

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHÙ PHỔI CẤP TỔN THƯƠNG DO NGẠT NƯỚC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Quốc Thắng¹, Trần Thị Đoan Trang¹

TÓM TẮT

Bệnh nhân là một thanh niên 33 tuổi, đi xe mô tô về nhà trong mùa lụt khi nước đã ngập đường, bị rơi xuống ruộng và bị ngạt nước vì không biết bơi. Bệnh nhân được sơ cứu ở tuyến trước. Khi vào Bệnh viện Trung ương Huế, bệnh nhân hôn mê sâu (Glasgow 5-6 điểm), môi mặt tím, thở nấc 5 lần/phút, mạch nhanh nhỏ, HA: 50/30mmHg, SpO₂: 20%, miệng đầy bọt hồng, phổi đầy ran ẩm cả hai bên. Bệnh nhân đã được đặt nội khí quản, hút hết bọt hồng, xen kẽ bóp bóng qua nội khí quản với oxy liều cao liên tục, sau đó thở máy với phương thức PEEP, truyền dung dịch cao phân tử, thuốc vận mạch, corticoide liều cao, bồi phụ nước điện giải và điều chỉnh thăng bằng kiềm toan, kháng sinh phổ rộng. Sau 7 ngày bệnh nhân tự thở được, sau 21 ngày đã ra viện trong tình trạng sức khỏe phục hồi tốt.

Bệnh nhân được cứu sống nhờ nhiều yếu tố sau:

- Bệnh nhân đến bệnh viện kịp thời khi bắt đầu đe dọa ngừng thở, trụy tim mạch.
- Được chẩn đoán đúng và điều trị tích cực, kịp thời, nhanh chóng.
- Nhờ phụng tiện, trang thiết bị đầy đủ cùng sự phối hợp của các thầy thuốc giàu kinh nghiệm của Bệnh viện TW Huế.

SUMMARY

A CASE REPORT OF PULMONARY OEDEMA DUE TO NEAR - DROWNING RESUSCITATED AT HUE CENTRAL HOSPITAL IN THE FLOOD SEASON OF NOVEMBER, 2007

Tran Quoc Thang¹, Tran Thi Doan Trang¹

We'd like to report a case of near - drowning complicated with acute pulmonary oedema, severe respiratory distress admitted to Hue Central Hospital in the flood season of November 2007. This was a 33 - year - old man driving a motorbike home while the flood water overwhelming the road. He was fallen into the field and drowned because of not knowing to swim. He had been given first aid at the district hospital then was transferred to Hue Central Hospital. On arrival at the hospital, he was in a deep coma with Glasgow come scale of 5 - 6 marks, deeply cyanosed, gasping with a respiratory rate of 5/minute and his mouth was full of pink bubbles. His pulse was rapid and weak, his blood pressure recordable at 50/30 mmHg, his SpO₂ was noted to be 20% and his lungs full of crepitations.

1. Bệnh viện Trung ương Huế

He was required an endotracheal tube, pink bubbles suction through endotracheal tube alternated with bag - mask ventilation with permanent high doses of oxygen, application of PEEP, Dextran perfusion, inotropes, high doses of steroids, electrolytes and water perfusion, acido- alkaline balance and large - spectrum antibiotics. 7 days later the patient was found to be breathing spontaneously, dopamin perfusion was stopped. 21 days after admission, he was discharged from the hospital with a full recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngạt nước là một tai nạn thường xảy ra ở Thừa Thiên Huế, nơi có nhiều sông ngòi, đầm phá, đặc biệt trong mùa lũ lụt nguy cơ bị ngạt nước lại càng tăng.

Đây là một trường hợp ngạt nước biến chứng phù phổi cấp tổn thương, vào viện với suy hô hấp nặng, tụt HA, hôn mê sâu. Sau khi được điều trị tích cực ở BVTW Huế, bệnh nhân đã qua khỏi tình trạng nguy kịch và xuất viện trong trạng thái hồi phục sức khỏe tốt.

Bệnh viện Trung ương Huế đã cứu sống nhiều trường hợp ngạt nước, nhưng đây là trường hợp ngạt nước biến chứng phù phổi cấp tổn thương điển hình, đe dọa tử vong, đã được điều trị kịp thời. Nhân trường hợp này, chúng tôi muốn bàn thêm về xử trí cấp cứu ngạt nước để qua đó các cơ sở y tế và cộng đồng có được thái độ xử trí thích hợp đối với nạn nhân ngạt nước, đặc biệt trong mùa lũ lụt.

II. GIỚI THIỆU TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân NGUYỄN H., nam, 33 tuổi.

Nghề nghiệp: Nông dân.

Địa chỉ: Phong Điền-TT Huế

Bệnh nhân đi xe máy về nhà khi nước lụt lên ngập đường, bị rơi xuống ruộng, do không biết bơi nên bị ngạt nước.

