

DỊ VẬT PHẾ QUẢN LỚN BỎ QUÊN Ở PHẾ QUẢN: CA LÂM SÀNG

Trần Phương Nam¹, Lê Quốc Anh^{1✉}, Nguyễn Quốc Dũng¹, Lê Chí Thông¹, Phan Ngô Huy¹

¹Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Dị vật đường thở là các vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy. Đây là bệnh lý cấp cứu hay gặp ở trẻ em, hiếm khi gặp ở người lớn và chẩn đoán có thể bị chậm trễ ở người cao tuổi. Dị vật đường thở bỏ quên thường được phát hiện tình cờ hoặc khi các biến chứng của bệnh xuất hiện tái diễn. Bài báo cáo mô tả trường hợp bệnh nhân cao tuổi, mắc dị vật tại phế quản gốc, kích thước lớn, bỏ quên trên 15 năm được chẩn đoán và can thiệp nội soi lấy dị vật thành công tại Bệnh viện Trung ương Huế.*

Báo cáo ca bệnh: *Bệnh nhân nam, 75 tuổi, vào viện vì ho kéo dài. Tiền sử nghẹt mũi hạt Sapoche (>15 năm) với hội chứng xâm nhập thoáng qua, về sau biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp dưới tái diễn. Bệnh nhân có khám ở cơ sở y tế địa phương nhưng không phát hiện được dị vật. Khoảng 1 tháng trước khi nhập viện bệnh nhân ho có ít máu, được chụp CT scan phổi phát hiện dị vật.*

Chẩn đoán: *Viêm phế quản mạn tính/TD dị vật đường thở bỏ quên. Bệnh nhân được tiến hành can thiệp nội soi phế quản ống cứng và ống mềm để lấy bỏ toàn bộ dị vật.*

Kết luận: *Để chẩn đoán dị vật phế quản phải được bác sĩ Tai Mũi Họng thực hiện và khai thác tiền sử tiếp xúc dị vật với hội chứng xâm nhập thoáng qua được các trường hợp bỏ quên. Điều trị can thiệp bằng nội soi phế quản ống cứng và ống mềm đem lại hiệu quả tối ưu trong lấy dị vật phế quản kích thước lớn.*

Từ khóa: *Dị vật phế quản, người lớn, nội soi phế quản.*

ABSTRACT

FORGOTTEN INTRABRONCHIAL LARGE FOREIGN BODY: CASE REPORT

Tran Phuong Nam, Le Quoc Anh, Nguyen Quoc Dung, Le Chi Thong, Phan Ngo Huy

Background: *Airway foreign bodies are objects lodged in the airways from the larynx to the segmental bronchi. It is a typical emergency in children, rarely seen in adults, and diagnosis can be delayed in the elderly. Neglected airway foreign bodies are often discovered incidentally or when complications of the disease recur. This report describes the case of an elderly patient with a foreign body in the main bronchus, large size, neglected for more than 15 years, who was diagnosed and successfully intervened endoscopically to remove the foreign body at Hue Central Hospital.*

Ngày nhận bài:

20/02/2022

Ngày chỉnh sửa:

11/5/2022

Chấp thuận đăng:

23/05/2022

Tác giả liên hệ:

Lê Quốc Anh

Email:

lequocanh2381987@gmail.com

SĐT: 09 7171 2255

Dị vật phế quản lớn bỏ quên ở phế quản: Ca lâm sàng

Case report: A 75 - year - old male patient was admitted to the hospital because of a persistent cough. History suspected of choking on Sapote nut while eating (>15 years) with transient infiltrative syndrome, later presenting with recurrent lower respiratory tract infections. The patient was examined at a local medical facility but no foreign body was detected. About 1 month before admission, the patient coughed with little blood, so a CT scan of the lung was performed to detect foreign bodies.

Diagnosis: Chronic bronchitis/Forgotten airway foreign body. The patient underwent bronchoscopy with rigid and flexible tubes to remove all foreign bodies.

Conclusion: The diagnosis of an airway foreign body must be performed by an ENT doctor, and taking a history of foreign body exposure with invasive syndrome is crucial to avoid missed cases. Interventional treatment with rigid and flexible bronchoscopy provides optimal efficiency in removing large bronchial foreign bodies.

