

CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN TRÊN NGƯỜI BỆNH HẸP KHÍ QUẢN BẨM SINH: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lý Xuân Quang*, Trần Thanh Tài*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tai giữa ứ dịch là một bệnh lý thường gặp của tai giữa, diễn tiến mạn tính không hồi phục nếu tắc nghẽn đường hô hấp trên là một đặc điểm phổ biến ở người bệnh mắc hội chứng (HC) Down. Tuy nhiên, những người bệnh này có thể hoàn toàn không có triệu chứng trong những tháng đầu sau sinh. Phát hiện ra vấn đề đường thở thường xảy ra ở những trẻ khi được phẫu thuật tim, chụp cắt lớp vi tính dưới gây mê và nội soi khí quản. Hẹp khí quản bẩm sinh ít gặp trong dân số chung nhưng thường gặp hơn ở người mắc HC Down. Tỷ lệ hẹp khí quản ở trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh (gặp ở 40% ở HC Down) đã được báo cáo khoảng 1,2%. Người mắc HC Down cũng có xu hướng mắc bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp trên khác như tổn thương vùng mũi họng, hầu họng và thanh môn hoặc hạ thanh môn. Những dạng lâm sàng này thường kết hợp với tỉ lệ bệnh tim bẩm sinh cao, gây nguy cơ tổn thương tim phổi cấp tính và mạn tính. Chúng tôi báo cáo một trường hợp phẫu thuật chỉnh hình khí quản kiểu sliding để mở rộng đoạn hẹp khí quản dài do hẹp khí quản bẩm sinh ở bé gái mắc HC Down.

Từ khóa: Hẹp khí quản bẩm sinh, chỉnh hình khí quản kiểu sliding

SLIDE TRACHEOPLASTY FOR CONGENITAL TRACHEAL STENOSIS: A CASE REPORT

SUMMARY

Upper airway obstruction is a prevalent feature in patients with Down syndrome. However, these patients may be completely asymptomatic in the early months of life. The recognition of a problem within the airway quite often occurs when these children present for cardiac surgery, diagnostic CT scan with sedation and tracheobronchoscopic. Congenital tracheal stenosis is rare in the general population, but seen somewhat more frequently in patients with Down syndrome. The incidence of tracheal stenosis in children with congenital heart disease, which is seen in 40% of patients with Down syndrome, has been reported to be 1,2%. Patients with Down syndrome also tend to have other upper airway obstructive pathology such as nasopharyngeal, oropharyngeal, and subglottic

* Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang; ĐT: 0908084001; Email: quang.lx@umc.edu.vn

Nhận bài: 10/9/2023

Ngày nhận phản biện: 15/9/2023

Ngày nhận phản hồi: 25/9/2023

Ngày duyệt đăng: 5/10/2023

compromise. These entities, combined with the high incidence of cardiac disease, put these children at risk for acute and chronic cardiopulmonary compromise. We present a case in which slide tracheoplasty was utilized for expansion of long segment tracheal stenosis due to Congenital tracheal stenosis in a female with Down syndrome.

Keywords: Congenital tracheal stenosis, slide tracheoplasty.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn đường hô hấp trên là đặc điểm lâm sàng thường gặp ở những người bệnh mắc HC Down, và có nhiều nguyên nhân: giảm trương lực cơ vùng hầu họng, amidan quá phát, lưỡi to, hàm nhỏ, giảm thông khí ở mũi, cổ rộng ngắn, hẹp hạ thanh môn hoặc hẹp khí quản. Bệnh lý tim phổi ở những trẻ này có thể kết hợp ảnh hưởng của bệnh lý hô hấp trên. Thông thường, những người bệnh này có thể có các tổn thương đường thở không được phát hiện khi khám và điều trị bệnh lý tim mạch[1].

Hội chứng Down tỉ lệ mắc khoảng 1/1000 - 1/700 trẻ, với tỉ lệ mắc bệnh ngày càng tăng liên quan đến tuổi mẹ cao. Các đặc điểm thường gặp ở người bệnh mắc hội chứng Down bao gồm bất thường sọ mặt gây tắc nghẽn hô hấp trên, cũng có thể bất thường đồng thời khí quản và tim. Tỉ lệ hẹp khí quản ở trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh đã được báo cáo khoảng 1,2%^[2]. Trong một nghiên cứu hồi cứu ở trẻ có HC Down có triệu chứng đường hô hấp cần nội soi thanh quản chẩn đoán, hẹp khí quản bẩm sinh chiếm 5%^[1].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng mắc HC Down và bệnh tim bẩm sinh, lần đầu tiên biểu hiện triệu chứng đường hô

