

# DI VẬT PHẾ QUẢN BỎ QUÊN GÂY VIÊM PHỔI TÁI DIỄN NHIỀU ĐỢT QUA HAI TRƯỜNG HỢP

NGUYỄN VĂN TÌNH,  
ĐẶNG VĂN KHOA, NGUYỄN NGỌC VINH  
Khoa Điều trị tích cực- Bệnh viện 74 TW

## TÓM TẮT

Bài viết mô tả hai trường hợp dị vật phế quản bỏ quên, trường hợp 1 bỏ quên 4 năm, trường hợp thứ 2 bỏ quên 7 tháng, biểu hiện lâm sàng bằng tình trạng viêm nhiễm ở phổi tái diễn nhiều đợt, cả hai đều có hội chứng xâm nhập nhưng chỉ được khai thác qua nội soi. Nội soi phế quản có vai trò chẩn đoán xác định và điều trị hiệu quả nhất để gắp dị vật ra ngoài.

**Từ khóa:** Dị vật phế quản bỏ quên, viêm phổi tái diễn, nội soi phế quản.

## SUMMARY

This article describes two cases of bronchial foreign bodies left, 1 left 4 case, 2nd case left 7 months, clinical manifestations, recurrent pulmonary infections in several waves, both syndrome penetrate but only exploited through retrospective. Bronchoscopy with the role of diagnosis and the most effective treatment to pick up foreign matter.

**Keywords:** things bronchitis forgotten, recurrent pneumonia, bronchoscopy.

## TỔNG QUAN VỀ DI VẬT ĐƯỜNG THỞ

Dị vật đường thở là cụm từ dùng để chỉ các vật lạ rơi vào và mắc lại ở trong thanh khí hay phế quản. Có hai loại dị vật vô cơ và hữu cơ. Dị vật đường thở là một cấp cứu, dị vật mũi thường dễ chẩn đoán và điều trị, còn dị vật thanh khí phế quản chẩn đoán và điều trị rất khó khăn và phức tạp, có nhiều biến chứng nguy hiểm dễ dẫn đến tử vong. Vì vậy nói đến dị vật đường thở thường chỉ đề cập đến dị vật thanh khí phế quản. Dị vật đường thở, là 1 tai nạn sinh hoạt có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, đặc biệt ở trẻ em có nguy cơ bỏ quên dị vật,

khó chẩn đoán. Ước tính mỗi năm có 3000 bệnh nhân tử vong vì những biến chứng của dị vật đường thở. Tỷ lệ tử vong đặc biệt cao ở trẻ từ 1-6 tuổi, chủ yếu là ngạt thở cấp và nhiễm trùng nặng đặc biệt là viêm phổi. Tiên lượng phụ thuộc vào bản chất dị vật, điều trị sớm hay muộn.

## CÁC THỂ LÂM SÀNG GỒM:

### 1. Dị vật bỏ quên:

- Bệnh nhân thường nằm ở các khoa hô hấp, lao vì các triệu chứng của viêm phế quản phổi, điều trị lâu ngày bệnh không giảm. Sau khi soi phế quản phát hiện ra dị vật.

### 2. Dị vật sống vào đường thở:

- Là thể đặc biệt ở Việt Nam, người bệnh đi tắm hoặc uống nước sôi bị con đĩa sống chui vào khí phế quản. Chẩn đoán dị vật đường thở dựa vào các hội chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

- Tiền sử qua khai thác có hội chứng xâm nhập

- Hội chứng định khu

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt tái đi tái lại

- Hội chứng về hô hấp: Ho, đau ngực, khạc đờm, tái đi tái lại nhiều đợt mà trước đó không có bệnh hô hấp mạn tính.

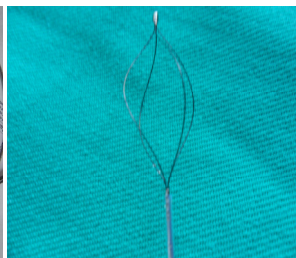
- Cận lâm sàng: X quang, CT ngực phát hiện dị vật (nếu là dị vật cản quang) và các tổn thương chủ yếu là tình trạng viêm phổi, xẹp phổi.

- Nội soi phế quản là phương pháp chẩn đoán xác định vị trí dị vật, bản chất và là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả nhất.