Keywords: Bronchial foreign body, Adults, Bronchoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường thở là các vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy. Đây là tình trạng bệnh lý cấp cứu khá phổ biến trên thực hành lâm sàng ở đối tượng trẻ em, hiếm khi gặp phải ở người lớn và chẩn đoán có thể bị chậm trễ ở người cao tuổi, đặc biệt khi thất bại trong việc khai thác hội chứng xâm nhập ở giai đoạn đánh giá ban đầu. Ở Việt Nam, dị vật đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn, trẻ dưới 3 tuổi chiếm 71,4% [1]. Ở nước ngoài, dị vật đường thở bỏ quên ở người lớn là bệnh lý rất hiếm gặp và có trường hợp ghi nhận bệnh nhân đến 71 tuổi mới phát hiện [2].

Dị vật đường thở có thể phát hiện ngay lập tức với hội chứng xâm nhập hoặc chẩn đoán muộn sau nhiều năm khi xuất hiện các biến chứng kéo dài. Nếu dị vật nằm ở phế quản thùy có thể gây viêm phổi tái diễn, dễ chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý đường hô hấp khác [1,3,4]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân cao tuổi nhất từ trước đến nay bị dị vật đường thở tại phế quản, kích thước lớn, bỏ quên trên 15 năm, được chẩn đoán và can thiệp nội soi thành công tại Bệnh viện Trung ương Huế. Đây là trường hợp hiếm gặp về bệnh cảnh lâm sàng. Qua trường hợp này, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn

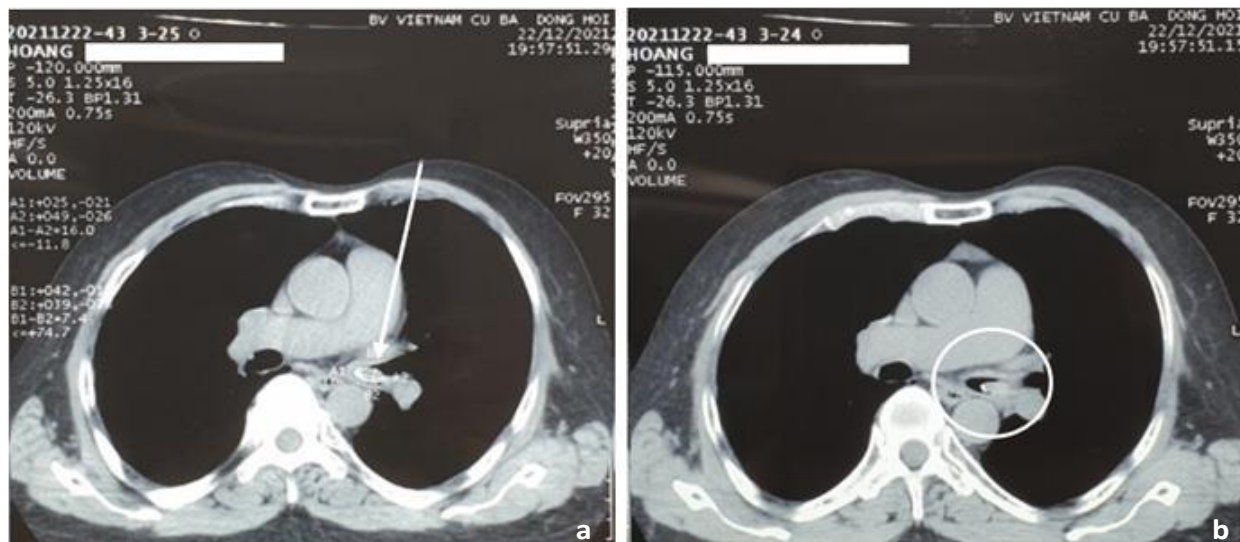
đoán, can thiệp và thái độ xử trí ban đầu đối với dị vật đường thở bỏ quên.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Bệnh sử, chẩn đoán

