

DOI: 10.59715/pntjimp.2.2.25

Nhân một trường hợp lâm sàng hiếm gặp: tràn dịch màng phổi do dị vật đường thở

Võ Thị Tố Uyên¹, Trần Minh Vương², Ngô Thế Hoàng³

¹Bộ môn Nội - khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 1

³Khoa Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng hiếm gặp: bệnh nhân tràn dịch màng phổi do dị vật phế quản. Thông qua việc từng bước loại trừ các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết thường gặp, dựa trên phương tiện sẵn có tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi muốn nhấn mạnh vai trò của nội soi phế quản ống mềm trong phát hiện và xử trí sớm các trường hợp dị vật phế quản không điển hình ở người lớn tuổi.

Báo cáo trường hợp: Bệnh nhân nam 80 tuổi, tình cờ phát hiện tràn dịch màng phổi phải trên phim Xquang ngực thẳng khi khám xuất cảnh. Quá trình hồi bệnh sử, thăm khám, xét nghiệm dịch màng phổi, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và sinh thiết màng phổi mù không chỉ ra được nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi. Kết quả xét nghiệm giúp loại trừ tràn dịch màng phổi do lao và chưa có bằng chứng của tràn dịch màng phổi ác tính. Nội soi phế quản ống mềm được chỉ định, ghi nhận có dị vật hình hạt đậu gây bít lòng phế quản phân thùy B9, viêm phù nề niêm mạc phế quản. Sau khi gắp bỏ dị vật, lâm sàng bệnh nhân tiến triển tốt, các chỉ dấu viêm trở về bình thường. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn còn tình trạng tràn dịch màng phổi lượng ít nghi do “trapped lung”, hậu quả của chẩn đoán và xử trí muộn.

Kết luận: Dị vật đường thở có thể gặp ở người lớn tuổi với biểu hiện không điển hình và bệnh sử thường bị bỏ sót. Ngay cả khi chụp cắt lớp vi tính lồng ngực không chẩn đoán được dị vật đường thở, bác sĩ lâm sàng nên nghi ngờ nếu bệnh nhân có các triệu chứng hô hấp bao gồm: ho, khạc đàm, ho ra máu, khó thở, đau ngực hoặc tràn dịch, tràn khí màng phổi không giải thích được nguyên nhân hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu. Nội soi phế quản ống mềm là phương pháp đơn giản, an toàn và hữu ích trong chẩn đoán và xử trí dị vật đường thở.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi, dị vật đường thở, nội soi phế quản ống mềm.

Abstract

A case report of a rare presentation: pleural effusion caused by foreign body aspiration

Background: We report a rare clinical case: a patient with pleural effusion due to a bronchial foreign body. Step by step, we excluded the common causes of exudative pleural effusion, based on available condition at Thong Nhat Hospital. By that, we emphasize the role of flexible bronchoscopy in early detection and treatment of atypical bronchial foreign bodies in the elderly.

Case presentation: An 80 - year - old male patient was incidentally discovered a right pleural effusion on a straight chest x-ray on export health check. The information from history, physical examination, pleural fluid testing, chest computed

Ngày nhận bài:

20/02/2023

Ngày phân biện:

06/3/2023

Ngày đăng bài:

20/4/2023

Tác giả liên hệ:

Võ Thị Tố Uyên

Email: uyenvtt@pnt.edu.vn

ĐT: 0909379943

tomography, and blind pleural biopsy failed to reveal the cause of the pleural effusion. Tuberculous pleural effusion was excluded and there was no evidence of malignant pleural effusion. Flexible bronchoscopy is indicated, there is a bean - shaped foreign body causing bronchial obstruction in segment B9, inflammation and edema of the bronchial mucosa. After removing the foreign body, the patient's clinical status resolved, the inflammatory markers returned to normal. However, the patient still has a small amount of pleural effusion, suspected of being "trapped lung", a consequence of late diagnosis and management.

Conclusion: Aspiration of a foreign body may occur in the elderly with an atypical presentation and lack of history information. This condition should be suspected if the patient has unexplained respiratory symptoms or is not responding to initial treatment, including cough, sputum production, hemoptysis, dyspnea, chest pain, or pleural effusion. Flexible bronchoscopy is a simple, safe and effective method in the diagnosis and management of foreign body aspiration.

