

DI VẬT ĐƯỜNG THỞ BỎ QUÊN CHẨN ĐOÁN MUỘN Ở NGƯỜI LỚN TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Phương Nam *, Lê Quốc Anh*,
Nguyễn Quốc Dũng*, Lê Chí Thông*, Phan Ngô Huy*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Di vật đường thở là các vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phần thùy. Đây là tình trạng bệnh lý khá phổ biến trên thực hành lâm sàng ở trẻ em, hiếm khi gặp ở người lớn và chẩn đoán có thể bị chậm trễ ở người cao tuổi. Di vật đường thở có thể phát hiện ngay lập tức với hội chứng xâm nhập hoặc nhiều năm sau khi xuất hiện các biến chứng kéo dài. Qua đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp di vật đường thở bỏ quên được phát hiện muộn trên 15 năm do nhầm lẫn trong chẩn đoán, thiếu kiến thức y tế trong xử trí ban đầu và chủ quan từ phía người bệnh. **Báo cáo ca bệnh:** Bệnh nhân nam 75 tuổi vào viện vì ho kéo dài. Bệnh sử: cách đây khoảng 15 năm bệnh nhân nghi ngờ bị hóc hạt Sapôchê khi đang ăn. Sau đó bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng xâm nhập thoáng qua. Bệnh nhân không đi khám mà chỉ ở nhà theo dõi, từ đó về sau thỉnh thoảng vài tháng bệnh nhân có biểu hiện của nhiễm trùng đường hô hấp dưới tái diễn. Bệnh nhân có đi khám ở các cơ sở y tế địa phương nhưng không phát hiện được di vật đường thở. Khoảng 1 tháng trước khi nhập viện bệnh nhân ho có ít máu nên được chụp CT scan phổi phát hiện di vật. Chẩn đoán: Viêm phế quản mạn tính/ Theo dõi di vật đường thở bỏ quên ở phế quản gốc bên trái. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi phế quản ống cứng và ống mềm để lấy bỏ toàn bộ di vật. Kết thúc phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn ổn định và không có các biến chứng đáng tiếc nào xảy ra. **Kết luận:** Di vật đường thở là một bệnh lý cấp tính gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Để chẩn đoán di vật đường thở đòi hỏi phải được bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng thực hiện và việc khai thác được tiền sử tiếp xúc di vật với hội chứng xâm nhập là điều hết sức quan trọng tránh được các trường hợp di vật đường thở bỏ quên quá lâu gây ra các biến chứng mạn tính làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Việc phối hợp giữa hai phương pháp nội soi phế quản ống cứng và ống mềm đem lại hiệu quả tối ưu trong lấy di vật đường thở, đảm bảo lấy được toàn bộ di vật, kiểm soát được toàn bộ phẫu trường tăng tỷ lệ thành công lên mức cao nhất.

Từ khóa: Di vật đường thở bỏ quên, người lớn, nội soi phế quản.

* Khoa Tai Mũi Họng, BV Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Nam. Email: bstranphuongnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/10/2022. Ngày nhận phản biện: 20/10/2022

Ngày nhận phản hồi: 30/10/2022. Ngày duyệt đăng: 2/11/2022

ABSTRACT

FORGOTTEN FOREIGN BODIES OF THE AIRWAY TO BE DATE OF DIAGNOSIS IN AN ADULT AT OTOLARYNGOLOGY DEPARTMENT HUE CENTRAL HOSPITAL

Background: Foreign bodies of the airway are objects lodged in the airways from the larynx to the segmental bronchi. This condition is quite common in clinical practice in children, is rarely seen in adults, and diagnosis can be delayed in the elderly. Foreign bodies of the airway can be detected immediately with the infiltrative syndrome or years after the onset of persistent complications. As a result, we report a case of neglected foreign body of the airway was discovered late for more than 15 years due to mistake in diagnosis, lack of medical knowledge in initial management and subjective judgment on the part of the patient. **Case report:** A 75-year-old male patient was admitted to the hospital because of a persistent cough. **History:** about 15 years ago, the patient suspected of choking on Sapote nut while eating. The patient then presented with transient infiltration syndrome. The patient did not go to the doctor but stayed at home to monitor, from then on, sometimes a few months later, the patient showed signs of recurrent lower respiratory tract infections. The patient went to the local medical facility but could not detect any foreign body in the airway. 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/ Monitor for forgotten foreign body of the airway in left main bronchus. The patient underwent bronchoscopy with rigid and flexible tubes to remove the entire foreign body. At the end of surgery, the patient was completely stable and there were no regrettable complications. **Conclusion:** Foreign bodies of the airway is an acute disease that endangers the patient's life. The diagnosis of foreign bodies of the airway requires an ENT specialist, and taking a history of foreign body exposure with the invasive syndrome is crucial to avoid forgotten airway foreign bodies too long causes chronic complications that affect the patient's quality of life. The combination of two methods of bronchoscopy with rigid and flexible tubes brings optimal efficiency in removing foreign bodies in the airway, ensuring the removal of all foreign bodies, controlling the entire surgical field, and increasing the success rate to the highest level

Keywords: Foreign bodies of the airway, Adults, Bronchoscopy.

