

NHÂN 13 TRƯỜNG HỢP LẤY DỊ VẬT PHẾ QUẢN QUA NỘI SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Lan Hương, Trần Duy Vĩnh
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Dị vật phế quản có thể gây những biến chứng cấp tính (như ngưng thở) hay mãn tính (nhiễm trùng phế quản phổi tái diễn). X-quang cũng như CT Scan phổi đôi khi không phát hiện hình ảnh dị vật.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá vai trò của nội soi phế quản ống mềm trong chẩn đoán và lấy dị vật phế quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 13 bệnh nhân được chẩn đoán và gắp dị vật phế quản bằng nội soi phế quản ống mềm Fujinon. Sử dụng phương pháp hồi cứu.

Kết quả: Chỉ có 4/13 trường hợp có hội chứng xâm nhập, 5/13 trường hợp được chẩn đoán dị vật phế quản trước khi thực hiện nội soi phế quản dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và X quang, CT Scanner. Nội soi phế quản ống mềm đã giúp chẩn đoán xác định 13 trường hợp dị vật phế quản và gắp thành công 12 dị vật, trong đó có 8 trường hợp dị vật bỏ quên.

Kết luận: Trước một bệnh lý nhiễm trùng phổi mãn tính hoặc tái diễn tại cùng một vị trí không có nguyên nhân rõ ràng, cần cảnh giác một dị vật phế quản bỏ quên. Nội soi phế quản ống mềm là phương pháp có giá trị giúp chẩn đoán xác định dị vật đường thở, vị trí dị vật và giúp lấy dị vật an toàn, kinh tế, hiệu quả.

Từ khóa: Dị vật đường thở, nội soi phế quản ống mềm.

Abstract

REMOVAL OF AIRWAY FOREIGN BODIES USING FLEXIBLE BRONCHOSCOPY IN HUE CENTRAL HOSPITAL: A REPORT OF 13 CASES

Hoang Thi Lan Huong, Tran Duy Vinh
Hue Central Hospital

Background: Foreign body aspiration can cause a life-threatening emergency or recurrent broncho-pulmonary infections. X-ray and CT Scanner sometimes don't indicate a foreign body image. This study was carried out to evaluate the role of flexible bronchoscopy in diagnostics and treatment of airway foreign bodies. **Patients and method:** 13 patients with airway foreign bodies that were detected and removed by flexible bronchoscopy. Method of retrospective study was used. **Results:** There were only 4/13 patients with syndrome of penetration, 5/13 patients with diagnostic of foreign body aspiration based on clinical signs, X-ray and CT Scanner. Flexible bronchoscopy helped to detect 13 airway foreign bodies and to remove successfully 12 foreign bodies, including 8 ones that had been ignored in a long time. **Conclusion:** Facing a case of recurrent, chronic broncho-pulmonary infection at the same location without apparent cause, need to think of a airway foreign body forgotten. Flexible bronchoscopy is a valuable method to detect airway foreign bodies, their location and to remove them with safety, economy and efficiency.

Keywords: Airway foreign body, flexible bronchoscopy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật phế quản có thể gây những biến chứng cấp tính như ngưng thở hay có thể gây nhiễm trùng phế quản phổi tái đi tái lại đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng bệnh nhân.

Sự phát triển của nội soi phế quản cho phép chẩn đoán xác định và lấy dị vật mà không cần phẫu thuật lồng ngực, làm giảm thiểu đáng kể tình trạng bệnh nặng và tử vong. Năm 1897 Killan lần đầu tiên áp dụng nội soi ống cứng để lấy dị vật

- Địa chỉ liên hệ: Hoàng Thị Lan Hương, email: hglanhuong@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2013.4.12

- Ngày nhận bài: 10/7/2013 * Ngày đồng ý đăng: 22/8/2013 * Ngày xuất bản: 27/8/2013

đường thở. Năm 1968, Ikeda giới thiệu nội soi phế quản ống mềm với gây tê tại chỗ giúp quan sát được cả các nhánh phế quản ngoại biên.

Trong những năm gần đây, một số bệnh viện lớn ở Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh đã sử dụng nội soi phế quản ống mềm để lấy dị vật phế quản. Ở miền Trung nói chung và Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi nói riêng từ trước tới nay chỉ sử dụng nội soi phế quản ống cứng trong lấy dị vật phế quản. Từ tháng 7 năm 2007 chúng tôi đã sử dụng nội soi phế quản ống mềm để chẩn đoán và gặp 13 trường hợp dị vật phế quản (12 ở người lớn và 1 ở trẻ em).

Chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. *Đặc điểm lâm sàng, X quang ở bệnh nhân bị dị vật đường thở*

2. *Đánh giá vai trò của nội soi phế quản ống mềm trong chẩn đoán và lấy dị vật phế quản.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

13 bệnh nhân được chẩn đoán xác định dị vật phế quản qua nội soi phế quản ống mềm từ tháng 7/2007 đến tháng 7/2013.

2.2. Phương pháp và vật liệu nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp hồi cứu
- Sử dụng máy nội soi phế quản ống mềm Fujinon có camera cùng các dụng cụ lấy dị vật: kềm cá sấu, Dormia,...

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và X quang của dị vật phế quản

3.1.1. Hội chứng xâm nhập

Bảng 1. Sự hiện diện của hội chứng xâm nhập ở 13 bệnh nhân nhập viện

Hiện diện của hội chứng xâm nhập	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hội chứng xâm nhập rõ (thời gian < 7 ngày)	3	23,1
Hội chứng xâm nhập thoáng qua và bị bỏ quên, biết được qua khai thác bệnh sử kỹ (thời gian bỏ quên 1-12 tháng)	4	30,8
Khai thác bệnh sử, tiền sử không thấy có hội chứng xâm nhập	6	46,1
Cộng:	13	100,0

Chỉ có 3 trường hợp có hội chứng xâm nhập rõ và là nguyên nhân nhập viện. Các trường hợp còn lại hội chứng xâm nhập không rõ hoặc không có.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng khác

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng chính ở 13 bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ho, ho kéo dài	9	69,2
Ho ra máu	5	38,5
Đau ngực, khó thở	5	38,5
Khạc đàm vàng	2	15,4
Thở rít	2	15,4
Sốt, ớn lạnh	1	7,7
Khàn giọng	1	7,7

Các triệu chứng ho, ho kéo dài chiếm tỉ lệ cao. Nhìn chung, các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu

3.1.3. Nguyên nhân của việc sặc dị vật

Bảng 3. Các yếu tố làm dễ cho việc sặc dị vật ở 13 bệnh nhân nghiên cứu

Yếu tố làm dễ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cười nói, la hét, bất cẩn trong khi ăn uống	8	61,5
Dị tật ở vùng hàm miệng, không há miệng to được	1	7,7
Liệt hầu họng sau chấn thương sọ não	1	7,7
Uống nước khe suối (uống nhằm đĩa sống)	1	7,7
Ngậm đèn pin ở miệng khi bắt cua (đĩa theo vào)	1	7,7
Dùng miệng xé bao gia vị gói mì tôm	1	7,7
Cộng	13	100,0

Đa số nguyên nhân là do bất cẩn khi ăn uống.

3.1.4. Hình ảnh trên X quang phổi chuẩn:

Bảng 4. Hình ảnh trên phim X-quang phổi chuẩn ở 13 bệnh nhân nghiên cứu

Dấu hiệu trên phim	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đám mờ phế bào không đồng đều	6	46,1
Xẹp phổi	3	23,1
Giãn phế quản	1	7,7
Không thấy bất thường	3	23,1
Hình ảnh dị vật	0	0,0
Cộng	13	100,0

Đa số trường hợp thấy được hình ảnh gián tiếp hay biến chứng của dị vật phế quản. Không có trường hợp nào thấy được hình ảnh dị vật trực tiếp

3.1.5. Hình ảnh trên CT Scanner phổi

Bảng 5. Hình ảnh trên CT Scanner phổi ở 6/13 bệnh nhân nghiên cứu

Dấu hiệu trên phim	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hình ảnh dị vật	1	16,7
Hình ảnh dị vật + hình ảnh viêm phổi	2	33,3
Hình ảnh viêm phổi	2	33,3
Hình ảnh lao xơ + giãn phế quản	1	16,7
Cộng:	6	100,0

Có 6/13 trường hợp được chụp CT phổi, trong đó có 3 trường hợp thấy hình ảnh dị vật phế quản, 3 trường hợp còn lại hướng đến các chẩn đoán khác