Keywords: Pleural effusion, airway foreign body, flexible bronchoscopy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoang màng phổi được bao quanh bởi màng phổi thành và màng phổi tạng, màng phổi tạng bao lấy phổi còn màng phổi thành lót bên trong thành ngực, cơ hoành và trung thất. Lượng dịch bình thường ở khoang màng phổi rất ít, khoảng 10 - 15ml. Dịch lưu thông từ màng phổi thành tới màng phổi tạng theo định luật Starling, là kết quả của sự cân bằng của áp lực keo, áp lực thủy tĩnh, các mao mạch phế quản và màng phổi. Bình thường 80% dịch được tái hấp thu bởi màng phổi tạng. Tràn dịch màng phổi được định nghĩa là sự tích tụ dịch quá mức trong khoang màng phổi. Ước tính có khoảng 1,5 triệu bệnh nhân nhập viện vì tràn dịch màng phổi mỗi năm tại Mỹ, với các nguyên nhân thường gặp nhất là do suy tim, viêm phổi và ung thư. Tràn dịch màng phổi được phân thành hai nhóm, tràn dịch màng phổi dịch thấm, được cho là do ảnh hưởng của bệnh hệ thống lên sự hình thành dịch màng phổi và tràn dịch màng phổi dịch tiết, do nguyên nhân tại chỗ gây ra dịch màng phổi. Theo thống kê tại Hoa Kỳ, các nguyên nhân thường gặp gây tràn dịch màng phổi dịch thấm là suy tim trái, xơ gan, hội chứng thận hư. Các nguyên nhân thường gặp gây tràn dịch màng phổi dịch tiết là viêm phổi do vi khuẩn, bệnh lý ác tính, nhiễm siêu vi và thuyên tắc phổi [1]. Tại Việt Nam, bệnh lao và ung thư là hai nguyên nhân thường gặp nhất gây tràn dịch màng phổi dịch tiết [2]. Mặc dù ngày càng có

nhiều phương tiện để chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết, tuy nhiên, vẫn còn 20 - 30% trường hợp tràn dịch màng phổi dịch tiết không rõ nguyên nhân tại những quốc gia phát triển [3]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng hiếm gặp: bệnh nhân tràn dịch màng phổi do dị vật phế quản. Thông qua việc từng bước loại trừ các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết thường gặp, dựa trên phương tiện sẵn có tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi muốn nhấn mạnh vai trò của nội soi phế quản ống mềm trong phát hiện và xử trí sớm các trường hợp dị vật phế quản không điển hình ở người lớn tuổi.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nam 80 tuổi, nghề nghiệp là giáo viên tiếng Anh đã về hưu, đến khám tại phòng khám Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất vì tình cờ phát hiện tràn dịch màng phổi phải trên phim Xquang ngực thẳng, trong lúc khám xuất cảnh. Bệnh sử ghi nhận có ho nhẹ và nặng ngực rất ít, xuất hiện khoảng 2 tuần trước, mà bệnh nhân cho rằng nguyên nhân do cảm thường nên không đi khám. Trong quá trình đó không ghi nhận sốt, chán ăn, sụt cân, khó thở và tình trạng tiểu tiện bình thường.

Về tiền căn, bệnh nhân từng có một đợt điều trị bệnh phổi 3 tháng vào năm 1976, không rõ chẩn đoán; những lần chụp Xquang sau đó luôn ghi nhận có xơ sẹo ở vùng đỉnh phổi hai bên, không ghi nhận có bất thường

nào ở màng phổi. Bệnh nhân từng nhiều lần khám xuất cảnh và xét nghiệm AFB đàm âm tính, trong đó ghi nhận có hai kết quả cấy đàm MGIT âm tính. Bệnh tăng huyết áp được chẩn đoán khoảng 10 năm, có dùng thuốc ức chế thụ thể angiotensin II đều đặn, huyết áp kiểm soát ổn định, chưa có biến chứng tim, thận, mạch máu do tăng huyết áp. Ngoài ra, không ghi nhận tiền căn đái tháo đường, hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bệnh nhân chưa từng hút thuốc lá.