Bệnh nhân nam, 75 tuổi, vào viện vì ho kéo dài. Theo lời kể của bệnh nhân, cách đây khoảng 15 năm, bệnh nhân có tiền sử hóc dị vật là hạt trái hồng xiêm. Bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng xâm nhập điển hình với ho, sặc, khó thở nhanh nông, tức ngực, kích thích vật vã,... kéo dài khoảng vài phút thì giảm dần, hết khó thở. Bệnh nhân không đi khám mà chỉ theo dõi ở nhà. Những năm tiếp theo, bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt khó thở, ho mạn tính, viêm phổi tái diễn. Tại các cơ sở y tế tuyến dưới, bệnh nhân được khám, chụp X quang phổi và điều trị theo các chẩn đoán: viêm phế quản mạn tính, hen phế quản.

Tại địa phương, lần khám gần nhất vào tháng 12/2021, bệnh nhân đến khám do tình trạng ho, khạc đàm kéo dài hơn 1 tháng. Bệnh nhân được chụp CT scan phổi ghi nhận có hình ảnh dị vật ở phế quản gốc bên Trái, kích thước khoảng 30x14x4 mm, gây hẹp gần hoàn toàn lòng phế quản phía bên Trái, không có hình ảnh xẹp phổi bên Trái và các biểu hiện bất thường khác ở các vị trí khảo sát còn lại (Hình 1).



Hình 1: CT scan phổi: a, b) Dị vật hạt Sapôchê ở phế quản gốc Trái

Bệnh nhân được đưa đến khám tại Bệnh viện Trung ương Huế với chẩn đoán: Theo dõi dị vật đường thở bỏ quên và được can thiệp nội soi ống mềm thanh khí phế quản chẩn đoán. Kết quả nội soi ghi nhận thanh quản thấy hai dây thanh di động tốt. Khí quản: niêm mạc bình thường, chưa thấy tổn thương trong lòng khí quản. Phế quản Trái có dị vật là hạt trái cây kích thước lớn, chặn ngang phế quản gốc bên trái, che lấp gần hoàn toàn phế quản, bao quanh là lớp màng trắng, niêm mạc xung quanh phù nề, dễ chảy máu (**Hình 2**). Bệnh nhân được can thiệp lấy dị vật qua nội soi mềm nhưng thất bại. Bệnh nhân được đề nghị hội chẩn Khoa Tai Mũi Họng nội soi phế quản ống cứng kết hợp với nội soi phế quản ống mềm lấy dị vật tại phòng mổ.



Hình 2: Hình ảnh nội soi phế quản ống mềm:

- a) Hạt trái hồng xiêm ở phế quản gốc bên Trái;
- b) Niêm mạc phù nề dễ xuất huyết, bám giả mạc trắng (dấu sao).

2.2. Điều trị

Bệnh nhân được nhập viện tại Khoa Tai Mũi Họng, điều trị nội khoa tích cực trước can thiệp bằng kháng viêm, chống phù nề, chống nhiễm trùng, thực hiện các xét nghiệm thường quy chuẩn bị trước phẫu thuật.

- Các bước tiến hành phẫu thuật can thiệp nội soi lấy dị vật:

a) Quá trình phẫu thuật nội soi phế quản ống cứng lấy dị vật ở phế quản gốc bên Trái (**Hình 4**): lấy được hơn 2/3 mẫu dị vật.



Hình 4: Nội soi phế quản ống cứng:

a) Đặt nội soi phế quản ống cứng;