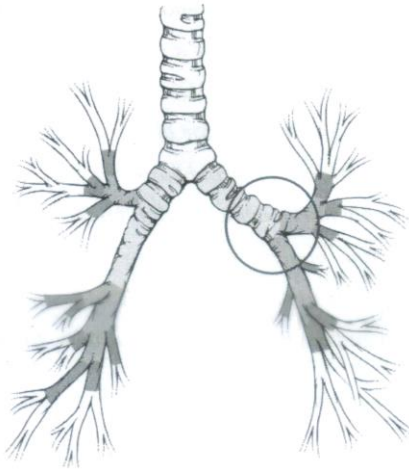
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường thở được định nghĩa là các vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy. Đây là tình trạng bệnh lý 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. Đây là một bệnh lý cấp cứu và có thể dẫn đến

nguy hiểm tính mạng đối với mọi lứa tuổi. Ở Việt Nam, dị vật đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (6-14 tuổi chiếm từ 62,3%- 90,0%) [2]. 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 62 tuổi mới phát hiện [4].

Dị vật đường thở có thể phát hiện ngay lập tức với hội chứng xâm nhập hoặc nhiều năm sau khi xuất hiện các biến chứng kéo dài. Nếu dị vật nằm ở vị trí phế quản thùy

có thể gây các biến chứng viêm phổi tái diễn kéo dài mạn tính kéo theo là một loạt các di chứng kèm theo xảy nếu xử trí muộn [1], [4]. Qua đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp dị vật đường thở bỏ quên trên 15 năm được chẩn đoán muộn do vẫn còn thiếu những kiến thức y tế trong xử trí ban đầu và chủ quan từ phía người bệnh. Đây là một bệnh lý hiếm gặp và đã có các nghiên cứu ghi nhận trong và ngoài nước cho các trường hợp phát hiện sớm, riêng đối với các trường hợp phát hiện và xử trí muộn thì rất hiếm gặp trên lâm sàng (*Hình 1*).



Hình 1: Sơ đồ cây khí-phế quản và vị trí dị vật đường thở trên bệnh nhân [8].

2. BÁO CÁO CA BỆNH LÂM SÀNG:

2.1. Thông tin bệnh nhân:

Họ và tên: Hoàng D.H., Giới: Nam, sinh năm: 1947 (75t)

Địa chỉ: Thôn Đông Duyệt 2, Hải Phú, Bồ Trách, Quảng Bình

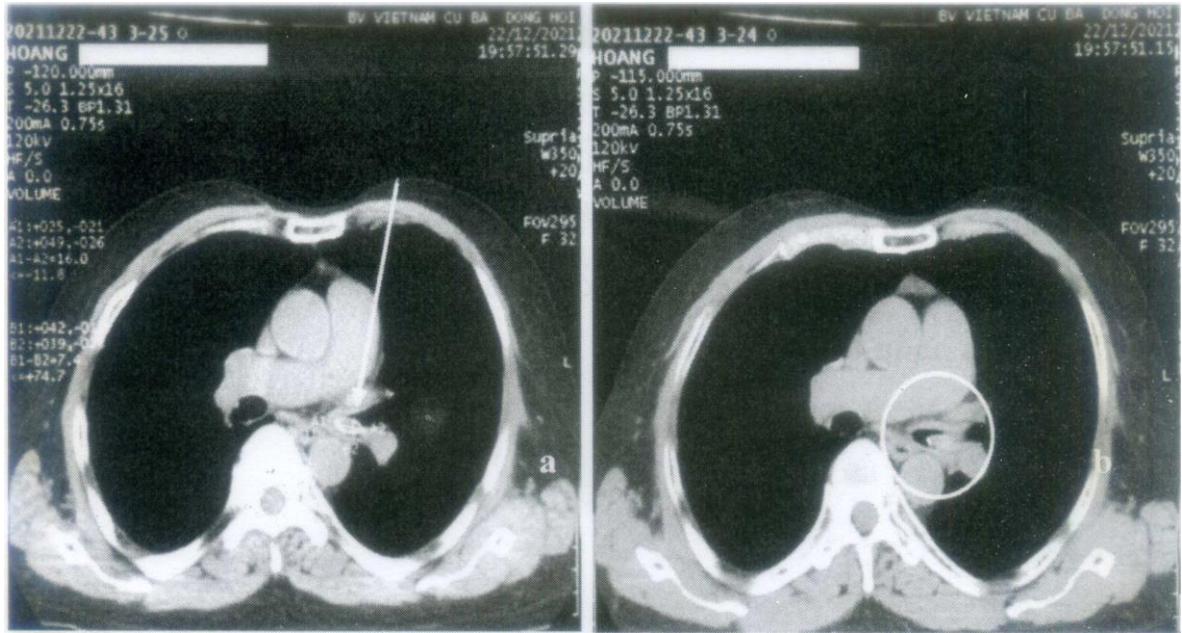
Ngày vào viện: 4/1/2022, ngày phẫu thuật: 6/1/2022.

