

THE DIAGNOSTIC IMAGES AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FOREIGN BODIES IN THE AIRWAYS IN NATIONAL LUNG HOSPITAL FROM 2022 TO 2024

Hoang Van Luong^{1*}, Duong Minh Phuong¹, Nguyen Thi Thuong², Nguyen Van Sang³

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham str., Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Medlatec General Hospital - 42 Nghia Dung str., Phuc Xa, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

³E Hospital - 89 Tran Cung str., Nghia Tan, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 19/02/2024

Revised: 07/03/2024; Accepted: 23/03/2024

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical characteristics, imaging and lung lesions when patients inhale foreign objects into the airways.

Methods: Case-series of 24 patients with foreign bodies in the airways.

Results: The male:female ratio was 2:1. Age ranges from 11 - 71 years old, average $56,1 \pm 15,8$ years old. Common symptoms are cough, sputum (100%), fever (75,0%), difficulty breathing (70,8%), chest pain (45,8% and hemoptysis (25,0%). Size The average foreign body is 11.54 ± 2.7 mm, the smallest is 6.5mm and the largest is 16.5mm. The most common types of foreign bodies are bones (62,5%), followed by nuts (20,8%), the remaining less common are teeth, metal, bamboo toothpicks and pills (4,2%). The most common distance to carina is from 5-10mm, the closest distance is 3mm, the farthest is 15.5mm, average $6,4 \pm 2,9$ mm. Time from inhaling a foreign object to the time that patient comes for examination and treatment is 1 day at the earliest, 135 days at the latest, average $19,7 \pm 31,3$ days. The most common lesions shown on CT scan are fibrosis and bronchial narrowing of the segment with foreign bodies (37,5%), followed by bronchial wall thickening and increased mucus secretion (25,0%). The most common complications are pneumonia, lung parenchymal consolidation and distal lung collapse (70,8%). Main treatment is using flexible bronchoscopy to remove foreign objects (91,7%). There were 2 cases of lung lobectomy to treat patients. After the procedure and surgery, the patients progressed well, with an average hospital stay of $12,9 \pm 6,7$ days.

Conclusion: Computed tomography is the best tool to diagnose airway foreign bodies. CT scan accurately determines the cause, size, location and accompanying abnormalities. From there, we provide safe, quick and effective treatment methods for patients.

Keywords: Foreign bodies in airway, Foreign-body aspiration.

*Corresponding author

Email address: Bshoangluong@gmail.com

Phone number: (+84) 916855988

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1126>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ Ở MỘT SỐ BỆNH NHÂN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG TỪ 2022 ĐẾN 2024

Hoàng Văn Lương^{1*}, Dương Minh Phương¹, Nguyễn Thị Thương², Nguyễn Văn Sang³

¹Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Đ. Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Medlatec - 42 P. Nghĩa Dũng, Phúc Xá, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện E - 89 Đ. Trần Cung, Nghĩa Tân, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 19/02/2024

Chỉnh sửa ngày: 07/03/2024; Ngày duyệt đăng: 23/03/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và tổn thương phổi khi người bệnh bị hít phải dị vật vào đường thở đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương 2022 đến 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca bệnh thực hiện trên 24 bệnh nhân có dị vật đường thở.

Kết quả: Tỷ lệ nam:nữ là 2:1. Độ tuổi giao động từ 11 – 71 tuổi, trung bình $56,1 \pm 15,8$ tuổi. Triệu chứng thường gặp là ho, khạc đờm (100%), sốt (75,0%) và khó thở (70,8%), đau ngực (45,8% và ho máu (25,0%). Kích thước dị vật trung bình $11,54 \pm 2,7$ mm, nhỏ nhất 6,5mm và lớn nhất 16,5mm. Các loại dị vật thường gặp nhất là xương (62,5%), tiếp theo là các loại hạt (20,8%), còn lại có tỷ lệ ít gặp là răng, kim khí, tăm tre và thuốc viên (4,2%). Khoảng cách từ dị vật đến carina hay gặp nhất là từ 5-10mm, khoảng cách gần nhất là 3mm, xa nhất là 15,5mm, trung bình $6,4 \pm 2,9$ mm. Thời gian từ lúc bị hít phải dị vật đến lúc bệnh nhân đến khám và điều trị sớm nhất là 1 ngày, chậm nhất là 135 ngày, trung bình $19,7 \pm 31,3$ ngày. Tổn thương hay gặp nhất biểu hiện trên CLVT là xơ hóa và chít hẹp phế quản đoạn có dị vật (37,5%), tiếp theo là dày thành phế quản và tăng tiết dịch nhầy (25,0%). Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi, đông đặc nhu mô phổi và xẹp phổi phía xa (70,8%). Điều trị chủ yếu là dùng nội soi phế quản ống mềm lấy dị vật ra ngoài (91,7%), có 2 trường hợp phẫu thuật cắt thùy phổi để điều trị cho bệnh nhân, sau phẫu thuật và phẫu thuật các bệnh nhân tiến triển tốt, thời gian nằm bệnh trung bình $12,9 \pm 6,7$ ngày.

