn chũm, co lõm hố ức, thượng đòn.

+ Kiểu thở: khó thở thì hít vào hay thở ra, thở bụng, tiếng rít, khò khè, cơn ngưng thở.

+ Phé âm, ran phổi.

– Khám tai mũi họng: amidan, VA...

– Khám tim: nhịp tim, âm thổi, gallop.

– Khám bụng: kích thước gan.

– Khám thần kinh: tri giác, phát triển tâm thần vận động, yếu liệt chi.

1.3. Cận lâm sàng

– Tổng phân tích tế bào máu.

– Xquang phổi.

– Khí máu: khi tím tái không cải thiện với thở oxy.

– Siêu âm tim: khi có tiền căn bệnh tim hay X-quang có bóng tim to hoặc có biểu hiện suy tim.

– Tìm độc chất khi nghi ngờ.

2. Chẩn đoán xác định: dựa vào

- Lâm sàng và
- Cận lâm sàng: SpO₂ < 92% hoặc PaO₂ < 60mmHg và /hoặc PaCO₂ > 45mmHg với FiO₂ 21%.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Viêm phổi: thở nhanh, ran phổi, hội chứng đông đặc phổi, X-quang có hình ảnh tổn thương phế nang.
- Hen: tiền căn hen, khó thở ra, khò khè, ran rít.
- Dị vật đường thở: hội chứng xâm nhập, khó thở vào, rít thanh quản.
- Viêm thanh khí phế quản: viêm hô hấp trên, khàn tiếng, khó thở vào, rít thanh quản.
- Bệnh lý não: hôn mê, thở chậm, không đều.
- Bệnh thần kinh cơ: yếu liệt chi, thở nông.
- Suy tim, phù phổi cấp: tim nhanh, nhịp Gallop, ran ẩm dằng cao dần, gan to và đau, tĩnh mạch cổ nổi, X-quang có bóng tim to, siêu âm tim: chức năng co bóp cơ tim giảm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cấp cứu.
- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị hỗ trợ.

2. Điều trị cấp cứu

2.1. Thông đường thở

- Hôn mê: Hút đàm nhớt, ngửa đầu -- nâng cằm, nếu thất bại đặt ống thông miệng hầu.
- Tắc nghẽn đường hô hấp trên: Dị vật đường thở: thủ thuật Heimlich (> 2 tuổi), vỗ lưng ấn ngực (< 2 tuổi)

2.2. Hỗ trợ hô hấp: Thở oxy

- Chỉ định.
- + Tím tái và/hoặc SaO₂ < 90% và/hoặc PaO₂ < 60mmHg.
- + Thở co lõm ngực nặng,
- + Thở nhanh > 70 lần/phút.
- Phương pháp cung cấp:
- + Oxygen cannula (FiO₂ 30-40%), trẻ nhỏ: 0.5-3 l/ph, trẻ lớn: 1-6 l/ph.
- + Mask có hay không có túi dự trữ (FiO₂ 40-100%) 6-8 l/ph.
- + Thở CPAP
 - o Chỉ định: bệnh lý có giảm compliance phổi, thất bại thở oxy.
 - o Phương pháp: xem bài thở CPAP.
 - + Thở máy không xâm lấn:
 - o Chỉ định: thất bại thở CPAP hoặc oxy
 - o Phương pháp: xem bài thở máy không xâm lấn.
 - + Thở máy xâm lấn
 - o Chỉ định:
 - ♣ Ngưng thở, thở không hiệu quả.
 - ♣ Thất bại CPAP hoặc thở máy không xâm lấn

❖ Bệnh lý thần kinh trung ương thất bại thở oxy.

o Phương pháp: xem bài thở máy.

2.3. Điều trị nguyên nhân

- Dị vật đường thở : Vỗ lưng ấn ngực, thủ thuật Heimlich, nội soi lấy dị vật.
- Viêm thanh khí quản: Corticoide, khí dung Adrenaline.
- Hen : khí dung giãn phế quản.
- Phù phổi : ngưng dịch, nằm đầu cao, thuốc tăng co bóp cơ tim, lợi tiểu.
- Tràn dịch khí- dịch màng phổi: Chọc hút dẫn lưu màng phổi theo chỉ định.
- Viêm phổi: kháng sinh.
- Ngộ độc: Naloxone trong ngộ độc Morphine, sodium thiosulfate trong ngộ độc cyanic, xanh methylen trong methemoglobin máu.

2.4. Điều trị hỗ trợ

- Duy trì khả năng cung cấp oxy cho mô và tế bào:
 - + Duy trì khả năng chuyên chở oxy: giữ Hct từ 30-40%.
 - + Duy trì cung lượng tim đầy đủ: dịch truyền, thuốc tăng co bóp cơ tim.
 - + Giảm tiêu thụ oxygen: hạ sốt nếu nhiệt độ trên 38,50C.
- Dinh dưỡng:
 - + Nên cho ăn đường miệng, nếu không bú/ăn được nên đặt sonde dạ dày, gavage sữa hoặc bột mặn 10%. Để tránh viêm phổi hít do trào ngược dạ dày, cần chia làm nhiều bữa ăn và nhỏ giọt chậm.
 - + Năng lượng cần tăng thêm 30-50% nhu cầu bình thường để bù trừ tăng công hô hấp, tránh kiệt sức. Trong trường hợp thở máy do khí cung cấp đã được làm ấm đầy đủ vì thể lượng dịch giảm còn 3/4 nhu cầu.
 - + Khi nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần, tránh cho quá nhiều Glucose gây tăng CO₂, tỉ lệ giữa lipid và glucid là 1:1.
- Phòng ngừa nhiễm trùng bệnh viện:
 - + Dụng cụ hô hấp vô trùng.
 - + Kỹ thuật chăm sóc vô trùng: hút đàm, đặc biệt hút đàm qua NKQ.

IV. THEO DÕI

- Lâm sàng
 - + Nhịp thở, co lõm ngực, tím tái, SaO₂, mạch, huyết áp, tri giác, lúc đầu mỗi 30 phút
 - 1 giờ, khi ổn định mỗi 2-4 giờ.
 - + Biện chứng: tràn khí màng phổi, tắc đàm.
- Cận lâm sàng
 - + Khí máu: không đáp ứng oxy, khi cần thay đổi phương pháp hỗ trợ hô hấp hoặc thở máy.
 - + X-quang phổi: nghi ngờ tràn khí màng phổi, xẹp phổi.

LƯU ĐỒ HỖ TRỢ HÔ HẤP