Khám lâm sàng lồng ngực có hội chứng ba giảm ở 1/3 dưới phổi phải, ngoài ra các vùng phổi khác có âm phế bào bình thường, bệnh nhân thờ ơ, không co kéo cơ hô hấp phụ, SpO2 97% (thở khí trời). Khám tim đều, không có âm thổi bất thường, không phù, tĩnh mạch cổ không nổi ở 45 độ, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Công thức máu ghi nhận có thiếu máu nhẹ (Hgb 9,8 g/dl, MCV 91 fL, MCH 31,1, hồng cầu lưới: 1,64%, không có tế bào bất thường trên phết máu ngoại biên, Sắt 11,3; Ferritine 621 ng/mL). Số lượng bạch cầu và tỷ lệ các loại bạch cầu trong máu bình thường (Total WBC: $4,3 \times 10^9/L$; 68% neutrophils; 22% lymphocytes). Các chỉ dấu viêm tăng (CRP 51,5 mg/L, tốc độ lắng máu 1 giờ là 30 mm/giờ; 2 giờ là 57mm/giờ), LDH máu bình thường.

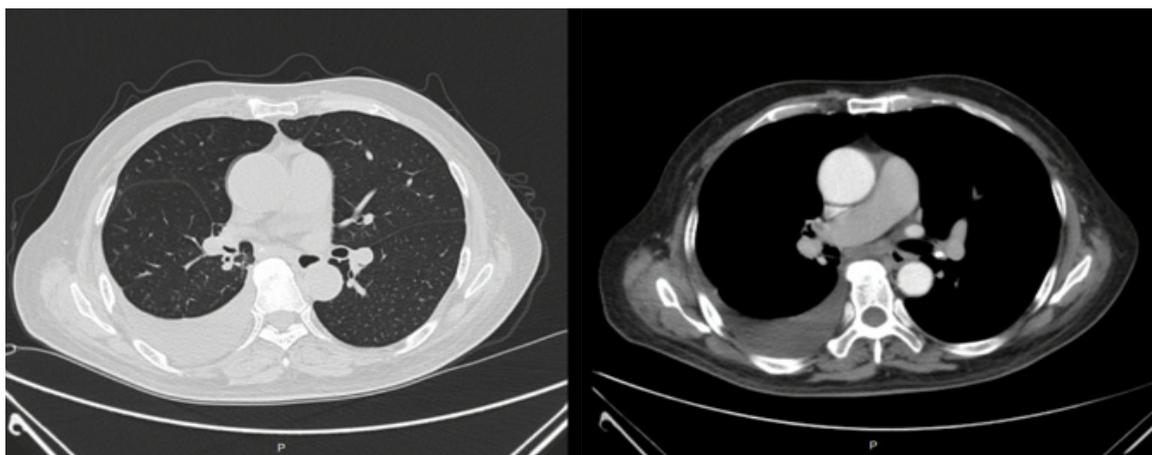
Xquang ngực thẳng ghi nhận có tràn dịch màng phổi dưới phổi phải (subpulmonic effusion) (Hình 1), siêu âm bụng phát hiện được dịch màng phổi phải lượng trung bình, các cơ quan khác trong ổ bụng chưa ghi nhận bất thường. Siêu âm tim trong giới hạn bình thường.