Kết luận: Dị vật đường thở thường gặp trong lâm sàng là các loại bã thức ăn như xương (gà, lợn...) và các loại hạt. Khi hít phải dị vật vào đường thở thường gây ra các triệu chứng không điển hình như ho, khó thở, sốt và đau ngực. Tổn thương phổi hay gặp trên phim CLVT là chít hẹp và bít tắc phế quản nơi có dị vật. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể dẫn đến đông đặc nhu mô và xẹp phổi, gây ra các triệu chứng như ho máu và suy hô hấp. CLVT là phương tiện tốt nhất để chẩn đoán dị vật đường thở, từ đó, đưa ra phương pháp điều trị an toàn, nhanh chóng và hiệu quả cho người bệnh.

Từ khóa: Dị vật đường thở, hít phải dị vật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường thở (Foreign bodies in airway - FBA) là hiện tượng một vật lạ rơi vào đường thở, thường ở đường thở lớn, dị vật rất hiếm gặp ở người lớn, tuy nhiên lại gặp nhiều ở trẻ em. Dị vật có thể là chất vô cơ

hoặc hữu cơ, đặc biệt hay gặp là thức ăn. Thông thường, dị vật hay nằm ở bên phế quản gốc phải hoặc phế quản trung gian phải vì phế quản này nằm dốc hơn so với bên trái. FBA có thể tồn tại trong phế quản nhiều tháng trước khi được chẩn đoán và lấy ra ngoài. Vì vậy, có thể gây ra các biến chứng như nhiễm trùng, ho mạn tính, ho

*Tác giả liên hệ

Email: Bshoangluong@gmail.com

Điện thoại: (+84) 916855988

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1126>

► **CHUYÊN ĐỀ BỆNH KHÔNG NHIỄM TRÙNG** ◀

ra máu, hẹp phế quản và xẹp phổi. FBA có thể phát hiện qua chụp X-quang ngực trong khoảng 20% các trường hợp với các dấu hiệu trực tiếp và 42% các trường hợp với các dấu hiệu gián tiếp như xẹp phổi hoặc ứ trệ khí ở thùy phổi bị ảnh hưởng. Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện tốt nhất để chẩn đoán dị vật đường thở. CLVT xác định chính xác căn nguyên, kích thước, vị trí và các bất thường phổi như chít hẹp và bít tắc phế quản, đông đặc nhu mô phổi, xẹp phổi, tràn dịch màng phổi... Điều trị chủ yếu là nội soi phế quản và gắp dị vật ra ngoài, trong một số trường hợp vị trí dị vật bị viêm nhiễm, áp xe, chít hẹp và chảy máu thì cần phải phẫu thuật để lấy dị vật.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu áp dụng thiết kế loạt ca bệnh thực hiện trên 24 bệnh nhân có dị vật đường thở được khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 6/2022 đến 3/2024. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính đa dãy ngực, độ dày lát cắt 1,25mm, tái tạo ảnh Min, MIP kết hợp nội soi phế quản ống mềm để chẩn đoán xác định.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng, theo đó tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị trong khoảng thời gian nghiên cứu được mời tham gia nghiên cứu.

Số liệu được trích xuất từ bệnh án của bệnh nhân, nhập và xử lý số liệu bằng bảng tính Excel và phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các phương pháp tiếp cận thống kê trong phân tích bao gồm phân tích về nhân khẩu học, phân tích mô tả các triệu chứng lâm sàng của người bệnh, thời gian bệnh nhân đến khám từ lúc hít phải dị vật, số ngày bệnh nhân điều trị, kết quả tổn thương phổi trên phim cắt lớp vi tính, các biến chứng do dị vật gây ra và phương pháp điều trị lấy dị vật ra ngoài. Về phân tích suy luận, kiểm định Fisher's Exact Test được sử dụng với ý nghĩa thống kê 95%.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2022 đến tháng 3/2024, có 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, trong đó có 16 nam và 8 nữ, độ tuổi giao động từ 11 – 71 tuổi, trung bình 56,1 ± 15,8 tuổi.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