Lý do vào viện: Ho kéo dài/ TD dị vật phế quản gốc bên Trái.

Bệnh sử: bệnh nhân khai cách đây

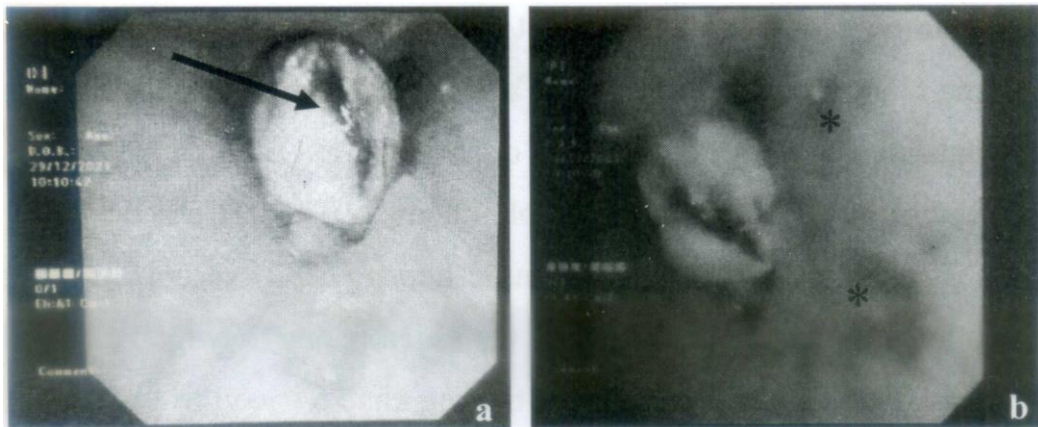
khoảng 15 năm trong một buổi ăn trưa bệnh nhân có ăn trái Sápôchê, trong lúc ăn có thể do bệnh nhân không để ý nên vô tình bị hóc hạt của trái này. Sau khi bị hóc bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng xâm nhập rõ với ho sặc, khó thở nhanh nông, tức ngực, kích thích vật vã,... kéo dài khoảng vài phút thì tình trạng kích thích giảm dần. Bệnh nhân không đi khám ngay sau đó mà chỉ ở nhà theo dõi. Từ đó về sau thỉnh thoảng vài tháng bệnh nhân lại có biểu hiện của nhiễm trùng đường hô hấp với ho khan, thỉnh thoảng khạc đàm nhầy,... Bệnh nhân có đi khám ở các cơ sở y tế địa phương nhưng không phát hiện có biểu hiện nghi ngờ dị vật đường thở. Qua nhiều lần thăm khám lâm sàng và chụp X quang phổi thẳng ở các cơ sở y tế địa phương bệnh nhân được chẩn đoán: Viêm phế quản mạn tính/ Theo dõi hen phế quản sau khi loại trừ bệnh lý lao phổi bệnh nhân được điều trị theo hướng nội khoa chống nhiễm trùng, giãn phế quản thì tạm ổn và cứ như thế tình trạng này cứ tái diễn kéo dài trong khoảng 15 năm nay.

Ngày 22/12/2021: bệnh nhân có đến khám tại BV Cuba Đồng Hới do tình trạng ho có đàm trong kéo dài > 1 tháng trên cơ sở có điều trị thuốc nội khoa nhưng chưa đỡ. Sau khi được các bác sĩ thăm khám lâm sàng tại đây bệnh nhân bị nghi ngờ dị vật đường thở bỏ quên và có chỉ định chụp Xquang phổi thẳng, CT scan phổi. Kết quả CT scan phổi ngày 22/12/2021 cho thấy: dị vật bỏ quên ở phế quản gốc bên Trái, kích thước khoảng 30x14x4 mm, gây hẹp gần hoàn toàn lòng phế quản phía bên Trái, tuy nhiên không thấy hình ảnh xẹp phổi bên Trái và không có các biểu hiện bất thường khác ở các vị trí khảo sát còn lại (*Hình 2*). Thăm khám lâm sàng thì không có các dấu hiệu bất thường.



Hình 2: CT scan phổi: a, b) Dị vật hạt Sapôchê ở phế quản gốc Trái

- Ngày 29/12/2021: bệnh nhân đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Quốc tế Trung ương Huế, Khoa Nội soi để tiến hành “Nội soi mềm thanh - khí - phế quản chẩn đoán và can thiệp bằng phương pháp gây tê”. Kết quả quan sát thanh quản thấy hai dây thanh di động tốt. Khí quản: niêm mạc bình thường, chưa thấy tổn thương trong lồng khí quản. Phế quản (T) dị vật là hạt trái cây kích thước lớn, chặn ngang phế quản gốc bên trái, che lấp gần hoàn toàn phế quản bên Trái, bao quanh hạt là lớp mạng trắng, niêm mạc xung quanh phù nề, dễ chảy máu (Hình 3). Bệnh nhân được tiến hành lấy dị vật bằng kiềm cò máu nhưng không thành công. 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.