Bệnh nhân được đưa vào bệnh viện Phong Điền lúc 14 giờ 20 phút ngày 02/11/07 trong tình trạng hôn mê, tăng tiết đờm dãi. Phổi có nhiều rales ẩm; M: 70 lần/phút, t°: 37,5°C, HA: 130/80mmHg.

Xử trí ở tuyến trước:

+ Furosemide 20mg x 2 ống TM

+ Thở Oxy 5l/phút và chuyển viện.

Vào phòng Cấp cứu đa khoa Bệnh viện TW Huế lúc 15 giờ 15 phút cùng ngày với:

+ Môi tím, mặt tím tái thở nấc.

+ Nhịp thở 5 lần/phút; SpO₂ 20%; mạch nhanh nhỏ. HA 50/30 mmHg phổi đầy rales ẩm cả 2 phế trường.

+ Glasgow 5 điểm, co cứng 2 chi trên, duỗi cứng 2 chi dưới; đồng tử 2 bên 2mm còn đáp ứng ánh sáng, răng cắn chặt.

+ Nhiều bọt hồng trào ra nhiều ở miệng.

Chẩn đoán: ngạt nước biến chứng phù phổi cấp tổn thương

Xử trí cấp cứu:

+ Hút đờm dãi và bọt hồng liên tục.

+ Nâng cằm đẩy hàm; Bóp bóng qua mặt nạ có oxy 10 lít/phút

+ Etomidat 100mg x 1 ống TM chậm.

+ Đặt nội khí quản (NKQ): hút đờm dãi và bọt hồng xen kẽ bóp bóng qua NKQ có oxy 12 lít/phút.

+ Gelafundin 500ml chuyển tĩnh mạch 60 giọt/phút.

+ Dopamin 200mg 1 ống hoà trong 500ml Nacl 9‰ CTM 25giọt/phút (5,5 µg/kg)

+ Solumedrol 40 mg x 2 ống TM.

+ Thở máy với phương thức thở A/C, Vt 500ml, Ft 15 lần/phút, I/E: 1/1,2. PEEP 8 cmH₂O.

Sau gần 1 giờ cấp cứu, chức năng sống cải

thiện: HA 90/60 mmHg; M 110 lần/phút; T1, T2 đều rõ; mặt hồng, ECG nhịp xoang nhanh. Glasgow 7 điểm; phổi còn ít rales ẩm ở hai đáy, bệnh nhân được chuyển HSCC.

Tại HSCC chẩn đoán: Ngạt nước, phù phổi cấp tổn thương và được điều trị:

- Thở máy với phương thức PEEP
- Truyền dung dịch cao phân tử, plasma tươi.
- Dùng thuốc vận mạch với dopamin
- Điều chỉnh nước điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Dùng kháng sinh phổ rộng và corticoide liều cao.

* Kết quả cận lâm sàng:

- Khí máu và điện giải đồ: nhiễm toan hỗn hợp với PH: 7,03; HCO_3^- : 17,3mmol; BE: -14,9mmol/l; PO_2 : 57mmHg; PCO_2 : 67mmHg.

- X-quang phổi: hình ảnh tổn thương đặc thù của phù phổi cấp tổn thương (đám mờ cánh bướm hai bên)



Hình ảnh XQ phổi 2/11/2007



Bệnh nhân tại khoa Hồi sức cấp cứu

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm đo lúc 21 giờ 2/11/07 là 5cm H_2O

Sau 7 ngày điều trị tích cực (từ 02/11/2007 đến 09/11/2007), tình trạng bệnh nhân tạm ổn định, ngừng Dopamin, ngừng thở máy.

Ngày 10/11/2007: rút ống nội khí quản, bệnh nhân tự thở được.

Từ ngày 13/11/2007 bệnh nhân được chuyển về điều trị tại khoa Nội hô hấp.

Ngày 23/11/2007 tình trạng sức khỏe hồi phục tốt, bệnh nhân được cho ra viện.



Hình ảnh bệnh nhân tạm ổn định

III. BÀN LUẬN

Đây là một trường hợp điển hình của ngạt nước biến chứng phù phổi cấp tổn thương. Lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân này có đầy đủ các triệu chứng để chẩn đoán. Đây là một hội chứng suy hô hấp cấp với mặt tím tái, khó thở, nhịp thở nhanh nông và sau đó đe dọa ngừng thở (thở nấc, nhịp thở 5 lần/phút), phổi đầy rales ẩm hai bên, nhiều bọt hồng ở miệng. Phim phổi thẳng cho thấy hình ảnh mờ hình cánh bướm hai bên.

Theo Vũ Văn Đính, hội Hồi sức cấp cứu của các nước nói tiếng Pháp và Hội Cấp cứu Hoa Kỳ, đứng trước một trường hợp bệnh nhân suy hô hấp cấp nói chung và đối với phù phổi cấp nói riêng, bệnh nhân hôn mê, nhịp thở chậm dưới 10 lần/phút, miệng có bọt hồng thì việc đặt nội khí quản là cấp cứu quan trọng hàng

đầu, sau đó mới tới thuốc. Trên bệnh nhân này chúng tôi đã đặt nội khí quản ngay khi bệnh nhân tới phòng Cấp cứu đa khoa Bệnh viện Trung ương Huế.