3.1.6. Chẩn đoán

Bảng 6. Các chẩn đoán ban đầu ở 13 bệnh nhân nghiên cứu

Chẩn đoán ban đầu		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuyến dưới/phòng khám	Trước soi phế quản		
TD dị vật phế quản	Dị vật phế quản	5	38,5
TD giãn phế quản	Dị vật phế quản	1	7,7
Hen phế quản	Dị vật phế quản	1	7,7
Viêm thanh quản	Dị vật phế quản	1	7,7
U phổi	U phổi	3	23,0
Abces phổi	Abces phổi	1	7,7
Lao phổi BK (-)	Lao phổi BK (-)	1	7,7
Cộng:		13	100,0

Chỉ có 5 bệnh nhân được chẩn đoán dị vật phế quản sớm ngay khi vào viện. Các trường hợp còn lại có chẩn đoán ban đầu là các bệnh phổi khác và sau đó được chỉ định nội soi phế quản ống mềm để kiểm tra dị vật hoặc để lấy bệnh phẩm xét nghiệm.

3.1.7. Vị trí dị vật khi soi phế quản

Bảng 7. Vị trí dị vật phát hiện khi soi phế quản ở 13 bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khí quản		2	15,4
Phế quản phải	Gốc	2	15,4
	Trung gian	1	7,7
	Thùy dưới	2	15,4
Phế quản trái	Gốc	5	38,4
	Thùy dưới	1	7,7
Cộng:		13	100,0

Có 2 trường hợp dị vật ở khí quản, 5/ 13 trường hợp ở phế quản phải và 6/13 trường hợp ở phế quản trái.

3.1.8. Bản chất dị vật

Bảng 8. Bản chất các dị vật lấy được từ 13 bệnh nhân nghiên cứu

Bản chất dị vật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mảnh xương heo, gà/ cang ghe/ vỏ ốc	7	53,8
Thuốc viên	1	7,7
Hạt ném	1	7,7
Hạt đậu phụng	1	7,7
Đĩa sòng	2	15,4
Mẩu bao nilon gói gia vị mì tôm	1	7,7
Cộng:	13	100,0

Các dị vật đa dạng, chủ yếu là các mảnh xương, hạt, thuốc viên...

3.1.9. Thời gian cư trú của dị vật trong phế quản

Bảng 9. Thời gian cư trú của dị vật trong phế quản ở 13 bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 30 ngày	6	46,2
3 tháng -12 tháng	6	46,2
9 năm	1	7,6
Cộng:	13	100,0

Thời gian được phát hiện <30 ngày chỉ có 6/13 trường hợp. Đa số dị vật tồn tại lâu trong lòng phế quản từ 3-9 tháng.

3.2. Vai trò của nội soi phế quản ống mềm

Nội soi phế quản ống mềm đã giúp chẩn đoán xác định 13 trường hợp dị vật phế quản và gấp thành công 12 dị vật, trong đó có 8 trường hợp dị vật bỏ quên.

4. BÀN LUẬN

- Về hội chứng xâm nhập

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ có 3 bệnh nhân có hội chứng xâm nhập rõ, trong đó có 2 bệnh nhân của khoa Hồi sức cấp cứu, 1 bệnh nhân của khoa Tai Mũi Họng chuyển lên soi. Có 4 bệnh nhân có hội chứng xâm nhập thoáng qua và bị bỏ quên, biết được qua khai thác bệnh sử kỹ (thời gian bỏ quên 1-12 tháng), bệnh nhân không nghĩ rằng đã sặc vào phổi mà cứ ngỡ đã nuốt vào dạ dày và theo phân ra ngoài.

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là bệnh nhân đang được điều trị tại khoa Nội thần kinh - Nội tiết, vào viện với chẩn đoán viêm phổi, áp xe phổi, u phổi..., không nhớ có hội chứng xâm nhập hay có sặc thoáng qua nhưng cứ nghĩ đã nuốt vào dạ dày. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả, nhiều trường hợp dị vật đường thở đã bị bỏ qua gây nên nhiễm trùng phế quản phổi kéo dài, dai dẳng.

Biểu hiện lâm sàng của dị vật đường thở phụ thuộc loại dị vật, vị trí phế quản bị tắc, tuổi và tình trạng tinh thần của bệnh nhân.

- Các triệu chứng khác trên lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng như: ho, ho kéo dài, ho ra máu, đau ngực, khó thở... thường không đặc hiệu và có thể nhầm là triệu chứng lâm sàng của các bệnh phổi khác.