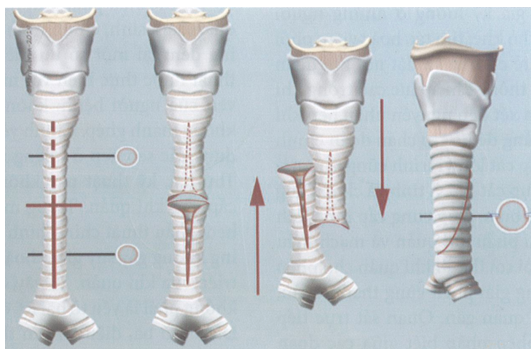
hấp tại thời điểm chuẩn bị phẫu thuật tim. Soi thanh khí quản và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực là một phần không thể thiếu để chẩn đoán. Chúng tôi tái tạo đường thở bằng phẫu thuật chỉnh hình khí quản kiểu slide (Hình 1).

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

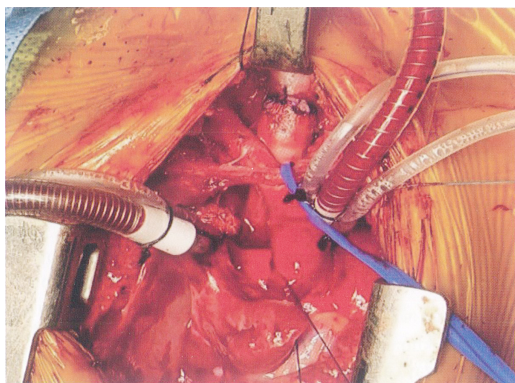
Một bệnh nhi nữ 12 tháng tuổi mắc HC Down và không có triệu chứng đường thở trước đó, bé phát hiện bệnh tim bẩm sinh: Kênh nhĩ thất bán phần - Tăng áp động mạch phổi thứ phát và có chỉ định phẫu thuật sửa chữa triệt để kênh nhĩ thất bán phần trung gian. Trong quá trình gây mê ghi nhận đặt nội khí quản khó khăn từ ống 4.5 → 4.0 → 3.5 → 3.0 và không thể đẩy ống đến chiều dài thích hợp để thông khí tốt. Sau đó, bệnh nhi được chụp CT scan lồng ngực ghi nhận hẹp khí quản đoạn C7 - T1 (chỗ hẹp nhất khoảng 3mm, chiều dài đoạn hẹp 10mm). Bệnh nhi được hội chẩn phẫu thuật quyết định phẫu thuật phối hợp chuyên khoa Tai Mũi Họng (chỉnh hình khí quản kiểu sliding) và Ngoại Tim Mạch (sửa chữa triệt để kênh nhĩ thất bán phần trung gian).

Dùng nội soi phế quản ống cứng đặt nội khí quản số 4.0 thành công. Sau đặt nội khí quản, khí quản đoạn C7 - T1 được bóc lộ thông qua đường mở ngực của phẫu

thuật viên Ngoại Tim Mạch. Khí quản đoạn hẹp được di động khỏi thực quản và cắt đôi giữa đoạn hẹp hình thành đoạn khí quản trên và dưới. Phần khí quản trên được xẻ dọc mặt trước qua đoạn hẹp trên và phần khí quản dưới được xẻ dọc mặt sau dọc đoạn hẹp dưới. Sau đó 2 đoạn khí quản sẽ được di động kiểu trượt lên nhau, khâu nối 2 cổ định 2 đoạn khí quản bằng chỉ PDS 4.0 (Hình 2). Nội soi ống cứng kiểm tra lại qua ống nội khí, đoạn khí quản khâu nối kín. Sau phẫu thuật, bé được điều trị và theo dõi tại hồi sức phẫu thuật tim. 2 ngày sau phẫu thuật rút ống nội khí quản và xuất viện sau phẫu thuật 7 ngày.



Hình 1. Tổng quan kỹ thuật chỉnh hình khí quản kiểu sliding [3]



Hình 2: Hình ảnh khí quản của người bệnh sau chỉnh hình khí quản kiểu sliding

3. BÀN LUẬN

Hẹp khí quản ở người bệnh HC Down thông thường do bẩm sinh. Có 3 loại hẹp khí quản được mô tả bởi Cantrell và Guild vào năm 1964 bao gồm: thiếu sản khí quản là dạng nặng nhất và có tỉ lệ tử vong cao nhất, hẹp hình phễu và hẹp kiểu đồng hồ cát là dạng phổ biến nhất trong ba dạng hẹp khí quản liên quan đến HC Down^[4].