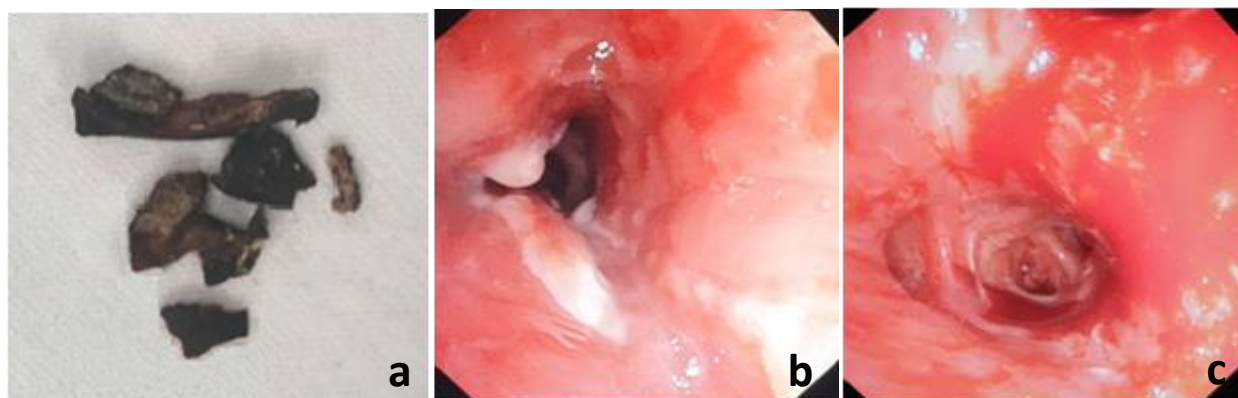
b,c) dị vật được lấy qua màn hình nội soi và dụng cụ gắn nội soi (mũi tên).

b) Quá trình phẫu thuật nội soi phế quản ống mềm lấy dị vật ở phế quản thùy phổi bên Trái (**Hình 5**): lấy được thêm khoảng 1/3 mẫu dị vật.



Hình 5: Nội soi phế quản ống mềm: a) Đưa đầu nội soi vào phế quản; b) Hình ảnh dị vật nằm ở phế quản thùy B6 của phổi: niêm mạc phù nề, ú đọng dịch mủ đục phủ niêm mạc bao quanh.

c) Kích thước mảnh vỡ cuối cùng của dị vật.



Hình 6: Kết quả sau nội soi phế quản ống cứng và ống mềm phổi hợp lấy dị vật: a) Hình ảnh toàn bộ các mảnh vỡ dị vật; b,c) Phù nề niêm mạc (mũi tên) phế quản thùy phổi Trái sau lấy dị vật.

Kết quả điều trị: phần lớn dị vật được lấy ra bởi phương pháp nội soi phế quản ống cứng. Do tình trạng viêm nhiễm chảy máu làm phẫu trường bị hạn chế, các cấu trúc giải phẫu phế quản thùy nhỏ nên cần phải kết hợp nội soi phế quản ống mềm để đảm bảo lấy được toàn bộ dị vật tránh bỏ sót sau khi dị vật bị vỡ (**Hình 6**). Kết thúc phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn ổn định và không có các biến chứng đáng tiếc nào xảy ra.

III. BÀN LUẬN

Về chẩn đoán, khi dị vật vào đường thở sẽ xuất hiện các dấu hiệu liên quan đến hô hấp, điển hình là hội chứng xâm nhập. Một số trường hợp chỉ khai thác được hội chứng xâm nhập sau khi đã hoàn tất việc lấy dị vật hay gặp bệnh nhân cao tuổi [2]. Tùy thuộc vào vị trí của dị vật mà lâm sàng có biểu hiện các triệu chứng khác nhau. Các vị trí thường gặp là phế quản, khí quản và ít khi ở thanh quản. Dị vật phế quản phải phổ biến hơn phế quản trái, cả hai bên ít gặp hơn [1, 5]. Trong trường hợp của chúng tôi bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng xâm nhập điển hình. Sau đó bệnh nhân hoàn toàn trở lại bình thường do dị vật đi nhanh và sâu xuống dưới phế quản gốc bên Trái. Ashesh Dhungana mô tả trường hợp bệnh nhân 62 tuổi, dị vật bỏ quên ở phế quản có các triệu chứng hoàn toàn tương tự [3, 6]. Do vậy, để chẩn đoán dị vật đường thở bỏ quên ở người lớn tuổi cần khai thác kỹ tiền sử hóc dị vật và hội chứng xâm nhập.