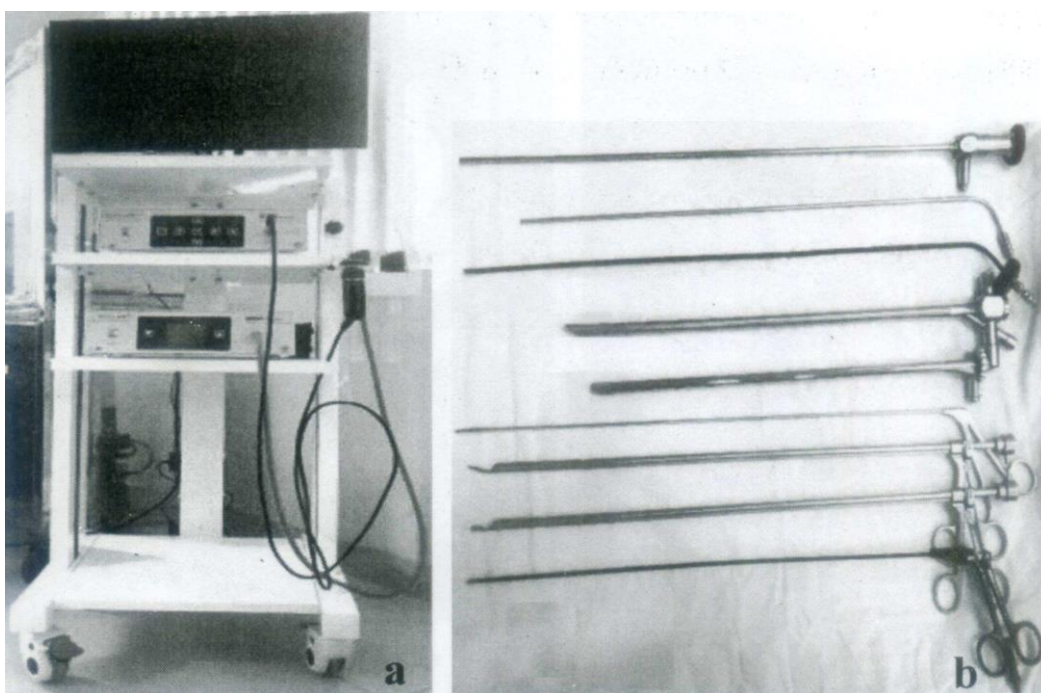


Hình 3: Hình ảnh nội soi phế quản ống mềm: a) Hạt Sapôchê ở phế quản gốc bên Trái; b) Niêm mạc phù nề dễ xuất huyết, bầm giả mạc trắng (dấu sao).

Ngày 4/1/2022: Bệnh nhân sau khi đủ thủ tục chuyển tuyến và nhập viện vào Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế. Tại đây bệnh nhân được làm xét nghiệm tiền phẫu thường quy và hội chẩn với bác sĩ Khoa Gây mê hồi sức B để chuẩn bị các phương án trước khi phẫu thuật.

2.2. Quá trình phẫu thuật:

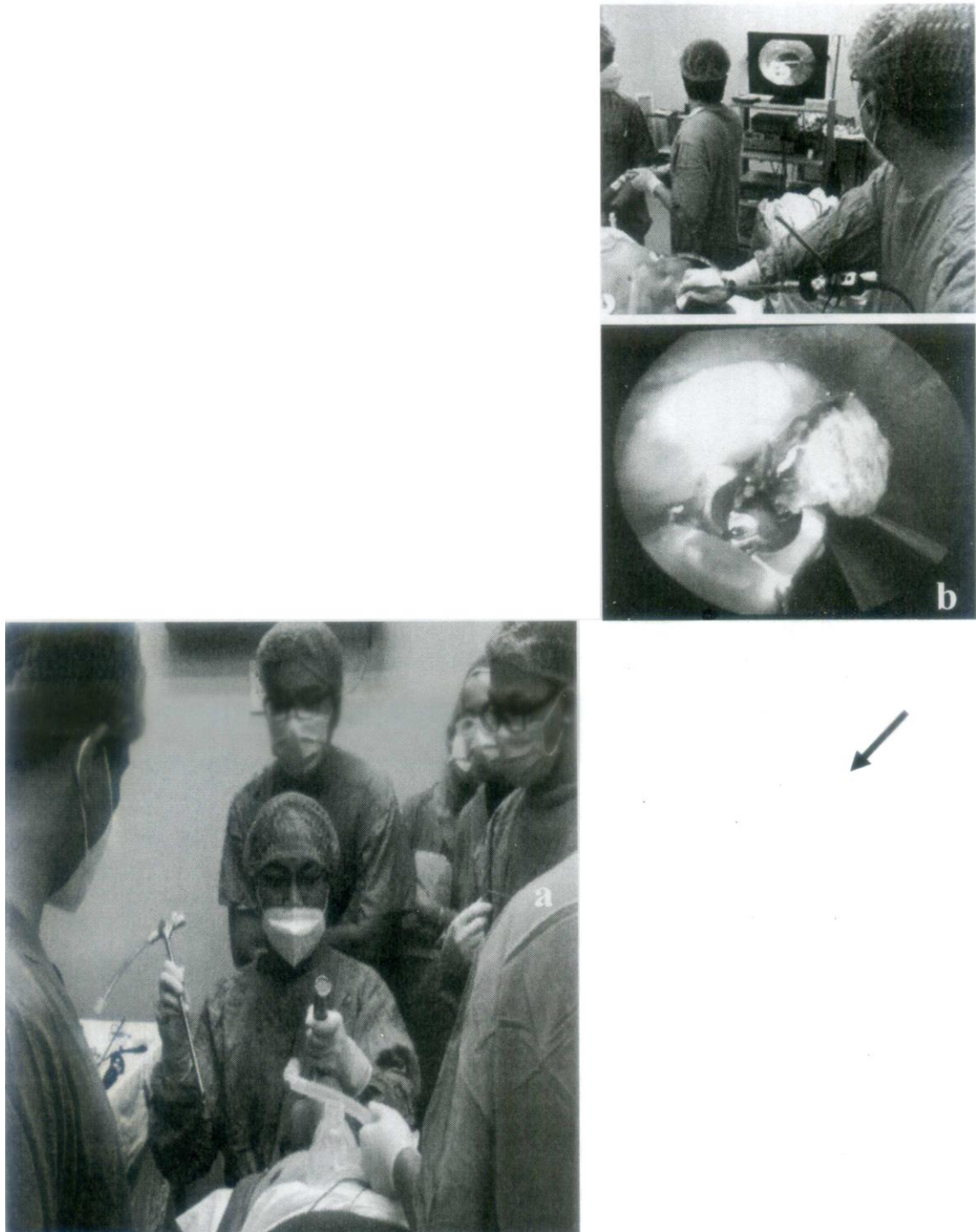
- Phương tiện sử dụng để gấp trong quá trình lấy dị vật (Hình 4):