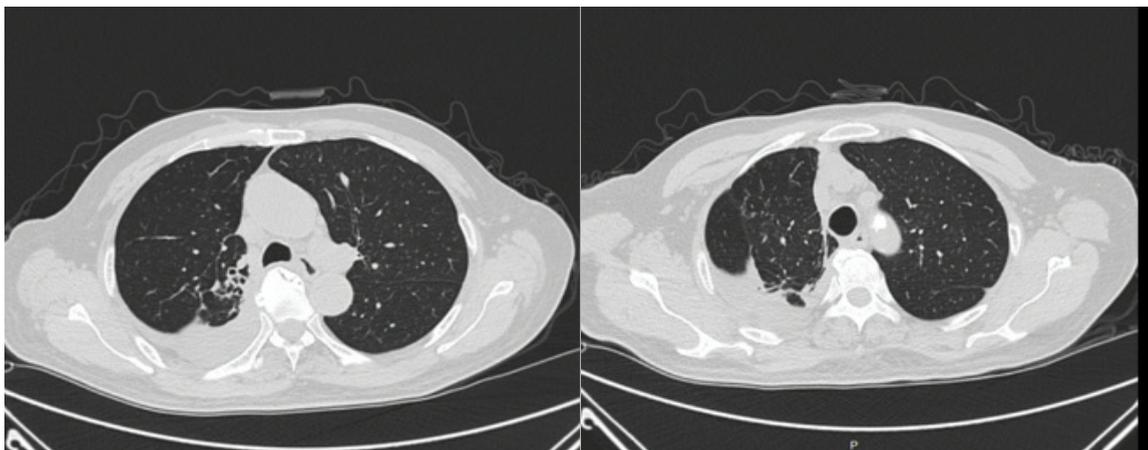


Hình 1: Xquang ngực thẳng lúc nhập viện

Dịch màng phổi màu vàng trong, thỏa tiêu chuẩn dịch tiết theo tiêu chuẩn Light, lymphocytes ưu thế (89%), Adenosine Deaminase (ADA) 15. Xét nghiệm AFP, cấy dịch màng phổi và PCR lao âm tính. Xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi không phát hiện tế bào ác tính. Sinh thiết màng phổi mù 3 vị trí cho kết quả mô viêm màng phổi, không có dấu hiệu nghi ngờ ác tính.

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có xơ hoá và dẫn phế quản nhẹ thùy trên 2 phổi, tràn dịch màng phổi phải lượng trung bình, không có hạch trung thất phì đại, không ghi nhận hình ảnh khối u hay dày màng phổi, các mạch máu lớn xuất hiện bình thường (Hình 2). Các dấu ấn ung thư như CYFRA 21-1, CEA, AFP, PSA tự do/ PSA toàn phần, CA 19-9, CA 72-4 đều trong giới hạn bình thường.

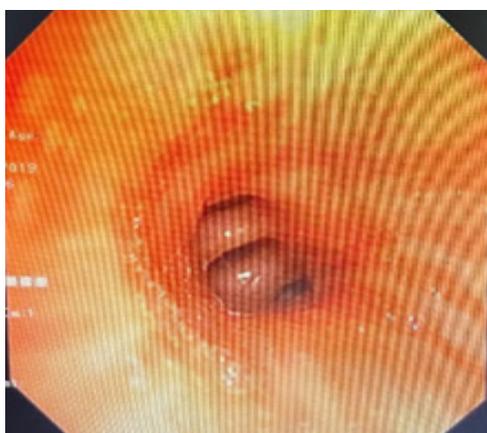




Hình 2: Hình chụp cắt lớp vi tính có dịch màng phổi phải lượng trung bình, có xơ dính màng phổi ít, không ghi nhận dày màng phổi, không có u trung thất hay hạch phì đại trung thất.

Nội soi phế quản ống mềm ghi nhận dị vật hình hạt đậu, gây bít lòng phế quản B9 và viêm phù nề niêm mạc phế quản thùy dưới, không thấy u tắc nghẽn. Dị vật được gấp trọn thành công; cuối thủ thuật, bác sĩ tiến hành rửa phế quản phế nang phân thùy B9 phổi phải gửi xét nghiệm. Kết quả AFB, Mycobacterium tuberculosis (MTB) đa kháng LPA, cấy vi khuẩn lao đều cho kết quả âm tính. Tế bào học dịch rửa phế quản phế nang không phát hiện tế bào ác tính.

