

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

**NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HEN PHẾ QUẢN NGUY KỊCH
NGỪNG HÔ HẤP, TUẦN HOÀN**

Trần Quốc Thắng¹, Nguyễn Minh Thi¹, Nguyễn Thị Hương¹, Võ Hoàng Chương¹, Phan Lê Hiếu¹

TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ 17 tuổi có tiền sử hen phế quản và bị lên cơn hen nặng 2 lần trong 3 năm, đã được điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Huế. Bệnh đang được điều trị ở nhà với Ventolin khí dung. Bệnh nhân lên cơn hen nặng lúc 2 giờ sáng được đưa đến Bệnh viện Trung ương Huế lúc 3 giờ sáng trong tình trạng ngừng thở, ngừng tuần hoàn, da tái, môi tím, và mồ hôi lạnh, mạch ngoại vi không bắt được, mạch cảnh nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được, hai phổi căng phồng (rì rào phế nang mất), tiếng tim yếu.

Bệnh nhân được hồi sức tim phổi kịp thời ngay tại phòng cấp cứu. Sau khi giải phóng đường thở, hô hấp nhân tạo, đặt nội khí quản. Mặc dù chưa dùng thuốc vận mạch mà da bệnh nhân đã hồng hào trở lại, huyết áp là 150/90 mmHg, mạch: 123 lần/phút, SaPO₂: 80%. Sau đó bệnh nhân được thở máy và điều trị phối hợp với thuốc Salbutamol, Bricanyl, Solu-medrol, khí dung Berodual. Bệnh nhân đáp ứng tốt và được rút nội khí quản sau 3 ngày, ra viện sau 10 ngày với sức khỏe phục hồi tốt. Bệnh nhân được cứu sống nhờ:

- 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 phương tiện, trang thiết bị đầy đủ cùng sự phối hợp của các thầy thuốc đầy kinh nghiệm của Bệnh viện Trung ương Huế.

ABSTRACT

**ONE BREATHNESS AND STOP CIRCULATION CASE
ON SEVERE ASTHMA PATIENT**

Tran Quoc Thang¹, Nguyen Minh Thi¹, Nguyen Thi Huong¹, Vo Hoang Chuong¹, Phan Le Hieu¹

The 17-year-old female patient having, a history of bronchial asthma, severe asthma attacks two times in three years, was only treated at home with Ventolin. She had severe asthma at 2 am and was brought to Hue Central Hospital at 3 am in a state of breathless, circulation, pale skin, blue lips, sweats cold, peripheral vascular couldn't be measured quick, little, hard to catch carotid pulse, blood pressure couldn't be measured, two lungs were inflated (dragged into alveolar loss).

The patient had cardiopulmonary resuscitation in the emergency room immediately. After the release of the airway, CPR, endotracheal tube, the patient was pink and blood pressure was 150/90 mmHg, pulse: 123 /minute. SaPO₂: 80%. After that, the patient was ventilated and given

1. Khoa Cấp cứu, BVTW Huế

the combined-therapy including: Salbutamol, Bricanyl, Solu-medrol and aerosol Berodual. The patient was satisfied, the windpipe was withdrawn after 3 days she was, discharged from hospital after 10 days with restore good health. Patient was saved by:

- Patient was hospitalised in time when the threats started to: stop breathing, cardiovascular collapse.

- To be properly diagnosed and treated aggressively promptly, quickly.

- Thanks to, fully equipped, facilities, combined with experienced doctors of Hue Central Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là bệnh thường gặp trong cấp cứu. Con hen phế quản nguy kịch là một cấp cứu rất khẩn cấp đòi hỏi phải được xử trí rất nhanh, chính xác và đúng phương pháp. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh nhân hen phế quản nhưng những năm gần đây hen phế quản nguy kịch vẫn là cấp cứu thường gặp, còn có bệnh nhân tử vong do không được cấp cứu kịp thời hay không có phương tiện để cấp cứu. Phòng Cấp cứu đa khoa Bệnh viện Trung ương Huế đã cứu sống nhiều trường hợp hen phế quản nguy kịch. Chúng tôi giới thiệu trường hợp lâm sàng sau đây là trường hợp điển hình, bệnh nhân ngừng hô hấp tuần hoàn ngay tại phòng cấp cứu trong đêm khuya đã được cấp cứu kịp thời.

Qua trường hợp này chúng tôi muốn bàn thêm về xử trí hen phế quản nặng nói chung và hen phế quản nguy kịch nói riêng để các cơ sở y tế và cộng đồng có thái độ xử trí đúng với hen phế quản nguy kịch.

II. GIỚI THIỆU TÓM TẮT BỆNH ÁN

2.1. Hành chính

Họ và tên bệnh nhân: Nguyễn T. P., 17 tuổi, nữ
Địa chỉ: Phú Vang Thừa Thiên Huế.

Vào viện lúc 3h sáng ngày 20/10/2010.

Lý do vào viện: Ngừng hô hấp tuần hoàn.