Hình 4: Phương tiện lấy dị vật: a) Hệ thống máy nội soi Karl Storz;
b) dụng cụ tiến hành phẫu thuật nội soi phế quản ống cứng (trên xuống):
optic nội soi 0°, ống hút, ống nội soi cứng phế quản, các loại kèm gấp lấy dị vật có gắn nội soi.

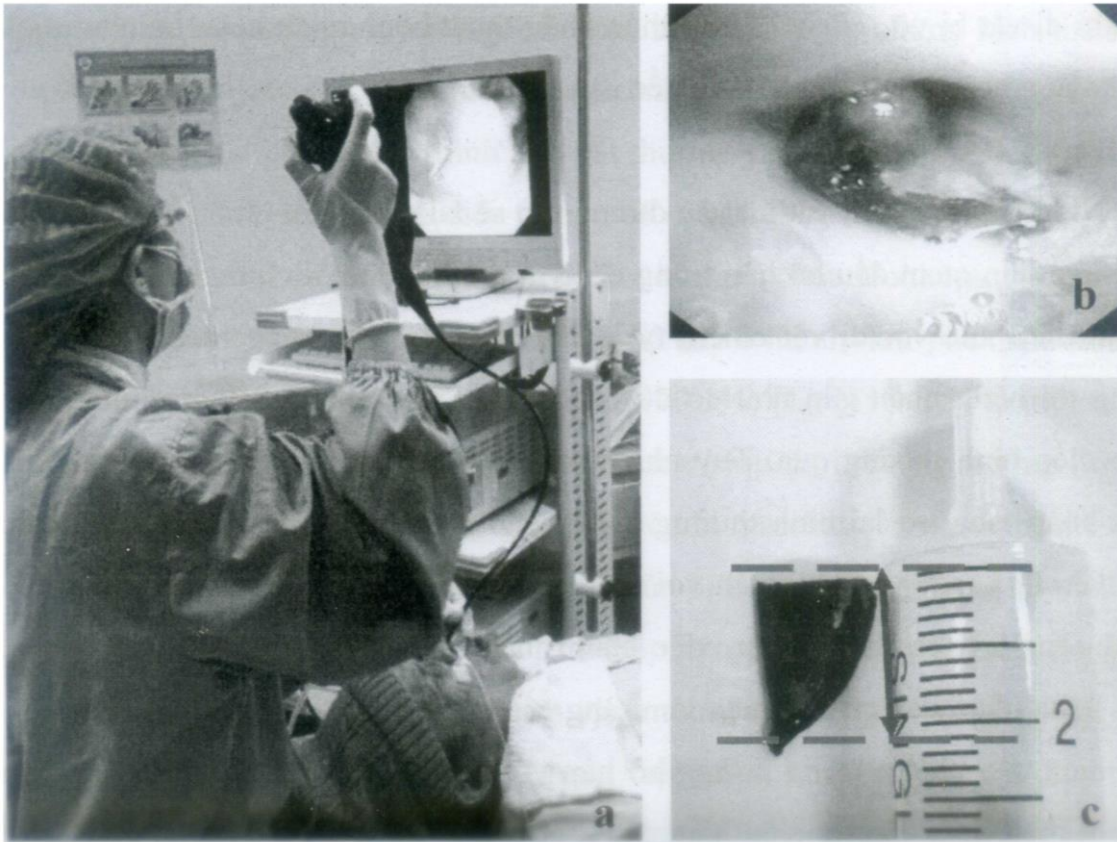
+ Các bước tiến hành phẫu thuật:

a. Quá trình phẫu thuật nội soi phế quản ống cứng lấy dị vật ở phế quản gốc bên Trái (Hình 5): lấy được hơn 2/3 mẫu dị vật