**Các trang bị nội soi gồm:** Máy nội soi phế quản ống cứng hoặc ống mềm, dụng cụ đi kèm như: Kim gấp, thông lọng 2 dây, 4 dây,.... Kíp làm thủ thuật thành thạo:



Máy NSPQ, Kim gấp, thông lọng 4 dây



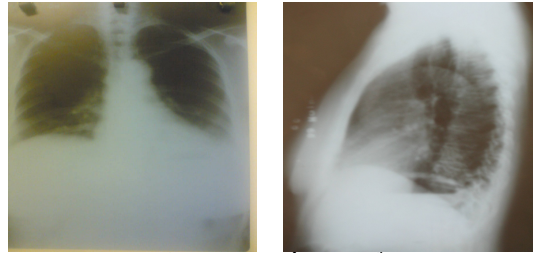
Máy NSPQ, Kim gấp, thông lọng

**TRÌNH BÀY HAI TRƯỜNG HỢP DỊCH VẬT PHẾ QUẢN BỎ QUÊN GÂY VIÊM PHỔI TÁI DIỄN NHIỀU ĐỢT ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TẠI BỆNH VIỆN 74 TRUNG ƯƠNG**

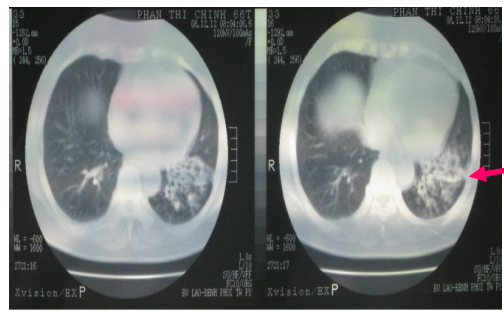
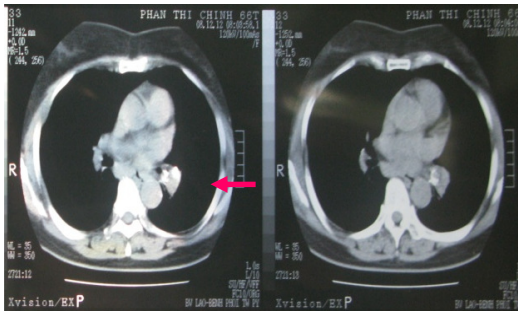
**1. Trường hợp 1:**

- Họ tên bệnh nhân: Phan Thị Chinh;  
 Giới tính: Nữ.  
 Tuổi: 66T  
 - Địa chỉ: Chùa hang- Đồng Hỷ- Thái Nguyên  
 - Nghề nghiệp: CBH  
 - VV: 03-12-2008  
 - Lý do vào viện: Ho, khạc đờm kéo dài  
 - Bệnh sử: BN có tiền sử điều trị viêm phổi tái đi, tái lại nhiều đợt 4 năm, mỗi năm 2-3 đợt, mỗi đợt từ 3-6 tuần bằng kháng sinh, giảm viêm, tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương, (nhưng chưa được nội soi phế quản) mỗi đợt điều trị đỡ sau ra viện, về nhà lại xuất hiện ho, đau ngực trái, khạc đờm đục, sốt thất thường, sau nhập Bệnh viện 74 TW điều trị.  
 - Khám bệnh:  
 +. Toàn thân: Bn tỉnh, tiếp xúc tốt, thể trạng trung bình, 56 kg, không phù, không XH dưới da, sốt 38 độ, môi khô (HCNT).

+ Cơ quan: Tim 80 CK/P đều, không có tiếng tim bệnh lý, HA 120/80 mmHg  
 +. Hô hấp: Lồng ngực cân đối, HC đồng đặc, ral nhỏ vùng liên bả cột sống trái.  
 - Xét nghiệm:  
 +. CTM: HC, TC bình thường, BC 12.0 G/L N 83%.  
 +. SHM: bình thường  
 +. AFB: 9 mẫu âm tính  
 +. Mantoux: âm tính  
 +. Hình ảnh X quang tim phổi- CT ngực:

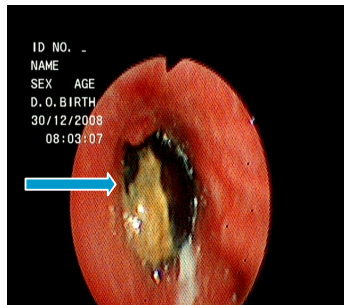


Hình ảnh đám mờ đều đáy phổi trái, không thấy hình ảnh cản quang



- Hình ảnh nghi có cản quang cạnh rốn phổi trái, mờ đều đáy phổi trái, có hình phế quản hơi nghi do viêm phổi.