2.2. Tiền sử: hen phế quản, đã bị lên cơn hen nặng 2 lần trong 3 năm, có 1 lần nằm ở khoa Hồi sức cấp cứu, BVTW Huế

2.3. Lâm sàng: Khởi bệnh khoảng 2h sáng 20/10/2010, bệnh nhân đột ngột lên cơn khó thở, khó thở ngày càng tăng. Ở nhà đã dùng bơm xịt Ventoline, nhưng không cải thiện, được gọi xe

taxi đưa vào viện. Bệnh nhân vào viện trong tình trạng đe dọa ngừng thở, ngừng tuần hoàn, môi tím, da tái và mồ hôi lạnh. Mạch ngoại vi không bắt được, mạch cảnh nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được, 2 phổi im lặng căng phồng (rì rào phế nang mất), nhịp tim nghe yếu.

2.4. Xử trí

Bệnh nhân được chẩn đoán: ngừng hô hấp tuần hoàn cấp theo dõi hen phế quản nguy kịch. Kíp trực đã tiến hành xoa bóp tim ngoài lồng ngực, bóp bóng qua mặt nạ với oxy 10l/phút.

Sau đó được tiến hành đặt nội khí quản và bóp bóng qua nội khí quản. Đã được dùng Etomidat 100mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch. Tiến hành hút đờm giải. Sau khi tiến hành hồi sức tích cực thì huyết áp bệnh nhân đo được là 150/90 mmHg; mạch: 123lần/phút, SpO₂: 80%. Mặt của bệnh nhân mặt đã hồng trở lại, môi hết tím tự, phổi căng phồng cả hai bên, chỉ nghe được vài ran rít rải rác. Tiếp đó, bệnh nhân được thở máy với chế độ thở A/C, Vt: 500 ml, Ft 15 lần/phút, FiO₂ 80%, I/E 1/1.5, đồng thời điều trị: Salbutamol 0,5mg x 10 ống hoà trong 50ml NaCl 9% chuyển tĩnh mạch qua bằng bơm điện 5ml/giờ (0,5mg/giờ) và tăng liều dần cho đến khi đáp ứng, phối hợp với: Bricanyl 0,5g/ống tiêm dưới da; Berodual khí dung; Solu-medrol 120mg tiêm tĩnh mạch chậm; kháng sinh; đảm bảo cân bằng kiểm soát.

Bệnh nhân được tiến hành chụp X quang phổi tại giường và các xét nghiệm: khí máu, điện giải đồ, công thức máu, chức năng thận,... Sau đó bệnh nhân được chuyển khoa Hồi sức cấp cứu và được tiếp tục điều trị phối hợp Salbutamol, Bricanyl, khí dung Berodual, kháng sinh, Solu-medrol, bù nước điện giải.

2.5. Kết quả:

Sau 3 ngày điều trị bệnh nhân cải thiện rõ, hết khó thở, được chuyển về Nội hô hấp tiếp tục điều trị với các thuốc: Cefiximed 400mg 1v/ngày uống; Seretide 25/125 1 tube xịt 2 lần/ngày; Solmu x 3viên/ngày uống chia 3 lần và Theostat 300mg x 1viên uống/ngày.

Sau 5 ngày, bệnh nhân được ra viện.

III. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Đây là trường hợp một nữ bệnh nhân trẻ 17 tuổi có tiền sử hen phế quản nặng 2 lần trong 3 năm gần đây, 1 lần đã nằm hồi sức. Bệnh nhân không được điều trị dự phòng, cơn hen bộc phát vào ban đêm (2h sáng ngày 20/10/2010), từ khi lên cơn hen đến khi hôn mê truy tim mạch ngừng hô hấp < 1 giờ. Đây là hen phế quản nguy kịch, chẩn đoán lâm sàng phân biệt giữa hen phế quản thể nặng và thể nguy kịch như sau:

- Thể nặng: khó thở, cơ kéo cơ hô hấp mạch đảo (xác định bằng cách đo huyết áp tâm thu khi bệnh nhân thở vào và thở ra thấy chênh lệch nhau >20mmHg trở lên do tim bị chèn ép), lồng ngực căng dẫn, tím, vật vã, hốt hoảng, vã mồ hôi, cung lượng đỉnh < 120 l/phút, nói khó, ho khó, tần số thở ≥ 30 lần/phút.

- Thể nguy kịch: rối loạn ý thức, không nói được, phổi im lặng, thở chậm, nhịp thở < 10lần/phút có các cơn ngưng thở. Thể nguy kịch là thể nặng có thêm 1 hay nhiều dấu hiệu nguy kịch.

3.2. Thái độ xử trí

- Xử trí cấp cứu: đối với cơn hen phế quản nặng thì điều trị bằng thuốc sớm và đặt nội khí quản nếu cần. Đối với cơn hen phế quản nguy kịch thì phải nhanh chóng hô hấp nhân tạo đặt nội khí quản và điều trị bằng thuốc phối hợp. Đây là trường hợp hen phế quản nguy kịch với hôn mê ngừng thở kèm truy tim mạch được kịp thời phát hiện sớm và tiến hành hồi sức tim phổi.

