

DI VẬT ĐƯỜNG THỞ BỎ QUÊN Ở TRẺ EM: TỪ THỰC TẾ LÂM SÀNG ĐẾN GIÁ TRỊ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ CHẨN ĐOÁN

Trần Anh Tuấn*

BỆNH ÁN LÂM SÀNG:

Trường hợp 1:

Bệnh nhi VVT, nam, 2 tuổi, nhập viện 29/04/2014 vì sốt, ho, khò khè kéo dài.

Bệnh nhi ho, khò khè nhiều, khó thở, sốt nhẹ từ 4 ngày trước nhập viện. Nhập viện bệnh viện tỉnh điều trị với chẩn đoán hen cơn nặng-bậc 3-bội nhiễm trong 22 ngày với nhiều loại kháng sinh, corticoid, giãn phế quản, MgSO₄ TMC. Tình trạng bệnh nhi không cải thiện, sốt cao liên tục 39°C, ho, khò khè, khó thở nên được chuyển đến BV Nhi Đồng 1.

Tiền sử: chưa khò khè bao giờ, không tiền sử hen trong gia đình.

Khám lâm sàng: tỉnh, quấy, sốt 38,8°C, môi hồng, SpO₂=100%, thở co kéo nhẹ (40 lần/phút), phế âm đều 2 bên, phổi ran ngáy.

Cận lâm sàng: công thức máu bình thường, CRP=2,6mg/l, X quang ngực: phổi sáng.

Chẩn đoán lúc vào: Hen cơn trung bình không kiểm soát. Điều trị: Prednisone, khí dung Salbutamol + Ipratropium, Fluticasone MDI.

Diễn tiến sau 2 ngày điều trị: còn sốt 38,7°C, ho, khò khè, thở nhanh – không co kéo (40 lần/phút), phổi ran ngáy.

N8: Khai thác lại tiền sử, mẹ cho biết trước đó khoảng 1 tháng, bé có ăn đậu phộng luộc, té, khóc, sau đó ho, khò khè không giảm.

Nội soi thanh khí phế quản (N9): thấy nhiều mũ vàng ở khí quản. Sau khi hút sạch mũ, mới thấy dị vật là hạt đậu phộng.

Sau khi lấy dị vật qua nội soi, bé được điều trị bằng Ceftriaxone thêm 5 ngày thì khỏi hẳn: không sốt, không ho, không khò khè, không khó thở, phổi trong.

Trường hợp thứ 2:

Bệnh nhi VQH, nam, 7 tuổi, nhập viện ngày 06/6/2014 vì sốt, ho kéo dài.

Bệnh kéo dài 2 tháng với sốt kéo dài, ho nhiều. Đã được khám và điều trị bằng kháng sinh tiêm ở tuyến trước với chẩn đoán viêm phổi nhưng không bớt.

Không ghi nhận tiền sử đặc biệt, không hội chứng xâm nhập, không rõ nguồn lây lao.

Khám lâm sàng lúc vào: tỉnh, không sốt, môi hồng, SpO₂=96%, nhịp thở 20 lần/phút, không co kéo cơ hô hấp phụ, phổi: thô – phế âm giảm nhẹ bên phải.

Chẩn đoán lúc vào: viêm phổi phải, chẩn đoán phân biệt: lao phổi.

Cận lâm sàng: Bạch cầu: 23.900/mm³ (N=53%, L=35%, E=4%); VS: 07mm; CRP: 8,6mg/l, BK/đàm: âm tính. X quang phổi: viêm phổi phải. Siêu âm ngực: đông đặc thùy giữa và dưới phổi phải.

Được điều trị bằng Ceftriaxone TMC, Azithromycine uống. Diễn tiến: hết sốt, còn ho đàm, không khò khè, không khó thở, phế âm giảm nhẹ đáy phổi phải.

CT ngực (N5): dị vật trong lòng phế quản trung gian gây xẹp toàn bộ thùy giữa và một phần thùy dưới phổi phải.

Sau đó, nội soi (N6) gặp được mảnh nhựa dẻo (không rõ là gì) ở phế quản gốc phải gây sung huyết, chảy máu phế quản và xẹp phổi.

Sau nội soi: tiếp tục điều trị bằng Ceftriaxone TMC. Hai ngày sau khi lấy dị vật, em khỏe hẳn và xuất viện.

TRƯỜNG HỢP 3:

Bệnh nhi NAT, nam, 11 tuổi, nhập viện ngày 08/04/2014 vì sốt, ho, khò khè. Bệnh từ 4 ngày trước nhập viện với sốt, ho, khạc đàm xanh.

Tiền sử: 2 lần nhập viện tại tuyến trước vì viêm phổi (03/2012), hen (02/2014).

Không tiền căn hen trong gia đình, không rõ nguồn lây lao.