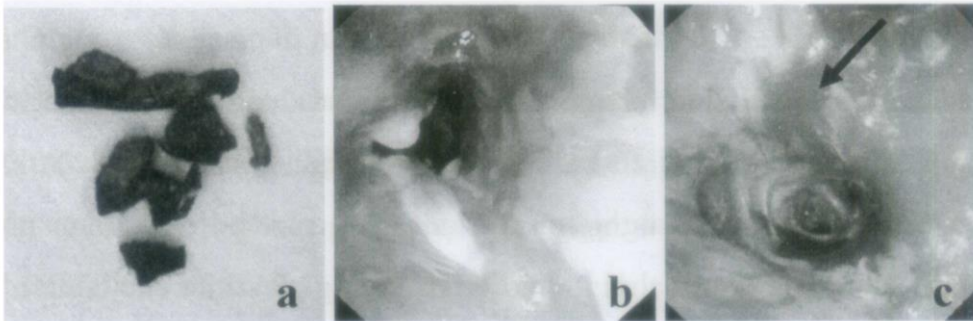


Hình 5: Nội soi phế quản ống cứng:
a) Đặt nội soi phế quản ống cứng thành quản;
b,c) dị vật được lấy qua màn hình nội soi và dụng cụ gắn nội soi (mũi tên).

b. Quá trình phẫu thuật nội soi phế quản ống mềm lấy dị vật ở phế quản thùy phổi bên Trái (Hình 6): lấy được thêm khoảng 1/3 mẫu dị vật.



Hình 6: 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, ứ đọng dịch mũ đục phủ niêm mạc bao quanh, c) Kích thước mảnh vỡ cuối cùng của dị vật (hình tam giác cân, kích thước # 2x2cm).



Hình 7: 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.

Các mảnh vỡ của dị vật phần lớn được gắp ra bởi phương pháp nội soi phế quản ống cứng. Do tình trạng viêm nhiễm biến chứng chảy máu, 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 7). Kết thúc phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn ổn định và không có các biến chứng đáng tiếc nào xảy ra.

3. BÀN LUẬN

Nhìn chung khi dị vật lọt vào đường thở sẽ xuất hiện rất nhiều các dấu hiệu lâm sàng liên quan đến hô hấp trong đó tỷ lệ xuất hiện hội chứng xâm nhập và tiền sử tiếp xúc với dị vật chiếm tỷ lệ rất cao [1], [6]. Trong trường hợp của chúng tôi bệnh nhân gần như có đủ các biểu hiện rõ của một hội chứng xâm nhập điển hình thoáng qua. Tuy nhiên thường sau hội chứng xâm nhập/ bệnh nhân hoàn toàn trở lại bình thường do dị vật đi nhanh và sâu xuống dưới, các dấu hiệu tạm thời yên lặng nên với tâm lý suy nghĩ lối cũ là coi như không có bất thường xảy ra đã dẫn đến việc bệnh nhân trì hoãn việc khám chữa bệnh. Trên bệnh nhân này có dấu hiệu lâm sàng cần đáng quan tâm là thỉnh thoảng có biểu hiện của nhiễm trùng đường hô hấp với ho khan, thỉnh thoảng khạc đàm nhầy ít máu,... là những biểu hiện của một nhiễm khuẩn thứ phát tái diễn. Các triệu chứng lâm sàng này cũng phù hợp với báo cáo trường hợp lâm sàng dị vật đường thở bỏ quên trên bệnh nhân 62 tuổi của Ashesh Dhungana [4], [7]. Mặc dù bệnh nhân đã được chụp X quang phổi thẳng tuy nhiên không thấy hình ảnh cản quang kết hợp với vị trí bất thường của dị vật (tỷ lệ dị vật nằm ở phế quản gốc bên Phải nhiều hơn so với bên Trái) nên dễ dẫn đến sai sót trong chẩn đoán bệnh ban đầu

[3], [5]. Điều này cho thấy việc chẩn đoán dị vật đường thở trên lâm sàng đòi hỏi bác sĩ phải có kinh nghiệm và phải là bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp để tránh nhầm lẫn trong chẩn đoán gây kéo dài thời gian điều trị không cần thiết cho bệnh nhân.

Trong báo cáo mới nhất 2021 của tác giả Zephania và cộng sự ghi nhận một trường hợp dị vật nội 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 thuốc giãn phế quản khoảng 20 năm [3]. Trên bệnh nhân của chúng tôi mặc dù cũng thường xuyên đến khám ở các cơ sở y tế tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ bỏ sót theo y văn do chẩn đoán nhầm là bị hen phế quản mạn tính. Qua đây cũng cho thấy rằng những trường hợp ho kéo dài, chụp X phổi thẳng, nghiêng bình thường kết hợp điều trị nội khoa tích cực nhưng trên lâm sàng các triệu chứng kích thích vẫn hay tái diễn thì các bác sĩ lâm sàng nên cảnh giác và có chỉ định chụp CT scan phổi để khảo sát chi tiết các hình ảnh bất thường cấu trúc đường thở, loại trừ dị vật và góp phần lập kế hoạch điều trị nếu có dị vật.