Về mặt hình ảnh học, hình ảnh cản quang bất thường hoặc tổn thương bất đối xứng của phổi (ứ khí hoặc xẹp phổi) trên X quang ngực thẳng là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán dị vật đường thở và định hướng vị trí dị vật. Nghiên cứu của Lê Thanh Chương có kết quả hình ảnh cản quang của dị vật là 15,6% chủ yếu là xương động vật và kim loại; ứ khí một bên phổi 37,7%, xẹp phổi khu trú 15,6% [1]. Phân tích tổng quan hệ thống của Sehgal trên 25.998 trường hợp dị vật đường thở ở người lớn ghi nhận hình ảnh xẹp phổi khu trú chiếm tỷ lệ 18,4%

[7]. Thực tế lâm sàng, nhiều trường hợp tổn thương khu trú kín đáo chỉ được hồi cứu lại khi đã nội soi phế quản xác định chẩn đoán dị vật đường thở. Ngay cả trong trường hợp dị vật là xương động vật thì một vài trường hợp cũng không phát hiện được trên phim X quang ngực thẳng [8]. Trên bệnh nhân chúng tôi do dị vật bản chất vô cơ nên không khảo sát được hình ảnh cản quang trên phim và do chưa có các biến chứng nặng nên dễ gây nhầm lẫn với các bệnh lý khác trong chẩn đoán ban đầu.

Abraham ZS.và cộng sự (2021) ghi nhận một trường hợp dị vật xương gà, kích thước 2x1,5cm, trong lòng phế quản lâu ngày bất thường giả dạng hen phế quản khó chữa ở bệnh nhân nữ 58 tuổi làm kéo dài thời gian điều trị bằng kháng sinh và thuốc giãn phế quản khoảng 20 năm [8]. Trên bệnh nhân của chúng tôi mặc dù thường xuyên đến khám ở các cơ sở y tế địa phương nhưng vẫn bị chẩn đoán nhầm với bệnh lý viêm phổi mạn tính, hen phế quản. Tariq và cộng sự (2005) ghi nhận biến chứng muộn hay gặp nhất của dị vật đường thở là viêm phổi (44,1%). Biến chứng này cũng là nguyên nhân nhập viện hàng đầu trong nhóm dị vật đường thở chẩn đoán muộn [8]. Theo kinh nghiệm của Abraham ZS.những trường hợp ho kéo dài ở bệnh nhân lớn tuổi, đã được chụp X quang ngực thẳng, điều trị nội khoa nhưng các triệu chứng kích thích vẫn tái diễn cần phải cảnh giác dị vật đường thở và có chỉ định chụp cắt lớp vi tính đường hô hấp, phổi kiểm tra [2, 8].

Dị vật đường thở có bản chất là vô cơ, hữu cơ, chất dẻo thông thường trong sinh hoạt hàng ngày

xâm nhập vào đường hô hấp ở thanh - khí - phế quản trong đó dị vật có bản chất là thực vật chiếm đa số. Trong những trường hợp nặng, nếu dị vật có kích thước lớn gây bí kín hoàn toàn đường thở dẫn đến ngừng thở, ngừng tim và tử vong ngay tại chỗ. Đây là một tai nạn chết người nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời [1], [9]. Trên bệnh nhân này dị vật có bản chất vô cơ, mặc dù kích thước lớn tuy nhiên nằm ở vị trí thấp ở phế quản, tắc nghẽn không hoàn toàn nên tình trạng nguy kịch tính mạng không xảy ra, tình trạng viêm nhiễm xảy ra nhẹ hơn dẫn đến chủ quan trong việc xử trí ban đầu.