+ Hình ảnh nội soi phế quản: Dịch vật thùy dưới trái lấp kín phần lớn lòng phế quản, nghi hạt hồng xiêm, xung quanh niêm mạc xung huyết rất mạnh, có giả mạc bám.

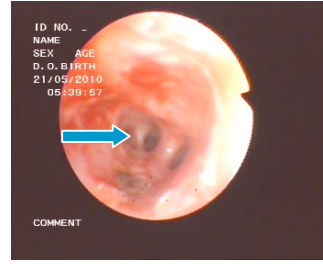
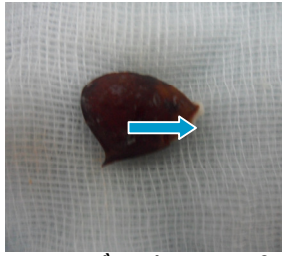


- Chẩn đoán: Viêm phổi thùy dưới trái do dị dị vật phế quản (Hạt hồng xiêm)

- Điều trị: Kháng sinh, giảm viêm, triệu chứng 1 tuần sau đó tiến hành nội soi phế quản gấp dị vật. Trong quá trình soi, tại vị trí dị vật niêm mạc xung huyết rất mạnh, giả mạc bám, dùng kim bóc tách giả mạc, cầm máu, dị vật bản chất nhẵn, kích thước lớn nên kim gấp gặp nhiều khó khăn, dùng thông lọng 4 dây lửa gấp dị vật ra ngoài. Sau gấp lòng phế quản thông thoáng.

- Tiền sử khai thác sau khi nội soi: Khai thác bệnh nhân nhớ cách đó 4 năm bệnh nhân đang ăn hồng xiêm có người gọi và thừa sau đó ho sặc sụa, rồi bệnh nhân không để ý nữa.

- Kết quả: Gấp hạt hồng xiêm ra khỏi phế quản của bệnh nhân, sau gấp lòng phế quản thông thoáng, điều trị tiếp 2 tuần bệnh nhân hết ho, không sốt, xét nghiệm bạch cầu bình thường, X quang phổi bình thường cho bệnh nhân ra viện.



Hạt hồng xiêm KT ~ 1,5 Cm.

## 2. Trường hợp 2:

- Họ tên Bệnh nhân: Nghiêm Thị Nhâm.

Giới: Nữ.

Tuổi: 68T

- Nghề nghiệp: Làm ruộng

- Địa chỉ: Thụy an- Ba vì – Hà nội.

- VV 05-09-2012

LDVV: Ho kéo dài

Bệnh sử: Bệnh nhân xuất hiện ho ban đầu chủ yếu ho khan, sau ho khạc đờm trắng từ tháng 02-2012. Điều trị kháng sinh uống đỡ, sau đó lại xuất hiện ho, đau ngực phải, bệnh nhân đi khám điều trị 3 lần tại bệnh viện tỉnh, bệnh viện tuyến trung ương được chẩn đoán viêm phổi, viêm phế quản dị ứng, được điều trị kháng sinh, corticoid đỡ sau đó ra viện. Nhưng ngừng thuốc 1 tuần bệnh nhân lại xuất hiện ho từng cơn liên tục, cách ngày vào viện 2 tuần bệnh nhân xuất hiện ho, đau ngực phải trở lại, khạc đờm nhiều hơn, sốt thất thường, khó thở khi gắng sức xin nhập viện, được chẩn đoán ban đầu TD viêm phổi.

- Khám bệnh:

+ Toàn thân: BN tỉnh, TX tốt, thể trạng trung bình 47 kg, không phù, nhiệt độ 37.8

+ Cơ quan: Tim 82L/P đều rõ, không có tiếng tim bệnh lý, HA 130/80 mmHg

+ Hô hấp: Lồng ngực cân đối, RRPN thô.