Tại cơ sở, sau khi cấp cứu ban đầu có kết quả (bệnh nhân thở lại, có mạch) thì phải tiếp tục hà hơi thổi ngạt, xoa bóp tim ngoài lồng ngực trong khi chờ xe cấp cứu đến. Trên đường vận chuyển bệnh nhân tới bệnh viện hoặc cơ sở cấp cứu gần nhất phải tiếp tục theo dõi và cấp cứu cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân hôn mê thì phải đặt nội khí quản và bóp bóng khi vận chuyển.

Về thân nhiệt: khi vào viện: 37,5°C, người ấm (ở tuyến trước thân nhiệt bệnh nhân là 37°C). Điều này chứng tỏ bệnh nhân không bị ngâm lâu trong nước lạnh. Theo E. L'Her và cộng sự nếu thân nhiệt bệnh nhân dưới 30°C thì tiên lượng nặng do lúc đầu catecholamin trong máu tăng, sau đó giảm làm giảm cung lượng tim và nhịp tim, gây loạn nhịp đặc biệt rung thất, vô tâm thu.

Theo Modell và Conne, có sự tương quan giữa tỷ lệ tử vong và mức độ hôn mê ở bệnh nhân ngạt nước. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân hôn mê đơn thuần do ngạt nước với triệu chứng bóc vỏ não, mất não là 20% - 50%. Ở bệnh nhân này, glasgow 5-6 điểm, có triệu chứng bóc vỏ não phối hợp với phù phổi cấp tổn thương

Đây là bài học điển hình về cấp cứu hồi sức tim phổi ABCD: A (Airway), B (Breathing), C (Circulation), D (Disability). Bệnh nhân đã được khai thông đường thở, nâng cằm, đẩy hàm, hút đờm dãi và bọt hồng, bóp bóng qua mặt nạ có oxy, đặt nội khí quản. Đặc biệt do bọt hồng trào ra gây tắc nghẽn đường hô hấp nên bệnh nhân đã được hút qua nội khí quản xen kẽ bóp bóng qua nội khí quản với oxy 12 lít/phút liên tục. Đã hút được khoảng 300ml máu bọt hồng, giúp giải phóng đường thở, tăng cung cấp oxy cho tế bào não, cứu tính mạng bệnh nhân và nhất là không để lại di chứng tổn thương não nặng nề sau này. Lúc vào SpO₂ là

20%, sau xử trí cấp cứu đã lên tới 100%.

Việc đặt nội khí quản ban đầu rất khó thực hiện bởi bệnh nhân hôn mê Glasgow 5-6 điểm, miệng cắn chặt, hai chi trên co, hai chi dưới duỗi. Sau khi dùng Etomidat 100mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch chậm và bóp bóng qua mặt nạ có oxy, việc đặt nội khí quản được tiến hành dễ dàng.

IV. KẾT LUẬN

Ngạt nước là một loại cấp cứu thường gặp ở các cơ sở y tế. Đặc biệt là ở những vùng thấp trũng, nhiều ao hồ, chịu ảnh hưởng của bão lụt thì vấn đề sơ cấp cứu, cấp cứu ngạt nước lại càng trở nên hết sức quan trọng. Sau khi sơ cấp cứu có kết quả, bệnh nhân thở lại được, giấy dựa, kêu la hoặc đã có lại nhịp thở và mạch thì mới chuyển bệnh nhân càng nhanh càng tốt tới bệnh viện gần nhất có đầy đủ trang thiết bị hồi sức cấp cứu, tốt nhất là dùng xe cấp cứu. Một số điểm cần lưu ý đối với cấp cứu bệnh nhân ngạt nước:

- Bệnh nhân ngạt nước hôn mê phải được đặt nội khí quản, bóp bóng trên đường vận chuyển.
- Bệnh nhân phù phổi cấp có bọt hồng ở miệng thì phải đặt nội khí quản ngay, hút bọt hồng đờm dãi qua nội khí quản và xen kẽ bóp bóng qua nội khí quản với oxy liều cao rồi mới dùng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hồi sức cấp cứu toàn tập*. GS Vũ Văn Đính cùng cộng sự 2007.
2. *Cẩm nang điều trị hồi sức cấp cứu*. JICA_CRH TECHNICAL 2002.
3. *Cẩm nang điều trị nội khoa*. GS Phạm Khuê 2005.
4. *Réanimation médicale*. M.Masson.
5. *Urgences médicales*. AXEL Ellrodt 2005.
6. *Emergency*. Sixth edition. Care and transportation.
7. *Emergency Medicine*. 212 Davide.M.cline.