Khám lâm sàng lúc vào: tỉnh, sốt nhẹ

*TS BS Khoa Hô hấp – Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP.HCM

(38°C), môi hồng, SpO₂=100%, thở co kéo (30 lần/phút), phổi ran ngáy-âm.

Chẩn lâm sàng: Bạch cầu: 19.980/mm³ (Neutro: 83%, Lympho: 11%). Xquang: viêm đáy phổi phải.

Chẩn đoán lúc vào: Hen con trung bình + viêm phổi. Điều trị: Ceftriaxone TMC + Azithomycin uống, prednisone, khí dung Salbutamol.

Diễn tiến: hết sốt, còn ho, bớt khò khè, thở không co kéo (24 lần/phút), phổi không ran.

Nó sau nhập viện, hồi lại tiền sử, mẹ khai nghi bệnh nhi có sặc khi ngâm đầu bú cách đó trên 4 tháng (nhưng không rõ), sau đó ho kéo dài.

CT ngực (N7): tổn thương thùy dưới phải với đông đặc phế nang lan tỏa, giãn phế quản lan tỏa dạng ống (lòng phế quản hẹp, không đều, có nhiều nốt tổn thương nhỏ trên thành phế quản), không thấy dị vật đường thở. Kết luận: viêm phổi và giãn phế quản thùy dưới phải, theo dõi lao phế quản-phổi.

IDR âm tính (2mm). BK/ đàm: âm tính, xét nghiệm Gene Xpert/dàm: âm tính.

Nội soi (để đánh giá tổn thương lòng phế quản, sinh thiết, LBA) (N16): nhiều mủ vàng ở phân thùy dưới phải. Sau khi hút sạch mủ thấy dị vật là đầu bút nhựa nằm bít kín lòng phế quản, nhiều mô hạt viêm chung quanh, chảy máu.

Hai ngày sau khi gắp dị vật, điều trị kháng sinh uống (Co-amoxiclav), em khỏe hẳn và được xuất viện.

BÀN LUẬN

Dị vật đường thở (DVĐT) là một tai nạn sinh hoạt thường gặp và có thể gây tử vong hay di chứng nặng nề ở trẻ em. Tần suất DVĐT ở trẻ em là 4/10.000 tại Pháp (1980). Tỷ lệ tử vong do DVĐT thay đổi từ 3-24% tùy quốc gia. Tại Hoa Kỳ (2000), có 160 trường hợp tử vong ở trẻ dưới 14 tuổi có liên quan với DVĐT.

80% các trường hợp DVĐT xảy ra ở trẻ em, đỉnh cao là từ 10-24 tháng tuổi.

Vì nguy cơ xảy ra biến chứng và tổn thương phổi thường xuyên sẽ tăng với thời gian DVĐT được lấy ra nên điều quan trọng là cần được chẩn đoán càng sớm càng tốt.

Chik ghi nhận 41% trẻ bị chẩn đoán trễ (trên 7 ngày).

Mallick ghi nhận 30,3% trẻ bị DVĐT được chẩn đoán trễ trên 14 ngày và việc chẩn đoán trễ này là do bác sĩ chẩn đoán nhầm (41,6%) hoặc do cha mẹ khinh suất (20,8%).

Chẩn đoán DVĐT chậm trễ sẽ kết hợp với sự gia tăng tần suất biến chứng. Theo Mu và cộng sự (1991), tỷ lệ biến chứng là 64% khi chẩn đoán DVĐT trong 4-7 ngày, và 95% khi chẩn đoán trễ từ 30 ngày trở lên.

Mallick ghi nhận 7,2% trẻ đến sớm và 60,4% trẻ đến muộn có biến chứng: viêm phổi, giãn phế quản và xẹp phổi.

Chik (2009) ghi nhận tại Hongkong, thời gian trung bình từ lúc bị DVĐT đến khi có chẩn đoán chính xác là 11 ngày. 43% số trẻ này được chẩn đoán ban đầu là hen, viêm phổi. 26% trẻ được chẩn đoán chính xác sau 7 ngày.

Ba trường hợp của chúng tôi được chẩn đoán trễ trên 1 tháng và chỉ được chẩn đoán sau khoảng 1 tuần nhập viện (6 ngày, 9 ngày và 16 ngày), trong đó 2 trường hợp chẩn đoán là hen, 1 là viêm phổi kéo dài - nghi ngờ lao phổi.

Để có thể chẩn đoán sớm DVĐT, đặc biệt khi có biểu hiện không rõ, cần phải phối hợp nhiều biện pháp chẩn đoán khác nhau.