+ Các cơ quan khác chưa có gì đặc biệt

- Xét nghiệm:

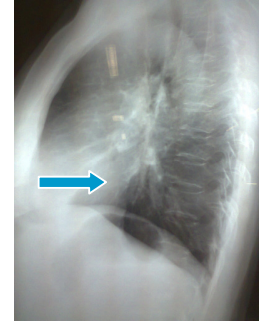
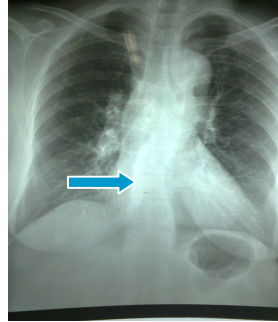
+ CTM: HC, TC bình thường, BC: 11.0 G/L N 80%.

+ SHM: Bình thường

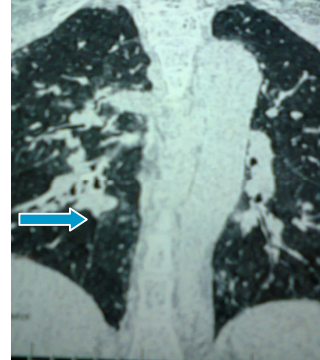
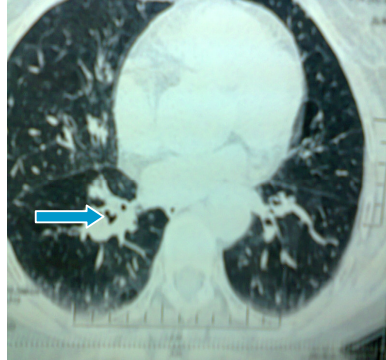
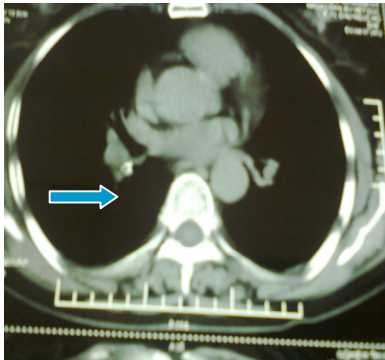
+ AFB đờm trực tiếp 9 mẫu âm tính

+ ECG: bình thường

+ X quang phổi: Đám mờ thuần nhất phía sau trái, không thấy hình ảnh cản quang.



+ CT ngực: Cửa sổ trung thất có hình ảnh cản quang vôi hóa gần rốn phổi trái (hình ảnh này sau khi nội soi phế quản gấp dị vật qua đối chiếu lại nghi mảnh xương tại vị trí này), cửa sổ phổi hình ảnh viêm phổi



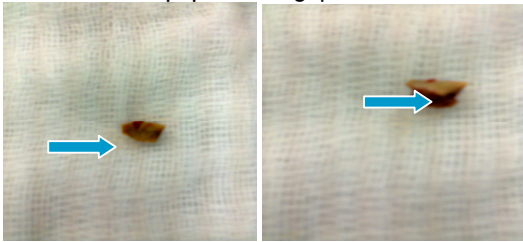
+ Hình ảnh nội soi phế quản: Dị vật mảnh xương phân thùy 9 phải, niêm mạc xung quanh xung huyết mạnh, rất dễ chảy máu.



- Chẩn đoán: Viêm phổi Phân thùy 9 phải do dị vật mảnh xương.

- Điều trị: Kháng sinh, giảm viêm, nội soi phế quản gấp dị vật, trong quá trình gấp do dị vật có nhiều cạnh sắc nhọn, bám chắc, xung quanh giả mạc nhiều, dùng kim hàm cá sấu cấu giả mạc, làm rộng vùng xung quanh, cầm máu, lựa gấp dị vật.

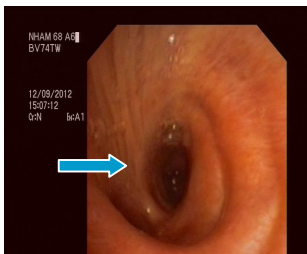
- Hình ảnh dị vật sau khi gấp:



Mảnh xương lợn KT ~ 5-6 mm, cạnh sắc.