Đặc biệt hai bệnh nhân không có tiền sử hen phế quản nhưng có tiếng rít khu trú 1/2 dưới phế quản (P) là triệu chứng rất có giá trị gợi ý dị vật đường thở, cần hỏi thêm về tiền sử hội chứng xâm nhập.

- Về vai trò của X quang và CT trong chẩn đoán dị vật phế quản

Trong tất cả 13 trường hợp được nội soi thì không có trường hợp nào phát hiện thấy dị vật trên phim XQ phổi chuẩn, ta chỉ thấy được hình ảnh gián tiếp hay biến chứng của dị vật phế quản như: xẹp phổi, viêm phổi, giãn phế quản...

Những dị vật do sặc khi ăn uống như: mảnh xương, thuốc viên, hạt đậu phụng, hạt ném... có độ cản quang không cao lắm và thường vào thời điểm chụp đã xảy ra nhiễm trùng ở phế quản, phổi nên hình ảnh dị vật đã bị che phủ bởi chất tiết, bởi hình ảnh mờ của tổn thương phổi nên khó phát hiện.

Trong 6 trường hợp được chụp Scanner phổi chỉ có 3 trường hợp bác sĩ XQ phát hiện thấy dị vật, còn 3 trường hợp dị vật bị bỏ sót có thể do nguyên nhân như trên và không được cảnh giác bởi chẩn đoán dị vật đường thở, thường chỉ phát hiện được ở trên cửa sổ trung thất của hình ảnh Scanner phổi.

- Yếu tố thuận lợi

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi nguyên nhân chủ yếu là do bất cẩn khi ăn uống: trong lúc ăn vừa cười đùa, la hét... cũng có thể do dị tật vùng hàm miệng hay giảm phản xạ nuốt. Đây cũng là nguyên nhân hay gặp theo nghiên cứu của các tác giả trong nước. Một yếu tố thuận lợi hay gặp ở nước ta là do cách chế biến trong một số món ăn còn để lẫn cả xương: cháo xương, canh xương...

Ngoài ra có thể do các nguyên nhân khác: răng giả hay răng sắp rụng, say rượu, rối loạn ý thức, thói quen ngậm đồ vật...

Để phòng ngừa dị vật phế quản nên chế biến thức ăn kỹ lưỡng, ăn chậm, nhai kỹ, trong lúc ăn không được cười đùa, la hét; không nên uống nước khe suối, nên tháo răng giả khi đi ngủ...

- Chẩn đoán ở tuyến dưới hay chẩn đoán trước soi

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ có bốn bệnh nhân được chẩn đoán dị vật phế quản khi vào viện, còn đa số trường hợp còn lại bệnh nhân vào viện hay tuyến dưới chuyển lên với chẩn đoán viêm phổi, áp xe phổi, u phổi hay lao phổi... Đây là những trường hợp dị vật phế quản bỏ quên. Theo các tác giả trong và ngoài nước, đây là hiện tượng khá phổ biến. Đa số các trường hợp dị vật phế quản bỏ qua thường gây nhiễm trùng phế quản phổi dai dẳng, tái lại sau khi ngừng kháng sinh, kéo dài nhiều tháng, nhiều năm, thậm chí trên 20 năm, có trường hợp bệnh nhân được điều trị theo hướng lao phổi hay u phổi nhưng không đỡ.

Vì vậy, trước một trường hợp nhiễm trùng phế quản phổi mạn tính và tái phát ở cùng một vị trí, không có nguyên nhân rõ ràng, cần nội soi phế quản để xác định chẩn đoán, tránh thiệt hại về sức khỏe cũng như về kinh tế cho bệnh nhân.

- Vị trí dị vật

Vị trí của dị vật trong lòng phế quản phụ thuộc vào giải phẫu của cây phế quản theo từng lứa tuổi,

kích thước và bản chất của dị vật. Theo nhiều tác giả, cho đến tuổi 15 do góc tạo bởi phế quản gốc (P) và phế quản gốc (T) so với khí quản tương tự nhau nên tỉ lệ dị vật rơi vào phế quản (P) và (T) như nhau. Sau tuổi 15, đa số dị vật thường rơi vào phế quản bên phải do phế quản gốc phải có đường kính lớn hơn và xuôi với trục khí quản so với phế quản gốc trái. Dị vật có kích thước lớn thường nằm ở khí quản, phế quản gốc, phế quản thùy, còn dị vật có kích thước nhỏ hơn thường nằm ở phế quản tiểu thùy hoặc sâu hơn nữa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số trường hợp dị vật lại rơi vào phế quản trái (6/13).