Khám lâm sàng:

Các triệu chứng có thể thay đổi đáng kể tùy theo vị trí của dị vật trong đường hô hấp. Khi dị vật bị kẹt lại ở thanh quản hay khí quản, trẻ có biểu hiện suy hô hấp hay thở rít – gợi ý ngay chẩn đoán DVĐT. Tuy nhiên, phần lớn trường hợp (75-94%), dị vật đi xuống phế quản và các dấu hiệu lâm sàng ít hằng định hơn nhiều. Việc chẩn đoán DVĐT phế quản do đó khó khăn hơn do ít hay không có triệu chứng.

Mallick ghi nhận 13,2% bệnh nhi có khám lâm sàng bình thường. Các triệu chứng bất thường thường gặp là ho (100%), ngạt (72%), khò khè (34%), giảm âm phế bào (66,4%), ran ngáy (43%).

Chik ghi nhận trẻ được chẩn đoán sau 7 ngày thường có sốt > 38°C lúc nhập viện hơn so với trẻ được chẩn đoán sớm hơn (64% so với 13%, P=0,011). Các bất thường thường gặp khác khi chẩn đoán trễ là: ho dai dẳng (100%), thở nhanh (41%), giảm âm phế bào (67%), khò khè (44%).

Chìa khóa chẩn đoán lâm sàng DVĐT là hội chứng xâm nhập. Tuy nhiên, hội chứng này có thể không có ở 12-25% trường hợp DVĐT. Ở giai đoạn cấp, dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất là khò khè, âm phế bào giảm hay mất khu trú, co kéo cơ hô hấp phụ. Ở giai đoạn trễ hơn, khi không phát hiện được hội chứng xâm nhập, trẻ thường có bệnh sử viêm phổi tái phát ở cùng một vị trí giải phẫu.

Trong 2/3 trường hợp của chúng tôi hội chứng xâm nhập không được cha mẹ lưu ý đến và chỉ được ghi nhận khi hỏi kỹ lại tiền sử nhiều lần. 1 trường hợp còn lại cha mẹ không hề ghi nhận được hội chứng xâm nhập ngay cả khi đã lấy được dị vật. 2/3 trường hợp có biến chứng viêm phổi thậm chí nghi lao phổi do viêm phổi kéo dài, 2/3 nghi hen.

X quang ngực:

Vì 80-96% DVĐT không cản quang nên thường không thấy dị vật trên X quang ngực chuẩn. Tỷ lệ X quang ngực bình thường trong y văn là 16% (Schmidt-2000), 12% (Baharloo-1999), 32,2% (Mallick-2014). Vì vậy, X quang ngực bình thường cũng không cho phép loại trừ chẩn đoán DVĐT.

Tuy nhiên, nếu chụp X quang ngực thẳng ở thì hít vào và thở ra gắng sức có thể cho thấy dấu hiệu gián tiếp của tắc nghẽn phế quản.

Các dấu hiệu gián tiếp thường gặp nhất ở giai đoạn cấp là khí phế thũng do tắc nghẽn (17-69%), thấy rõ hơn khi so sánh phim chụp ở thì hít vào và thở ra gắng sức, nhưng khó có thể thực hiện được ở trẻ nhỏ. Mallick ghi nhận khí phế thũng là bất thường X quang thường gặp nhất (40%).

Chik ghi nhận các bất thường là: khí phế thũng một bên (52%), đông đặc phổi (19%), xẹp phổi (155), dị vật cản quang (4%), tràn dịch màng phổi (4%).

Xẹp phổi xảy ra ở 12-41% trường hợp, do tắc nghẽn phế quản và xẹp nhu mô phổi đoạn xa. Xẹp phổi quan sát thấy ở giai đoạn muộn hơn do phản ứng viêm hay khi DVĐT đi xuống dưới phế quản có khẩu kính nhỏ hơn.

Hiếm hơn có tràn khí màng phổi hay trung thất do thủng phế quản hay vỡ phế nang.

Các dấu hiệu X quang có thể thay đổi theo thời gian và vài dấu hiệu chỉ có thể được quan sát thấy ở giai đoạn trễ hơn. Theo Silva và Mu,

độ nhạy cảm và đặc hiệu của X quang ngực gia tăng khi được thực hiện 24 giờ sau khi hít sặc. Ở giai đoạn cấp, X quang ngực có độ nhạy cảm và độ đặc hiệu thấp trong chẩn đoán DVĐT phế quản, và 14-37% có thể bình thường.

Trong 3 trường hợp của chúng tôi, 2 trẻ có X quang ngực bất thường (đông đặc phổi), một có X quang ngực bình thường.

CT ngực:

Tùy theo nghiên cứu, độ nhạy cảm của CT trong phát hiện DVĐT phế quản là gần 100% với độ đặc hiệu từ 66,7-100%. CT ngực với tái tạo hình ảnh 3D còn cho phép nội soi khí-phế quản ảo, giúp xử trí DVĐT thuận lợi hơn trong trường hợp nghi ngờ. Dương tính giả thường có liên quan với sự hiện diện của nút nhầy hay xảo ảnh. CT giúp xác định chính xác vị trí và kích thước DVĐT phế quản, cũng như đánh giá tổn thương phổi phổi hợp (khí phế thũng, xẹp phổi, viêm phổi, tràn khí màng phổi, giãn phế quản).