Sau khi loại bỏ dị vật đường thở, bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn, không còn triệu chứng ho, nặng ngực. Bệnh nhân được chụp Xquang ngực thẳng và siêu âm màng phổi kiểm tra, ghi nhận dịch màng phổi giảm bớt nhưng không về bình thường. Bệnh nhân được chỉ định kháng sinh Amoxicillin Clavulanate 2 tuần song song với quá trình nằm viện thực hiện chẩn đoán và ngưng thuốc khi các chỉ số viêm trở về bình thường. Bệnh nhân từ chối thực hiện các thủ thuật nội soi phế quản kiểm tra và sinh thiết màng phổi qua nội soi lồng ngực. Do đó, bệnh nhân được xuất viện và theo dõi định kỳ mỗi tháng tại phòng khám hô hấp.



B



C



A

Hình 3: Nội soi phế quản ống mềm phát hiện dị vật gây bít tắc lòng phế quản B9 (A); niêm mạc phế quản thùy dưới viêm phù nề sung huyết, không có u tắc nghẽn lòng phế quản sau gấp sạch dị vật (B), dị vật hạt đậu được gấp nguyên vẹn qua nội soi phế quản ống mềm đường miệng (C)

Kết quả xét nghiệm máu khi tái khám cho thấy chỉ số viêm (CRP và tốc độ lắng máu) giảm xuống, tình trạng thiếu máu cải thiện rõ và nhanh chóng trở về bình thường. Xquang ngực

thắng và siêu âm màng phổi ghi nhận còn một lượng dịch ít kèm dày dính màng phổi. Bệnh nhân cảm thấy khỏe, không có bất kỳ triệu chứng khó chịu nào khác. Sau 5 tháng theo dõi, bệnh nhân được cấp visa định cư ở Úc để đoàn tụ với gia đình, chúng tôi kết thúc theo dõi y tế cho bệnh nhân nhưng vẫn nhận thông tin cập nhật về tình hình sức khỏe qua email thư từ với con gái bệnh nhân. Cho tới hiện tại (tháng 12/2022), tức là gần 4 năm kể từ lúc xuất viện, hiện tại tình trạng sức khỏe của bệnh nhân vẫn ổn định, khả năng gắng sức tốt, có thể du lịch và leo núi ở độ tuổi 83.

3. BÀN LUẬN

Trong thực hành lâm sàng, bệnh nhân tràn dịch màng phổi thường đi khám do các triệu chứng như đau ngực kiểu màng phổi, khó thở, ho khan. Trường hợp này bệnh nhân phát hiện bệnh tình cờ, không rõ thời gian khởi phát, do đó không đem lại nhiều thông tin gợi ý nguyên nhân. Xquang ngực thẳng thường là đủ để xác định sự hiện diện của dịch màng phổi, nhưng hình ảnh phim phổi của bệnh nhân có nhiều điểm nghi ngờ, cần chỉ định thêm siêu âm màng phổi để phân biệt dịch màng phổi với các khối trong phổi hoặc dày thành màng phổi. Tràn dịch màng phổi dưới phổi (subpulmonic effusion) biểu hiện dưới dạng cơ hoành một bên dâng cao, có thể bị bỏ sót nếu không cẩn thận. Hình ảnh không điển hình này thường gặp ở bệnh nhân có bất thường phổi nền, làm cho phổi không thể nở ra lấp đầy khoang ngực. Khi đó, áp lực trong khoang màng phổi âm hơn so với áp lực không khí, dẫn tới hình thành dịch màng phổi ở vị trí đặc biệt nêu trên.

Chụp cắt lớp vi tính ngực cũng được thực hiện để gợi ý chẩn đoán nguyên nhân nhưng trên bệnh nhân này, không mang lại nhiều thông tin hữu ích. Theo lưu đồ tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, bệnh nhân đã được loại trừ các nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch thấm thường gặp bao gồm suy tim, xơ gan, hội chứng thận hư và suy dinh dưỡng thông qua hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cơ bản. Kết quả chọc dịch màng phổi phù hợp với dịch tiết, bạch cầu đơn nhân chiếm ưu thế và ADA thấp, thường gợi ý tới những nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch

tiết ngoài lao (giá trị tiên đoán âm 98%) [4]. Sinh thiết màng phổi là bước kế tiếp cần thực hiện, trong đó, nội soi lồng ngực được ưu tiên hàng đầu để lấy mẫu bệnh phẩm. Nếu sinh thiết không đưa ra được kết quả thỏa đáng, lượng dịch màng phổi ít thường có chỉ định theo dõi. Sinh thiết màng phổi mù vốn có giá trị chẩn đoán thấp hơn so với nội soi lồng ngực, trường hợp này chưa đưa ra được nguyên nhân bệnh lý rõ ràng, nhưng bước đầu gợi ý tình trạng viêm tiến triển, phù hợp với sự gia tăng của các chỉ dấu viêm trong huyết thanh (CRP và tốc độ lắng máu tăng) và tình trạng thiếu máu do viêm mạn tính. Điều này thôi thúc các bác sĩ lâm sàng cần tích cực tìm nguyên nhân, để tránh bệnh cảnh tiến triển nặng hơn và phòng tránh việc tổng trạng bệnh nhân dần xấu hơn. Sau khi nội soi phế quản loại bỏ được dị vật, kết hợp với kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng theo kinh nghiệm, các chỉ dấu viêm cải thiện dần và trở về bình thường.

Dị vật đường thở là tình trạng nghiêm trọng và có khả năng đe dọa tính mạng. Tỷ lệ tử vong do dị vật đường thở tại Mỹ lên tới 1,6/100.000 ca tử vong hàng năm, là một trong bốn nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất nhưng có thể phòng ngừa được. Tràn dịch màng phổi là một biểu hiện hiếm gặp của dị vật đường thở, hơn nữa, các triệu chứng của bệnh nhân không điển hình, chụp cắt lớp vi tính ngực không đưa ra được nguyên nhân thích đáng dẫn tới chậm trễ trong chẩn đoán nguyên nhân. Quá trình viêm mạn tính kéo dài và màng phổi viêm dẫn tới xơ hóa, dày dính, làm cho phổi không thể nở hoàn toàn sau khi dị vật đã được loại bỏ (trapped lung). Phẫu thuật bóc vỏ màng phổi thường được chỉ định trong trường hợp này khi các nguyên nhân gây dịch màng phổi khác đã được loại trừ (như các bệnh lý ác tính, lao màng phổi hoặc viêm màng phổi đang tiến triển). Trong một số trường hợp, “trapped lung” có thể điều trị bảo tồn với theo dõi định kỳ, không can thiệp ngoại khoa ở bệnh nhân không có triệu chứng [5].

Các trường hợp tràn dịch màng phổi do dị vật đường thở chưa được báo cáo nhiều, chỉ khoảng 4 trường hợp ở người lớn và 2 trường hợp ở trẻ em. Trong số đó, một bệnh nhân biểu hiện viêm màng phổi rõ và bốn bệnh nhân có dịch màng phổi vô trùng. Kháng sinh thường chỉ

định trước khi chọc dò dịch màng phổi, có thể là nguyên nhân làm ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm dịch. Viêm phổi và tắc nghẽn phế quản do dị vật ghi nhận trong ít nhất 4 trường hợp. Từ đó cho thấy, dị vật đường thở cần được nhấn mạnh là một trong những nguyên nhân thường gặp gây viêm phổi tắc nghẽn và tràn dịch màng phổi thứ phát là biến chứng của bệnh.