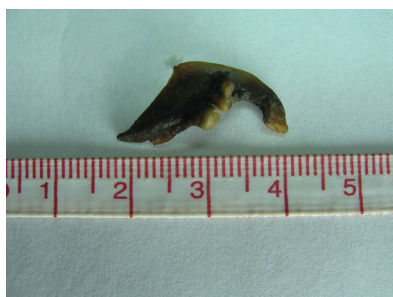
- Bản chất dị vật

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi dị vật hay

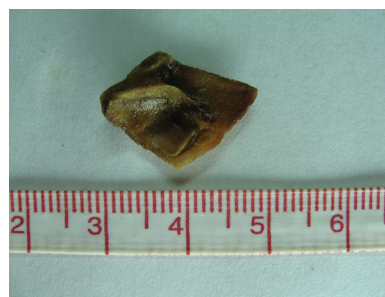
gặp là mảnh xương (xương heo, xương gà, mảnh nắp ốc), có một trường hợp là hạt đậu phụng, một trường hợp là hạt ném, một trường hợp là viên thuốc, hai trường hợp là đĩa sống do đa số nguyên nhân là bất cẩn khi ăn uống.

Theo nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước dị vật phế quản có thể gặp là răng giả, đinh, đạn súng hơi, đồng xu...

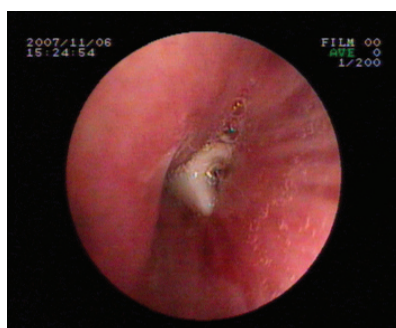
Bản chất dị vật tùy thuộc địa dư, thói quen ăn uống, cách chế biến thức ăn. Bản chất, cấu tạo và tính chất bản của dị vật sẽ quyết định tình trạng nhiễm trùng phế quản, phổi sau này. Bản chất dị vật là chất hữu cơ, dễ gây thối rữa thì sẽ dễ gây nên tình trạng nhiễm trùng sớm và nặng hơn, tái phát nhanh hơn so với dị vật là chất vô cơ.