Theo tác giả Đặng Quốc Tuấn nhận xét về hen phế quản nguy kịch tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 2002-2004: thời gian trung bình của nhóm tiến triển nhanh là 2,45 giờ $\pm 1,17$ giờ.

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là 1 giờ. Tỷ lệ tử vong hen phế quản nguy kịch là 25%.

Về SpO₂ khi vào viện: bệnh nhân chúng tôi khi vào viện không đo được SpO₂, điều này cũng phù hợp với các tác giả bệnh viện Bạch Mai có 8 bệnh nhân không đo được SpO₂, và SpO₂ < 80% là 6 trường hợp (72,22%).

Về đặt nội khí quản: khi dùng Etomidat tiêm TM và bóp bóng qua mặt nạ có ôxy với lưu lượng là 10lít. Chúng tôi đã nhanh chóng đặt nội khí quản tuy có khó khăn do tắt nghẽn đờm giải và co thắt khí quản. Theo các đồng nghiệp ở bệnh viện Bạch Mai đặt nội khí quản thành công 32/34 trường (94,12%) và thất bại 2 trường phải mở khí quản cấp cứu. Vì vậy chúng tôi thiết nghĩ đối với trường hợp đặt nội phế quản thất bại phải được tiến hành mở khí quản tại phòng cấp cứu đa khoa do BS phòng cấp cứu đảm nhiệm.

Về sử dụng thuốc giãn phế quản trong cấp cứu hen phế quản nặng: trong trường hợp này chúng tôi không dùng Adrenalin vì sau khi giải phóng đường thở và đặt nội khí quản bóp bóng qua nội khí quản với O₂ 10 l/phút. SpO₂ từ không đo được lên 80%. Huyết áp từ không đo được lên 150/90 mmHg. Chứng tỏ nguyên nhân gây ngừng hô hấp và truy mạch ở đây là suy hô hấp.

3.3. Hen phế quản cấp nặng

Phòng Cấp cứu đa khoa được sự quan tâm giúp đỡ đặc biệt của ban giám đốc. Từ khi chuyển sang khu kỹ thuật cao ODA do Nhật Bản viện trợ các bác sĩ phòng Cấp cứu đa khoa hằng ngày cấp cứu thành công nhiều trường hợp nặng đe dọa tử vong. Để xứng đáng là đơn vị cấp cứu ban đầu của toàn bệnh viện, không chỉ là nơi nhận đón tiếp phân loại bệnh nhân mà còn là nơi cấp cứu hồi sức, cứu tính mạng bệnh nhân với thời gian vàng cho phép < 3-5 phút. Hiện nay tất cả các bác sĩ phòng Cấp cứu đa khoa đã đặt nội khí quản thành thạo, sử dụng thuần thục các thuốc vận mạch cũng như máy sốc điện, sử dụng máy thở, ECG... và các phương tiện cấp cứu khác đem lại kết quả cứu sống bệnh nhân rõ rệt. Các bác sĩ cấp cứu cũng đã xử trí thành công nhiều ca hen phế quản nặng, nguy kịch. Do đó việc xử trí ban đầu ngừng tuần

Bệnh viện Trung ương Huế

hoàn hô hấp cấp là rất quan trọng.

Việc đặt nội khí quản được tiến hành dễ dàng hơn với sử dụng các thuốc tiền mê giãn cơ ngắn ít ức chế hô hấp như Etomidat, Seduxen.

IV. KẾT LUẬN

1. Đối với hen phế quản thể nguy kịch phải thủ thuật trước (phải đặt nội khí quản) và thuốc giãn phế quản sau. Đối với hen phế quản nặng thì thuốc giãn phế quản trước và thủ thuật sau để đảm bảo cứu sống bệnh nhân.

2. Trang bị dụng cụ để mở khí quản cấp cứu hoặc catheter để chọc qua màng nhĩ gấp trong trường hợp đặt nội khí quản thất bại trong hen phế quản ác tính cũng như suy hô hấp cấp do dị vật đường thở.

3. Giáo dục bệnh nhân ngăn ngừa cơn hen như tránh tiếp xúc với dị nguyên (khói, bụi, phấn hoa,...) tuân thủ nghiêm ngặt y lệnh của thầy thuốc chuyên khoa để phòng ngừa cơn hen, chẳng hạn dùng Seretide 1-2 lần hít x 2 lần/ngày hoặc Symbicort 1-4 lần hít x 2 lần/ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Phác đồ điều trị cơn hen phế quản nặng và nguy kịch*.
2. Davide MC, *Emergency Medicine*.
3. Vũ Văn Đình và cộng sự (2007), *Hồi sức cấp cứu toàn tập*.
4. M.Masson, *Réanimation medicale*
5. Đặng Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Kim Chung (2005), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và tình hình cấp cứu cơn hen phế quản nguy kịch tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2002-2004, Hội nghị Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam lần thứ V*.