

ĐỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đị vật đường thở là cấp cứu Tai Mũi Họng, có thể gây tử vong. Thường xảy ra ở trẻ từ 3 tháng – 6 tuổi. Nguyên nhân thường gặp là các hạt trái cây, viên bi, hoặc sặc sữa, bột...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh: hoàn cảnh xảy ra, loại dị vật, hội chứng xâm nhập.

b. Khám lâm sàng

- Mức độ khó thở: ngừng thở, hôn mê, tái tím.
- Khó thở vào, sử dụng cơ hô hấp phụ.
- Nghe phế âm phổi 2 bên.

c. Cận lâm sàng

- X-quang phổi: tìm dị vật cản quang, xẹp phổi.
- Nội soi khí phế quản tất cả các trường hợp có hội chứng xâm nhập.

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

Hội chứng xâm nhập. 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.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Lấy dị vật.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị các 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

Đừng can thiệp vì sẽ làm di chuyển dị vật có thể làm trẻ ngừng thở đột ngột. Trẻ cần được theo dõi sát và mời hoặc chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi Họng, tốt nhất để trẻ ở tư thế ngồi hoặc mẹ bồng.

b. Nếu trẻ ngừng thở hoặc khó thở nặng: khó thở thanh quản độ IIB và III

Nếu trẻ ngừng thở hoặc khó thở nặng, tái tím, vật vã, hôn mê cần cấp cứu ngay. Tránh móc dị vật bằng tay.

• Trẻ lớn: 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.
- 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.

• 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 5 lần.
- Nếu trẻ ngừng thở phải thổi ngạt hoặc bóp bóng qua mask trước và trong khi làm thủ thuật Heimlich hoặc vỗ lưng ấn ngực. Trong trường hợp thất bại có thể lặp lại 6 - 10 lần các thủ thuật trên. Nếu thất bại dùng đèn soi thanh quản nếu thấy được dị vật sẽ dùng kèm Magill gấp ra hoặc mở khí quản, chọc kim xuyên màng giáp nhẫn hoặc đặt nội khí quản.

• Kỹ thuật chọc kim xuyên màng giáp nhẫn:

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, kê gối dưới 2 vai để đầu ngửa tốt.
- 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 luồn số 14 đâm qua màng giáp nhẫn theo đường giữa ngay dưới sụn giáp, tạo một góc 45° hướng xuống phía chân.
- Rút nòng ra, nối kim luồn với đầu nối của ống NKQ số 3 và bóp giúp thở.
- Thường sau khi dị vật được tống ra trẻ hết khó thở ngay, tuy nhiên sau đó tất cả trẻ này phải được khám chuyên khoa Tai Mũi Họng.

3. Soi gấp dị vật

- Chỉ định: tất cả các trường hợp có hội chứng xâm nhập.
- Kỹ thuật:
 - Chuẩn bị: chuẩn bị trước dụng cụ soi, 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, ngừng 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.
- 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.

4. 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.