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 (70,1%) [1], [11]. Đây là một tai nạn chết người nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Trong trường hợp của chúng tôi bệnh nhân do sơ ý trong lúc ăn nên bị mắc hạt của trái Sápôchê rất rõ vì bản thân bệnh nhân cũng nhận thức rõ lúc bị hóc dị vật. Trên bệnh nhân này dị vật có bản chất vô cơ, nằm ở vị trí thấp bên phế quản gốc Trái, tác nhân không hoàn toàn nên tình trạng viêm nhiễm xảy ra nhẹ hơn với từng đợt viêm phế quản

tái diễn dẫn đến chủ quan trong việc xử trí khi bị hóc dị vật. Tuy nhiên trên thực tế với kích thước thông thường của hạt Sapôchê nếu mắc ở vị trí thanh quản (đặc biệt vị trí buồng thanh thất Morgani) theo ghi nhận trên y văn thì bệnh nhân đã tử vong trước khi đến bệnh viện để xử lý cấp cứu [2]. Đây cũng là điều may mắn gặp trên bệnh nhân này và cũng là yếu tố làm cho bệnh nhân chủ quan nhập viện để phẫu thuật muộn. Cho nên việc xử trí cấp cứu tối khẩn trong trường hợp tắc nghẽn hoàn toàn ở vị trí buồng thanh thất đòi hỏi mọi người dân phải biết cách làm nghiệm pháp Heimlich để tránh hậu quả đáng tiếc xảy ra.

Về mặt điều trị thì dị vật mắc lại ở đâu cũng phải nội soi thanh-khí-phế quản gáp dị vật đây là phương pháp quan trọng nhất để chẩn đoán cũng như điều trị triệt để bệnh lý này. Nhận định đây là một cấp cứu trì hoãn do thời gian mắc dị vật đã lâu > 15 năm bệnh nhân đã được chuẩn bị kỹ về phương diện gây mê, hồi sức và đòi hỏi phẫu thuật viên có hiểu biết, trình độ chuyên sâu chuyên ngành. Nghiên cứu của Weijun Ma và cộng sự cho thấy trong tổng số 57 bệnh nhân bị mắc dị vật đường thở ở người lớn thì chỉ 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 [7]. Với kinh nghiệm thực tế lâm sàng cho thấy trong những trường hợp khó thì bệnh nhân được xử trí lấy dị vật phối hợp bằng cả hai phương pháp nội soi hiện đại để đảm bảo lấy hết toàn bộ dị vật và đây là điều mà không phải tuyến y tế nào cũng thực hiện được [9].

Theo nghiên cứu Tariq và cộng sự cho

thấy biến chứng của dị vật đường thở trước khi nội soi phế quản hay gặp nhất là tình trạng viêm phổi, đặc biệt là các bệnh nhân lớn tuổi [1], [10]. Trên bệnh nhân này cũng vậy qua khai thác tiền sử bệnh nhân có các biểu hiện của phế quản phế viêm mạn tính tái diễn tuy nhiên do dị vật có bản chất vô cơ, cố định ở một bên thùy của phổi đã lâu và tắc nghẽn không hoàn toàn nên bệnh nhân không có biểu hiện của khó thở, suy hô hấp hay giảm thông khí. Khảo sát trên chụp X quang phổi thẳng và CT scan phổi không thấy có các biểu hiện của các biến chứng của dị vật đường thở bỏ quên như viêm màng phổi mủ, ú khí, áp xe phổi, giãn phế quản, ho ra máu, xẹp phổi... đây là một điểm thuận lợi trước khi tiến hành phẫu thuật nội soi. Trong quá trình phẫu thuật nội soi mặc dù gặp nhiều khó khăn như dị vật phát hiện muộn, kích thước lớn, dễ vỡ nhiều mảnh, nằm vị trí giải phẫu khó sau vỡ, chảy máu do viêm nhiễm niêm mạc lòng phế quản thùy, bệnh nhân kích thích, phẫu trường hẹp do phù nề tuy nhiên với kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị hiện đại, phối hợp với đội ngũ gây mê chuyên nghiệp nên đã hạn chế tối đa các tai biến đáng tiếc như vỡ phế nang, tràn khí phổi - trung thất, hôn mê và thậm chí có thể tử vong [10]. Điều này cho thấy rằng việc tiên lượng các biến chứng có thể xảy ra trước, trong và sau phẫu thuật là điều rất quan trọng trong việc tư vấn và điều trị cho bệnh nhân một cách trọn vẹn.

4. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

4.1. Tiên lượng

- Tiên lượng gần: bệnh nhân không có tiền sử bệnh nền, sau phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, huyết động ổn, không khó thở, SpO₂ # 97%, ho ít, không xuất huyết, tình trạng phù nề lòng niêm mạc lòng phế quản mức nhẹ sau can thiệp nên

bệnh nhân có thể kiểm soát được bằng việc phối hợp điều trị nội khoa (kháng sinh, giảm viêm, chống xuất tiết, nâng cao thể trạng, chống trụy tim mạch).