*Mảnh xương heo
Bn Trần Ph., 11.11.2008*



*Mảnh xương sọ gà
Bn Ngô Văn Ng., 13.8.2008*



*Nửa hạt đậu phụng
Bn Nguyễn Thị Ph., 06.11.2007*

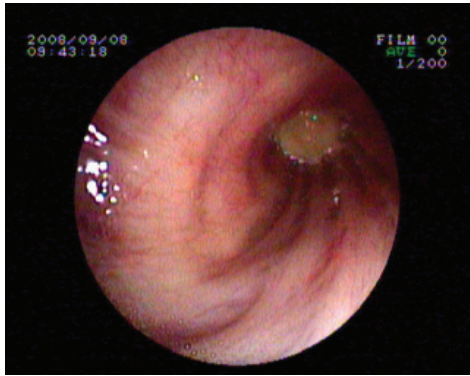


Mảnh xương heo trong lòng phế quản

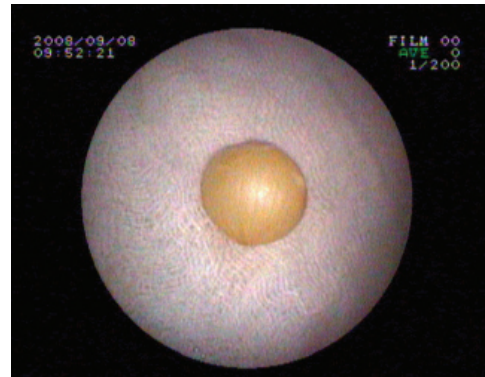


Mảnh xương heo đã được lấy ra

Bn Nguyễn Văn Ngh., 02.08.2007

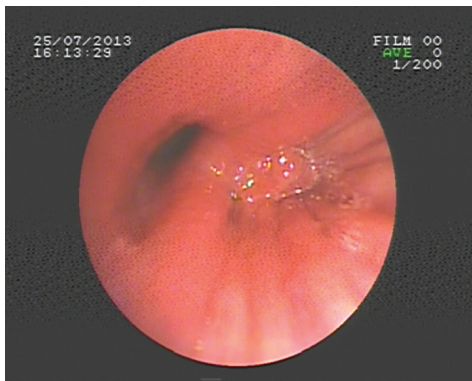


Hạt ném trong lòng phế quản

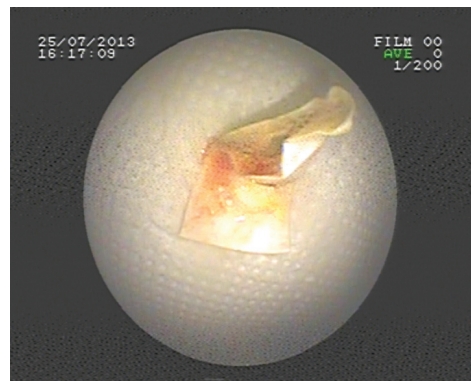


Hạt ném đã được lấy ra

Bn Đoàn Văn V., 08.9.2008



*Tổ chức hạt bao phủ tại vị trí dị vật
(để nhầm với hình ảnh u phổi)*



*Mẫu bao nylon (từ gói gia vị mì tôm)
đã được lấy ra*

Bn Võ Thị Th., 25.7.2013

Hình 1. Một số dị vật phế quản lấy được qua nội soi phế quản ống mềm tại BVTW Huế

- Thời gian cư trú của dị vật trong lòng phế quản

Thời gian dị vật trong lòng phế quản ở nhóm bệnh nhân chúng tôi dài nhất là 9 năm. Đây là trường hợp bị sặc mảnh vỏ ốc vào phế quản gốc trái bị bỏ quên, chẩn đoán nhầm là u phổi và đã điều trị kéo dài trong 9 năm. Trường hợp ngắn nhất là bệnh nhân uống thuốc, ăn nếm bị sặc được chuyển vào hồi sức cấp cứu ngay, sau đó được nội soi phế quản cấp cứu lấy dị vật.

Theo một tác giả, có trường hợp dị vật nằm trong lòng phế quản trên 30 năm.

Thời gian nằm trong phế quản càng dài gây kích thích tăng sinh mô hạt càng nhiều ở vị trí phế quản tiếp xúc với dị vật gây nên tình trạng viêm phổi nghẽn tái đi tái lại, gây khó khăn khi lấy dị vật...và có thể để lại di chứng như giãn phế quản, hẹp lòng phế quản do sẹo...sau khi dị vật đã được lấy ra. Dị vật nằm trong lòng phế quản trên 24 giờ đã có thể kích thích tăng sinh mô hạt.

- Vai trò của nội soi phế quản ống mềm

Những trường hợp nghi ngờ đã được chúng tôi sử dụng nội soi ống mềm xác định chẩn đoán và đã lấy thành công 12 trường hợp, 1 trường hợp thất bại do chúng tôi không đủ dụng cụ để lấy được chuyển Tai mũi họng lấy qua nội soi phế quản ống cứng.

Đa số trường hợp chúng tôi lấy dị vật ngay lần soi đầu tiên; có 2 trường hợp do dị vật nằm lâu, kích thích tổ chức hạt tăng sinh nhiều, phía trên tổ chức hạt đóng nhiều mũ, quá trình lấy khó khăn chảy máu nhiều do dị vật cắm sâu vào lòng phế quản, chúng tôi quyết định dùng kháng sinh, Corticoid, 5 ngày sau lấy lại. Trong đó một trường hợp đã thành công sau khi lấy lần hai, một trường hợp còn lại soi lần hai không còn thấy dị vật khả năng đã được bệnh nhân ho khạc tống ra do lần đầu quá trình lấy đã làm dị vật di chuyển.

Theo một số tác giả trong trường hợp tăng sinh mô hạt nhiều do dị vật nằm lâu, cần phải loại bỏ tổ chức hạt bằng laser hoặc điện đông cao

tàng (Tiến hành dưới gây mê toàn thân). Cần đối với các dị vật cản quang có kích thước nhỏ không quan sát trực tiếp được khi nội soi phế quản, cần kết hợp với màn hình X quang tăng sáng để có thể gặp được dị vật.