- **TS khai thác hồi cứu: Tháng 2-2012, bệnh nhân ăn cháo xương bị sặc**

- Hình ảnh lỗ phế quản sau gấp thông thoáng



- Sau điều trị 2 tuần bệnh nhân hết sốt, hết ho, chụp lại X quang phổi cho bệnh nhân ra viện.

## BÀN LUẬN

**1. Đặc điểm chung:** Cả hai bệnh nhân đều là bệnh nhân nữ, trên 60 T, dị vật phế quản có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, tuy nhiên hay gặp hơn ở trẻ nhỏ, đặc biệt lứa tuổi từ 2-3 tuổi do hít phải hoặc do ăn, uống thuốc, do sặc.[2].

**2. Hoàn cảnh xuất hiện và hội chứng xâm nhập:** Trong hai trường hợp bệnh nhân đều xuất hiện sự xâm nhập của dị vật trong quá trình ăn uống, ăn hồng xiêm, ăn cháo xương, trong quá trình ăn bị sặc vào phế quản biểu hiện hội chứng xâm nhập như ho sặc sụa, hội chứng này chỉ được khai thác sau khi nội soi phế quản khẳng định có dị vật. Đây là phản xạ tự nhiên của cơ thể nhằm tống dị vật ra ngoài, trường hợp dị vật không được đẩy ra ngoài sẽ rơi vào sâu trong phổi có thể nằm cố định tại một vị trí lỗ phế quản hoặc có thể

di chuyển sang lỗ phế quản khác do phản xạ ho của cơ thể, bệnh nhân sẽ biểu hiện ho, nhiễm trùng phổi từng đợt, thường đi khám bệnh với các triệu chứng này. Những trường hợp này gọi là dị vật bỏ quên do bệnh nhân không biết có dị vật và không để ý đến vì sau khi sặc bệnh nhân hoàn toàn bình thường, khi có triệu chứng ho, sốt, đau ngực, mới đi khám. Mặc dù bệnh nhân đã vào viện, qua khám lâm sàng, cận lâm sàng cơ bản ban đầu bác sỹ lâm sàng cũng chưa chẩn đoán được nguyên nhân gây viêm phổi, do đó dị vật vẫn tồn tại lâu như vậy, ở trường hợp 1 là 4 năm, trường hợp 2 là 7 tháng. Vì vậy đối với các trường hợp viêm phổi tái diễn nhiều đợt cần được khai thác kỹ về hội chứng xâm nhập, đây là chìa khóa để chẩn đoán dị vật đường thở.[1],[2].

**3. Triệu chứng lâm sàng - cận lâm sàng:** khi dị vật rơi và bị bỏ quên trong lòng phế quản kích thích trực tiếp gây ho, viêm nhiễm, ứ đọng dịch phế quản, viêm nhiễm nhu mô phổi biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, sốt, bạch cầu cao, ho khan sau ho khạc đờm mủ đục, đau ngực, khó thở tùy theo vị trí, kích thước của dị vật. Hai bệnh nhân này đều biểu hiện viêm phổi tái diễn. Bệnh nhân đi khám và được chẩn đoán viêm phổi, ít khi nghĩ đến viêm phổi do dị vật nên có chẩn đoán xác định muộn, chỉ được chẩn đoán sau khi nội soi phế quản. Hình ảnh X quang và CT ngực đóng vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán, xác định được dị vật nếu dị vật cản quang như mảnh xương, kim loại,... nhưng các nốt vôi hóa cũng có hình ảnh tương tự. Tuy nhiên với dị vật không cản quang như ký sinh trùng, hạt thì khó phát hiện, X quang và CT ngực cũng cho phép đánh giá mức độ tổn thương, vị trí tổn thương[2]. Theo Nguyễn Chi Lăng cũng đã áp dụng phương pháp lấy dị vật phế quản cản quang qua nội soi dưới màn huỳnh quang tăng sáng cho hiệu quả tốt[3]. Nội soi phế quản có vai trò xác định chẩn đoán và điều trị quyết định đối với bệnh nhân để lấy dị vật ra ngoài [2][3][4][5].