- Tiên lượng xa: bệnh nhân đến khám muộn, tuổi lớn, tình trạng có các đợt viêm nhiễm nên khả năng có thể xuất hiện sẹo xơ, hẹp ở vùng phế quản thùy là điều có thể gặp phải sau lấy dị vật

4.2. Dự phòng

Tuyên truyền tính chất nguy hiểm của dị vật đường thở, giáo dục không cho trẻ em ngậm đồ chơi, không cho ăn những thức ăn dễ hóc, không cho uống thuốc cả viên. Người lớn bỏ thói quen ngậm dụng cụ khi làm việc. Nếu bị hóc hoặc nghi ngờ hóc đường thở cần đi bệnh viện khám ngay. Trong những trường hợp ho, khó thở kéo dài không rõ nguyên nhân cần nghĩ tới dị vật đường thở bị bỏ quên trước khi tìm các nguyên nhân khác.

5. KẾT LUẬN

Dị vật đường thở là một bệnh lý cấp tính gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Để chẩn đoán dị vật đường thở việc khai thác được tiền sử tiếp xúc dị vật và hội chứng xâm nhập là điều hết sức quan trọng tránh được các trường hợp dị vật đường thở bỏ quên quá lâu có thể gây ra các biến chứng mạn tính làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Việc phối hợp giữa hai phương pháp nội soi phế quản ống cứng và ống mềm đem lại hiệu quả tối ưu trong lấy dị vật đường thở, đảm bảo lấy được toàn bộ dị vật, kiểm soát được toàn bộ phẫu trường tăng tỷ lệ thành công lên mức cao nhất.

Ngay cả khi bệnh nhân được đưa đến cơ sở y tế sớm thì vẫn có tỷ lệ nhất định không được chẩn đoán và điều trị đúng, cho

nên việc khám đúng chuyên khoa và xử trí sớm là điều rất cần thiết khi rơi vào trường hợp này. Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế của chúng tôi là một địa điểm đáng tin cậy trong việc điều trị bệnh lý Tai Mũi Họng nói chung và các bệnh lý cấp cứu đặc thù chuyên khoa nói riêng. Với đội ngũ các bác sĩ có nhiều kinh nghiệm trong việc chẩn đoán và điều trị chúng tôi khuyến khích bệnh nhân hãy nhanh chóng liên hệ khi bị bất kỳ các bệnh lý liên quan đến chuyên khoa Tai Mũi Họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Chương (2021), "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*, 5(3), tr. 25-31.
2. Nguyễn Tư Thế (2006), "Dị vật đường thở", *Giáo trình Tai Mũi Họng*, tr. 19-24.
3. Abraham z. s., Bukanu, F., Kimario, o. M., & Kahinga, A. A. (2021), "Unusual longstanding intrabronchial foreign body masquerading as intractable bronchial asthma in an adult: Case report and literature review", *International journal of surgery case reports*, 86, pp. 106340.
4. Dhungana A., & Thapa, A. (2019), "Flexible Bronchoscopic Removal of a Forgotten Intrabronchial Foreign Body", *Journal of Nepal Health Research Council*, 16(41), pp. 470-472.
5. Falase B., Sanusi, M., Majekodunmi, A., Ajose, I., & Oke, D. (2013), "Preliminary experience in the management of tracheobronchial foreign bodies in Lagos, Nigeria", *The*

- Pan African medical journal*, 15, pp. 31.
6. Leyla Hasdiraz, Fahri Oguzkaya, Mehmet Bilgin et al. (2006), "Complications of bronchoscopy for foreign body removal: experience in 1,035 cases", *Ann Saudi Med.*, 26(4), pp. 283-7.
 7. Ma w., Hu, J., Yang, M., Yang; Y., & Xu, M. (2020), "Application of flexible fiberoptic bronchoscopy in the removal of adult airway foreign bodies", *BMC surgery*, 20(1), pp. 165.
 8. Paul Flint Bruce Haughey, Valerie Lund, K. Robbins, J. Regan Thomas, Marci Lesperance, Howard w. Francis (2020), "Cummins Otolaryngology Head and Neck Surgery", *Tracheobronchial Endoscopy*, pp. 1035-1037.
 9. Sehgal I. s., Dhooria, s., Ram, B., Singh, N., Aggarwal, A. N., Gupta, D., Behera, D., & Agarwal, R. (). F. (2015), "Foreign Body Inhalation in the Adult Population: Experience of 25,998 Bronchoscopies and Systematic Review of the Literature", *Respiratory care*, 60(10), pp. 1438-1448.
 10. Tariq S. M., George, J., & Srinivasan, s. (2005), "Inhaled foreign bodies in adolescents and adults", *Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del tor ace*, 63(4), pp. 193-198.
 11. Yetim (2012), "Foreign Body Aspiration in Children; Analysis of 42 Cases ", *Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine*, 2(3).