Một bệnh nhi của chúng tôi tuy được chụp CT ngực nhưng cũng không phát hiện được DVĐT mà chỉ ghi nhận đông đặc phế nang lan tỏa, giãn phế quản lan tỏa dạng ống. Điều này có lẽ do DVĐT bị bỏ quên lâu ngày (16 ngày) gây phản ứng tạo nhiều mô hạt viêm và nhiều dịch tiết nhiễm trùng (mủ).

Nội soi phế quản ống cứng:

Hầu hết tác giả xem nội soi phế quản ống cứng là kỹ thuật chuẩn để lấy DVĐT ở trẻ em với tỷ lệ thành công cao trên 97%. Tuy nhiên kỹ thuật này cũng không phải là không có tai biến: tỷ lệ biến chứng dao động từ 2-22%. May mắn là các biến chứng này cũng hiếm gặp với êkíp nội soi nhi có kinh nghiệm.

Một bệnh nhi được phát hiện dị vật qua nội soi ống cứng dù CT ngực không ghi nhận DVĐT.

Nội soi phế quản ống mềm:

Ngày nay được xem là đóng vai trò chủ yếu trong chẩn đoán DVĐT do có độ nhạy cảm và độ đặc hiệu rất cao (gần 100%). Nội soi phế quản ống mềm còn giúp giảm tỷ lệ nội soi ống cứng âm tính. Tuy nhiên, trong một số hiếm trường hợp, nội soi phế quản ống mềm cũng có thể không phát hiện được DVĐT khi có phản ứng mô hạt mạnh quanh dị vật hay có nhiều chất tiết phế quản.

Bảng 1: Độ nhạy cảm (ĐNC) và độ đặc hiệu (ĐĐH) của các yếu tố chẩn đoán dị vật đường thở.

Tác giả	HC xâm nhập		Khám phổi		X quang ngực		CT ngực	
	ĐNC (%)	ĐĐH (%)	ĐNC (%)	ĐĐH (%)	ĐNC (%)	ĐĐH (%)	ĐNC (%)	ĐĐH (%)
Heyer 2006	75,4	92,1	56,6	65,8	62,3	97,4		
Righini 2007	88	10			88	70		
Ciftci 2003	91	46	86	26	88	30		
Ayed 2003	82	38	80	72	66	51		
Hong 2008							100	66,7
Cevizci 2008							100	86,8
Haliloglu 2003					85	68	100	100

KẾT LUẬN

Chẩn đoán lâm sàng DVĐT, nhất là dị vật phế quản, ở trẻ em có thể khó khăn do hội chứng xâm nhập và khám phổi có độ nhạy cảm, độ đặc hiệu thấp. Do vậy, các biện pháp khảo sát thăm dò hỗ trợ đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán DVĐT ở trẻ em. Trên thực tế, nội soi phế quản ống cứng luôn được thực hiện hàng đầu khi nghĩ đến DVĐT. Trong những trường hợp nghi ngờ khác, CT ngực và nội soi phế quản ống mềm là những biện pháp có giá trị cao giúp chẩn đoán DVĐT bỏ quên ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ahmed AO, Shuiabu IY. Inhaled foreign bodies in a paediatric population at AKTH Kano-Nigeria. *Nigerian Med J* (2014) 55(1): 77-82.
- Chik KK, Miu TY, Chan CW. Foreign body aspiration in Hongkong Chinese children. *Hong Kong Med J* (2009) 15:6-11.
- Hitter A, Hullo E, Durand C, Reghini CA. Diagnostic value of various investigations in children with suspected foreign body aspiration. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* (2011) 128:248-252.
- Korlacki W, Korecka K, Dzielicki J. Foreign body aspiration in children: diagnostic and therapeutic role of bronchoscopy. *Pediatr Surg Int* (2011) 27:833-837.
- Mallick MS. Tracheobronchial foreign body aspiration in children: A continuing diagnostic challenge. *Afri J Paediatr Surg* (2014) 11(3):225-228.
- Panda SS, Bajpai M, Singh A et al. Foreign body in the bronchus in children: 22 years experience in a tertiary care paediatric centre. *Afri J Paediatr Surg* (2014) 11(3): 252-255.
- Rizk H, Rassi S. Foreign body inhalation in the pediatric population: Lessons learned from 106 cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* (2011) 128: 169-174.
- Saki N, Nikakhlagh S, Rahim F et al. Foreign body aspirations in infancy: a 20-year experience. *Int J Med Sci* (2009) 6: 322-328.