Thực tế 2 bệnh nhân chúng tôi nhận thấy qua khám lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng, X quang- CT phổi đều được chẩn đoán viêm phổi. Tuy nhiên trong quá trình điều trị bằng kháng sinh, giảm viêm, corticoid, các triệu chứng đỡ chậm hay tái phát tại một vùng do đó nghi ngờ có tổn thương trong lòng phế quản gây cản trở thông khí, xuất tiết dịch như u trong lòng phế quản hay một nguyên nhân nào khác. Vì vậy bệnh nhân cần được nội soi phế quản để chẩn đoán. Hai bệnh nhân được chẩn đoán qua nội soi phế quản và gấp dị vật ra ngoài, sau đó điều trị thêm kháng sinh, giảm viêm, bệnh nhân đã khỏi ra viện. Do đó, các trường hợp bệnh nhân viêm phổi tái diễn nhiều đợt cần được nội soi phế quản một cách rộng rãi.

**4. Vị trí và bản chất của dị vật:** Trường hợp thứ nhất dị vật lấp phần lớn lỗ phế quản thùy dưới trái do dị vật là hạt hồng xiêm kích thước xấp xỉ lòng phế quản và gây viêm nhiễm thùy dưới trái. Trường hợp thứ hai dị vật lấp kín lòng phân thùy 9 phải, dị vật là mảnh xương nhỏ khoảng 5-6 mm. Về mặt phân loại dị vật phế quản có hai loại dị vật vô cơ như xương, kim loại, mảnh đá... và dị vật hữu cơ như hạt, ký sinh trùng... Tuy nhiên nhiều dị vật có thể rơi vào phế quản theo báo cáo của

các tác giả khác nhau như: đá, mảnh cao su, vỏ lạc, hạt...[1][2][3][4][5].

Về mặt cấu tạo giải phẫu của cây phế quản thì bên phải thường có lòng rộng, ngắn và dốc hơn bên trái nên dị vật hay rơi vào bên trái, có nhiều tác giả khi gặp dị vật đều đưa ra nhận xét này.[1][2][3][4][5].

**5. Hiệu quả điều trị:** Đối với dị vật thanh khí- phế quản thì qua nội soi phế quản là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả nhất, loại bỏ dị vật ra ngoài, qua đó giải phóng lỗ phế quản, tránh tình trạng viêm nhiễm. Khi nào dị vật chưa được phát hiện và loại bỏ thì tình trạng viêm nhiễm nhu mô phổi còn tái diễn. Hai bệnh nhân của chúng tôi đều được điều trị triệt để.

#### **MỘT VÀI KHUYẾN CÁO**

Qua 2 trường hợp dị vật phế quản bỏ quên gây viêm phổi tái diễn nhiều đợt, được điều trị thành công chúng tôi đưa ra một số khuyến cáo sau:

1. Các trường hợp viêm phổi tái diễn nhiều đợt cần được khai thác kỹ về hội chứng xâm nhập, đây là chìa khóa để chẩn đoán dị vật đường thở.

2. Các trường hợp bệnh nhân viêm phổi tái diễn nhiều đợt cần được nội soi phế quản một cách rộng rãi.

3. Nội soi phế quản có vai trò chẩn đoán xác định và điều trị hiệu quả nhất để gắp dị vật ra ngoài.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Dị vật đường thở. Tài liệu.Vn.
2. Hội chứng xâm nhập – chìa khóa chẩn đoán dị vật đường thở.google.
3. Dị vật đường thở đường ăn.google.
4. Dị vật đường thở. Benhhoc.com
5. Nguyễn Chi Lăng. *"Nghiên cứu phương pháp lấy dị vật ngoại vi cản quang qua nội soi phế quản dưới màn huỳnh quang tầng sáng"*. Tạp chí khoa học bệnh viện phổi TW 2010.
6. Phan Văn Khắc,CS *"Dị vật phế quản biểu hiện viêm phổi"*. Hội nghị bệnh phổi toàn quốc lần thứ III – 2009. Tr 132-134.
7. Ngô Quý Châu, *"Bài giảng nội soi phế quản"* – NXB Y học 2008.
8. Nguyễn Văn Bàng *"Dị vật cứng đường thở bỏ quên ở trẻ nhũ nhi: nhân một trường hợp điều trị tại khoa nhi Bệnh viện Bạch Mai"*. Tạp chí Y học lâm sàng số 3-2006 Tr19-21.