Chẩn đoán bệnh lý khí quản ở trẻ có HC Down nên được đánh giá kỹ lưỡng ở những người bệnh có tiền sử khó khê, tím tái, hoặc viêm phổi tái đi tái lại. Ở trẻ có tiền sử đặt nội khí quản khó hoặc hỗ trợ thông khí áp lực cao trong khi thở máy nên xem xét đến nguyên nhân hẹp khí quản. Cận lâm sàng để hỗ trợ chẩn đoán chính xác bao gồm chụp cắt lớp vi tính cũng như nội soi. Ngày nay, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ rất phổ biến, giúp cung cấp hình ảnh rõ ràng về cả giải phẫu khí quản và mạch máu vùng cổ ngực. Nội soi thanh khí quản cho phép đánh giá kỹ lưỡng giải phẫu vùng thanh quản, khí quản và phế quản gần. Quan sát trực tiếp niêm mạc cho phép phân biệt giữa các đoạn hẹp và các đoạn của các vòng khí quản hoàn chỉnh hoặc đánh giá sự chèn ép trong hoặc ngoài khí quản^[5].

Điều trị hẹp khí quản bẩm sinh, đặc biệt ở trẻ HC Down được chỉ định khi có nhiều đợt nhập viện, tắc nghẽn nặng hoặc các triệu chứng gợi ý tắc nghẽn đường dẫn khí nhỏ. Các phương pháp điều trị bao gồm: nội soi khí quản (nong, đặt stent hoặc tiêm corticoid), cắt khí quản hoặc ghép khí

quản. Phương pháp nội soi can thiệp cho các trường hợp hẹp thanh quản ở các mức độ nhưng kém hiệu quả trong điều trị hẹp khí quản.

Chỉnh hình khí quản kiểu sliding lần đầu tiên được mô tả bởi Tsang và cộng sự năm 1989^[6]. So với các biện pháp can thiệp điều trị hẹp khí quản bẩm sinh, chỉnh hình khí quản kiểu sliding đem lại một số ưu điểm. Thứ nhất, phẫu thuật được thực hiện với mô khí quản nguyên vẹn của người bệnh; không cắt bỏ cũng như không mảnh ghép. Chính yếu tố này giúp tránh được các sẹo hẹp ở miệng nối sau phẫu thuật. Thứ hai, kỹ thuật này không thiếu máu cung cấp cho khí quản. Trong một nghiên cứu trên heo, phẫu thuật chỉnh hình khí quản kiểu sliding không gây suy giảm hoặc biến dạng sự phát triển của khí quản. Vì vậy, chiều dài đoạn hẹp không phải là yếu tố bất lợi đối với kỹ thuật này. Điều thứ ba, điều trị can thiệp chỉnh sửa chỗ hẹp chỉ cần rút ngắn một nửa chiều dài của chỗ hẹp ban đầu, điều này làm giảm sức căng trên miệng nối. Cuối cùng, không cần duy trì ống nội khí quản cũng như hỗ trợ thở máy kéo dài sau phẫu thuật^[7].

KẾT LUẬN

Kỹ thuật chỉnh hình khí quản kiểu sliding là một lựa chọn mang lại nhiều lợi ích trong điều trị hẹp khí quản bẩm sinh vì việc sửa chữa các đoạn hẹp dài có thể được xử lý triệt để nhưng không gây rút ngắn chiều dài khí quản đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jacobs, I.N., R.E Gray, and N.W. Todd, upper airway obstruction in children with Down syndrome. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 1996. 122(9): p. 945-950.
2. Miller, R., et al., Subglottic stenosis and Down syndrome. *American journal of otolaryngology*, 1990.11(4): p. 274-277.
3. Bradley, P.J., *Textbook of Surgery of Larynx and Trachea*, Marc Remade and Hans Edmund Eckel (Eds), Springer 2022, eBook GBP£ 111.50, Hardcover Book GBP£ 139.99, ISBN 978-3-031-09620-4 (Book), ISBN 978-3-031-09621-1 (eBook). *The Journal of Laryngology & Otology*: p. 1-3.
4. Mambrino, L.J., M.A. Kenna, and J. Seashore, Surgical management of tracheal stenosis in an infant with multiple congenital anomalies: when is baby inoperable? *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 1991.100(3): p. 198-200.
5. Rimell, F.L. and S.E. Stool, Diagnosis and management of pediatric tracheal stenosis. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 1995. 28(4): p. 809-827.
6. Tsang, V., et al., Slide tracheoplasty for congenital funnel-shaped tracheal stenosis. *The Annals of thoracic surgery*, 1989. 48(5): p. 632-635.
7. Grillo, H.C., Slide tracheoplasty for long-segment congenital tracheal stenosis. *The Annals of thoracic surgery*, 1994. 58(3): p. 613-620.