So với trẻ em, tỷ lệ hít phải dị vật vào đường hô hấp dưới ở người lớn ít gặp hơn, nhưng tần suất tăng dần từ sau tuổi 60 [6]. Người lớn tuổi thường có phản xạ bảo vệ đường thở suy giảm, rối loạn phản xạ ho và nuốt do tuổi tác hoặc do thuốc hoặc nhiều yếu tố môi trường khác làm tăng nguy cơ hít phải dị vật vào đường hô hấp dưới. Đặc biệt, dị vật đường thở ở người lớn tuổi có thể bị bỏ sót, thường do triệu chứng không điển hình hoặc người bệnh có lú lẫn nhẹ. Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến khả năng phát hiện dị vật đường thở, chẳng hạn như triệu chứng không điển hình, sự vắng mặt của các dấu hiệu đặc trưng khi hít phải dị vật, kết quả âm tính giả trên phim cắt lớp vi tính, chậm trễ trong thực hiện nội soi phế quản chẩn đoán và điều trị đều có thể dẫn tới tình trạng nguy hiểm do xử trí chậm trễ. Phát hiện và loại bỏ dị vật sớm giúp ngăn ngừa biến chứng viêm phổi tái phát, ho ra máu hoặc hình thành u hạt do viêm mạn tính. Ngoài ra, dị vật đường hô hấp dưới bị bỏ quên còn có thể gây ra viêm phổi tắc nghẽn, xẹp phổi, áp xe phổi, tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi [7]. Thực tế, nhiều trường hợp dị vật đường hô hấp dưới đã bị bỏ sót trong nhiều tháng đến nhiều năm. Điển hình là bệnh nhân được báo cáo ở trên, mặc dù về ý thức, bệnh nhân không hề lú lẫn, có thể tự sinh hoạt, tự chăm sóc bản thân, không cần người thân bên cạnh (do con cái bệnh nhân đều đã đi định cư, vợ đã qua đời), nhưng sau khi được thông báo về dị vật phế quản là hạt đậu đã nấu chín, bệnh nhân không thể nhớ chính xác đã hít phải dị vật từ lúc nào; vì bệnh nhân thường có thói quen ăn xôi đậu vào mỗi sáng trong nhiều năm nay; cũng như do thiếu bằng chứng của dị vật phế quản trên phim CT ngực là lý do dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán và xử trí.

Biểu hiện lâm sàng của dị vật đường thở phụ thuộc vào vị trí mà dị vật nằm lại. Nếu dị vật vướng ở khí quản, dấu hiệu thở rít và phản xạ ho

thường khá rầm rộ. Khi dị vật xuống phế quản, biểu hiện khá đa dạng từ không triệu chứng cho tới có dấu hiệu rõ rệt như ho, khạc đàm, khò khè, ngạt thở. Tam chứng cổ điển bao gồm ho, khò khè và ngạt chỉ được tìm thấy trong tỷ lệ nhỏ bệnh nhân hít phải dị vật [8]. Các triệu chứng này có thể bị che khuất hoặc nhầm lẫn với nhiều bệnh lý hô hấp khác như viêm phổi, viêm phế quản hoặc đợt cấp của các bệnh lý nền ở người lớn tuổi (như đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đợt mất bù suy tim mạn...). Theo thống kê, chỉ có khoảng 30% người lớn tuổi và 50% người trẻ có thể cung cấp được bệnh sử về việc hít sặc trong lần đầu thăm khám với bác sĩ [9]. Tỷ lệ nhận biết hít sặc thấp ở người lớn tuổi có thể do các suy giảm nhận thức và thoái hoá thần kinh do tuổi tác hoặc bệnh tật. Theo báo cáo của Lin và cộng sự năm 2014, khoảng 50% số bệnh nhân trong nghiên cứu có thể mô tả lại được bệnh sử hít dị vật sau khi đã được phát hiện qua nội soi phế quản ống mềm. Nếu các bác sĩ lâm sàng chú ý hơn tới tình trạng dị vật đường thở ở người già, bệnh sử sẽ được khai thác đầy đủ cẩn thận hơn. Thời gian chẩn đoán và điều trị cũng sẽ được rút ngắn và biến chứng có thể phòng ngừa được. Chụp cắt lớp vi tính ngực là một công cụ hữu ích trong chẩn đoán dị vật đường thở, nhưng đòi hỏi sự cẩn thận của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cũng như độ dày của lát cắt cần căn chỉnh phù hợp; mà điều này lại phụ thuộc vào điều kiện cơ sở vật chất của bệnh viện. Hình ảnh đáng tin cậy nhất trên CT scan là tìm thấy dị vật trong lòng ống phế quản. Các dấu hiệu gián tiếp khác bao gồm một vùng phổi viêm (pneumonic patch), xẹp phổi, dẫn phế quản, đông đặc thùy phổi, hình ảnh tree-in-bud, tràn dịch màng phổi một bên, phì đại rốn phổi một bên, dày thành phế quản vùng lân cận dị vật... [7] Việc không phát hiện dị vật trên CT scan cũng không đủ tin cậy để loại trừ bệnh lý.