Thời gian tiến hành nội soi được xác định tùy theo tình trạng lâm sàng. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu suy hô hấp, nội soi phải được thực hiện khẩn cấp. Đây là những trường hợp dị vật khí quản gây nguy cơ ngạt thở do sự di chuyển của dị vật hay khi có các biến chứng như tràn khí màng phổi hay tràn khí trung thất. Nếu bệnh nhân có tình trạng lâm sàng ổn định, nội soi có thể được trì hoãn (24-36) để có thể tiến hành trong điều kiện tốt nhất.

Lấy dị vật phế quản qua ống soi mềm ít gây tổn thương và không đòi hỏi gây mê toàn thân, tỉ lệ thành công trong lấy dị vật khá cao (trên 90%) theo các kết quả công bố.

Soi phế quản ống mềm còn là lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp bệnh nhân có (tiền sử) chấn thương vùng cổ - mặt, các trường hợp thông khí cơ học hay dị vật ở vị trí xa trong cây phế quản.

Quyết định lấy dị vật bằng nội soi phế quản ống mềm hay cứng tùy theo kích thước, hình dạng, bản chất dị vật, mặt khác cũng dựa vào kinh nghiệm của thầy thuốc và dụng cụ sẵn có. Đối với vật sắc nhọn hay dị vật phế quản ở trẻ em nội soi phế quản ống cứng nên được lựa chọn. Theo nhiều tác giả, soi phế quản ống cứng được chuẩn bị trong mọi quy trình can thiệp lấy dị vật và chỉ được chỉ định

khi cần sau thủ thuật soi phế quản ống mềm thăm dò và lấy dị vật.

Quá trình lấy dị vật qua nội soi ống mềm bệnh nhân được gây tê tại chỗ, trong khi tiến hành bệnh nhân vẫn tỉnh táo. Các trường hợp chúng tôi tiến hành, thời gian mỗi ca kéo dài 10-30 phút. Sau khi lấy dị vật chúng tôi đều nội soi kiểm tra, đảm bảo chắc chắn không còn dị vật trong lòng phế quản. Dị vật sau khi được lấy, giải phóng được nguyên nhân gây tắc nghẽn, bệnh nhân được điều trị kháng sinh 7-10 ngày, nội soi lại thấy tình trạng nhiễm trùng hết, tổ chức hạt giảm nhiều.

5. KẾT LUẬN

1. Cần biết nghi ngờ 1 dị vật phế quản trên bệnh nhân có hội chứng xâm nhập, ngay cả khi khám lâm sàng bình thường và XQ phổi cũng như CT Scan phổi không phát hiện hình ảnh dị vật.

2. Đứng trước một bệnh lý nhiễm trùng phổi mãn tính hoặc tái diễn tại cùng một vị trí không có nguyên nhân rõ ràng, cần cảnh giác một dị vật phế quản bỏ quên.

3. Để phòng ngừa dị vật phế quản cần chế biến thức ăn kỹ lưỡng; ăn uống cẩn thận, không cười đùa la hét khi ăn uống; tháo răng giả khi đi ngủ; tránh các thói quen ngậm dụng cụ khi làm việc...

4. Nội soi phế quản ống mềm là phương pháp có giá trị giúp chẩn đoán xác định dị vật đường thở, vị trí dị vật và lấy dị vật an toàn, kinh tế và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu (2007), “Gặp dị vật qua nội soi phế quản”, *Nội soi phế quản*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 204-213.
2. Nguyễn Chi Lăng (2006), “Nghiên cứu phương pháp lấy dị vật phế quản ngoại vi”, *Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị nội soi phế quản và lồng ngực toàn quốc lần thứ nhất*, tr. 133-138.
3. Nguyễn Chi Lăng (2006), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng 63 trường hợp dị vật phế quản hít phải bỏ qua ở người lớn”, *Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị nội soi phế quản và lồng ngực toàn quốc lần thứ nhất*, tr. 139-150.
4. Granry J.C, Monrigal J.P, Dubin J. et al. (1999) “Corps étrangers des voies aériennes”, *Conférences d’actualisation*, Elsevier, Paris, et Sfar, p. 765-786.
5. Rafanan A.L, Mehta A.C (2004), “Bronchoscopy in foreign body removal”, *Flexible bronchoscopy*, Black well Science, 2nd edition, p. 197-209.