Về điều trị, can thiệp nội soi thanh - khí - phế quản lấy dị vật là phương pháp quan trọng nhất để chẩn đoán cũng như điều trị [4]. Nhận định đây là một cấp cứu trì hoãn do thời gian mắc dị vật đã lâu > 15 năm, kích thước lớn nên bệnh nhân được chuẩn bị kỹ về phương diện gây mê, hồi sức. Nghiên cứu của Weijun Ma và cộng sự trên 57 bệnh nhân người lớn dị vật đường thở có 42 trường hợp (73,7%) được thực hiện thành công với nội soi phế quản ống mềm. Các trường hợp thất bại sẽ phối hợp nội soi phế quản ống cứng để lấy 13 trường hợp (22,8%) và thậm chí phải mở ngực để thực hiện lấy dị vật trong 2 trường hợp thất bại với nội soi cứng [6]. Bệnh nhân chúng tôi can thiệp nội soi phế quản ống cứng để lấy sau khi can thiệp nội soi phế quản ống mềm thất bại do dị vật có kích thước lớn (30x14x4mm). Sau khi lấy bỏ phần gần hoàn toàn dị vật bằng nội soi phế quản ống cứng, dị vật bị vỡ một phần, di chuyển xuống thấp đến phế quản thùy nên phải phối hợp nội soi phế quản ống mềm để loại bỏ toàn bộ các mảnh vỡ còn lại. Kinh nghiệm thực tế lâm sàng cho thấy trong những trường hợp khó bệnh nhân được xử trí lấy dị vật phối hợp cả hai phương pháp nội soi hiện đại để đảm bảo lấy hết dị vật và đây là điều mà không phải tuyến y tế nào cũng thực hiện được [2, 7]. Theo kinh nghiệm can thiệp nội soi lấy dị vật phế quản trên 1.035 trường hợp của Leyla Hasiraz và cộng sự thực hiện nội soi luôn tiềm ẩn nguy cơ đe dọa tính mạng của bệnh nhân trong và sau can thiệp. Vì vậy các bác sĩ lâm sàng cần thận trọng tối đa để hạn chế các tai biến nặng nề dẫn đến vỡ phế nang, tràn khí phổi - trung thất, hôn mê và tử vong [5, 10].

IV. KẾT LUẬN

Dị vật phế quản kích thước lớn là bệnh lý nguy hiểm tính mạng bệnh nhân, việc khám đúng chuyên khoa và xử trí sớm là điều rất cần thiết. Chẩn đoán dị vật phế quản cần khai thác được tiền sử tiếp xúc dị vật và hội chứng xâm nhập. Điều trị bằng can thiệp nội soi phế quản ống cứng và ống mềm đem lại hiệu quả tối ưu trong lấy dị vật phế quản kích thước lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Chương. Đặc điểm dị vật đường thở ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương. 2021. 5: 25-31.
2. Villegas FR, Zuñil M, Chillón MJ, Díaz-Jiménez JP, Jareño J, Rodríguez AN, et al. Longstanding intrabronchial foreign body in an adult. 2001. 8: 289-293.
3. Dhungana A, & Thapa, A. Flexible Bronchoscopic Removal of a Forgotten Intrabronchial Foreign Body. Journal of Nepal Health Research Council. 2019. 16: 470-472.
4. Paul Flint BH, Valerie Lund, K. Robbins, J. Regan Thomas, Marci Lesperance, Howard W. Francis. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. Tracheobronchial Endoscopy. 2020: 1007-1015.
5. Leyla Hasdiraz, Fahri Oguzkaya, Mehmet Bilgin, Bicer C. Complications of bronchoscopy for foreign body removal: experience in 1,035 cases. Ann Saudi Med. 2006. 26: 283-7.
6. Ma W, Hu, J., Yang, M., Yang, Y., & Xu, M. Application of flexible fiberoptic bronchoscopy in the removal of adult airway foreign bodies. BMC surgery. 2020. 20: 165.
7. Sehgal IS, Dhooria, S., Ram, B., Singh, N., Aggarwal, A. N., Gupta, D., Behera, D., & Agarwal, R. F. Foreign Body Inhalation in the Adult Population: Experience of 25,998 Bronchoscopies and Systematic Review of the Literature. Respiratory care. 2015. 60: 1438-1448.
8. Abraham ZS, Bukanu, F., Kimario, O. M., & Kahinga, A. A. Unusual longstanding intrabronchial foreign body masquerading as intractable bronchial asthma in an adult: Case report and literature review. International journal of surgery case reports. 2021. 86: 106340.
9. Yetim. Foreign Body Aspiration in Children; Analysis of 42 Cases Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine. 2012. 2.
10. Tariq SM, George, J., & Srinivasan, S. Inhaled foreign bodies in adolescents and adults. Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace. 2005. 63: 193-198.