Nội soi phế quản ống mềm giúp phát hiện và xử trí hơn 80% các trường hợp dị vật phế quản bị bỏ sót [9]. Kể từ lần đầu tiên được sử dụng để loại bỏ dị vật đường thở vào năm 1897 bởi bác sĩ Gustav Killian, nội soi phế quản hiện nay đã trở thành một phương pháp chẩn đoán và điều trị an toàn, hiệu quả và đặc biệt có giá trị đối với bệnh nhân lớn tuổi, giúp giảm tỷ lệ tử vong do hít phải dị vật từ 50% xuống còn ít hơn 1% [10].

Tuy nhiên, phương pháp này lại ít được sử dụng ở người lớn tuổi, do những e ngại liên quan tới bệnh nền, do chức năng tim mạch và hô hấp suy yếu. Qua trường hợp lâm sàng được báo cáo trên, chúng tôi muốn nhấn mạnh tầm quan trọng của nội soi phế quản ống mềm trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý hô hấp, đặc biệt là trong việc phát hiện dị vật đường thở bỏ quên. Phương pháp này nên được chỉ định chủ động, tích cực hơn ngay cả khi bệnh sử chưa thể khẳng định chẩn đoán và CT ngực âm tính, nhằm phòng ngừa các biến chứng do xử trí muộn gây ra.

4. KẾT LUẬN

Dị vật đường thở khá thường gặp ở người lớn tuổi với biểu hiện không điển hình và bệnh sử thường bị bỏ sót. Ngay cả khi CT ngực không chẩn đoán được dị vật đường thở, bác sĩ lâm sàng nên nghi ngờ nếu bệnh nhân có các triệu chứng hô hấp bao gồm, ho, khạc đàm, ho ra máu, khó thở, đau ngực hoặc tràn dịch, tràn khí màng phổi không giải thích được nguyên nhân hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu. Nội soi phế quản ống mềm là phương pháp đơn giản, an toàn và hữu ích trong chẩn đoán và xử trí bệnh lý hô hấp nói chung và dị vật đường thở nói riêng. Thủ thuật này nên được ưu tiên hàng đầu trong phát hiện và xử trí dị vật đường thở ở mọi lứa tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J (2018), "Editors", Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e, McGraw-Hill Education, New York, NY.
2. Cao Xuân Thực, Trần Văn Ngọc. Vai trò của Adenosine Deaminase và Interferon Gama

trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao. Y Học TP. Hồ Chí Minh 2017; Phụ bản Tập 21,164.

3. Light RW, Macgregor MI, Luchsinger PC, Ball WC, Jr. Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. *Ann Intern Med* 1972; 77(4),507-513.
4. Sivakumar P, Marples L, Breen R, Ahmed L. The diagnostic utility of pleural fluid adenosine deaminase for tuberculosis in a low prevalence area. *Int J Tuberc Lung Dis* 2017; 21(6),697-701.
5. Pereyra MF, Ferreiro L, Valdés L. Unexpandable lung. *Arch Bronconeumol* 2013; 49(2),63-69.
6. Boyd M, Chatterjee A, Chiles C, Chin R, Jr. Tracheobronchial foreign body aspiration in adults. *South Med J* 2009; 102(2),171-174.
7. Zissin R, Shapiro-Feinberg M, Rozenman J, Apter S, Smorjick J, Hertz M. CT findings of the chest in adults with aspirated foreign bodies. *Eur Radiol* 2001; 11(4),606-611.
8. Chen CH, Lai CL, Tsai TT, Lee YC, Perng RP. Foreign body aspiration into the lower airway in Chinese adults. *Chest* 1997; 112(1),129-133.
9. Lin L, Lv L, Wang Y, Zha X, Tang F, Liu X. The clinical features of foreign body aspiration into the lower airway in geriatric patients. *Clin Interv Aging* 2014; 9,1613-1618.
10. De Sousa ST, Ribeiro VS, de Menezes Filho JM, dos Santos AM, Barbieri MA, de Figueiredo Neto JA. Foreign body aspiration in children and adolescents: experience of a Brazilian referral center. *J Bras Pneumol* 2009; 35(7),653-659.