	≤ 65 tuổi (%)	> 65 tuổi (%)	Tổng (%)
Ho, khạc đờm	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)
Khó thở	5 (20,8)	12 (50,0)	17 (70,8)
Ho máu	1 (4,2)	5 (20,8)	6 (25,0)
Sốt	3 (12,5)	15 (62,5)	18 (75,0)
Đau ngực	3 (12,5)	8 (33,3)	11 (45,8)

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là ho, khạc đờm (100%), tiếp theo là sốt (75,0%) và khó thở (70,8%). Trong đó tỷ lệ gặp nhiều hơn ở những người trên 65 tuổi.

Bảng 2. Vị trí dị vật

Phế quản có dị vật		≤65 tuổi (%)	> 65 tuổi (%)	Tổng (%)
Phổi phải	Thùy trên	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (4,2)
	Trung gian	1 (4,2)	6 (25,0)	7 (29,2)
	Thùy dưới	5 (20,8)	5 (20,8)	10 (41,7)
Phổi trái	Thùy trên	1 (4,2)	1 (4,2)	2 (8,3)
	Thùy dưới	2 (8,3)	2 (8,3)	4 (12,8)
Tổng		9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)

Nhận xét: Dị vật chủ yếu phế ở phế quản thùy dưới và trung gian phổi phải, và gặp nhiều hơn ở nhóm >65 tuổi.

Bảng 3. Kích thước dị vật

KTTB \ Phổi	Phổi phải (%)	Phổi trái (%)	Tổng (%)	p
< 10	5 (20,8)	2 (8,3)	7 (29,2)	0,883
11-15	11 (45,8)	3 (12,5)	14 (58,3)	
> 15	2 (8,3)	1 (4,2)	3 (12,5)	
Tổng	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (100,0)	

Nhận xét: Kích thước dị vật thường gặp từ 11-15mm ở cả 2 phổi phải và trái, tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,883.

Bảng 4. Khoảng cách dị vật đến carina

Phổi Khoảng cách	Phổi phải (%)	Phổi trái (%)	Tổng (%)	p
< 5	8 (33,3)	2 (8,3)	10 (41,7)	0,535
5 - 10	9 (37,5)	3 (12,5)	12 (50,0)	
11 - 15	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (4,2)	
> 15	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)	
Tổng	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (100,0)	

Nhận xét: Khoảng cách từ dị vật đến chạc ba khí phế quản thường từ 5-10mm (50,0%), tiếp theo là < 5mm (41,7%), khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 5. Loại dị vật, tổn thương phế quản vị trí có dị vật, các biến chứng và điều trị

Loại dị vật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xương (xương gà và xương lợn)	15	62,5
Các loại hạt (hạt hồng xiêm và hạt ô mai)	5	20,8
Tăm tre	1	4,2
Răng	1	4,2
Đinh	1	4,2
Viên thuốc	1	4,2
Tổn thương tại vị trí dị vật trên CLVT		
Chít hẹp phế quản	9	37,5
Dày thành phế quản	6	25
Bít tắc phế quản	1	4,2
Co kéo, xơ hóa và chít hẹp	7	29,2
Bình thường	1	4,2
Biến chứng biểu hiện trên CLVT		
Không	1	4,2
Đông đặc nhu mô và viêm phổi	17	70,8
Đông đặc nhu mô và TDMP một bên	2	8,3
Đông đặc nhu mô và TDMP hai bên	1	4,2
Xẹp phân thùy phổi phía xa	1	4,2
Xẹp thùy giữa phổi phải	2	8,3
Điều trị		
Nội soi gấp dị vật ra ngoài	22	91,7
Phẫu thuật	2	8,3

4. BÀN LUẬN

Trong số 24 bệnh nhân có 16 nam và 8 nữ, tỷ lệ nam:nữ là 2:1. Độ tuổi giao động từ 11 – 71 tuổi, trung bình $56,1 \pm 15,8$ tuổi, có 15 bệnh nhân trên 65 tuổi. Theo các nghiên cứu trên thế giới, nguy cơ mắc dị vật đường thở ở các nhóm tuổi là khác nhau. Ở nhóm người cao tuổi, đặc biệt > 70 tuổi, có bệnh lý mạch máu não thì nguy cơ mắc dị vật đường thở cao hơn nhóm người khác. Ở nhóm thanh niên và người lớn, nguy cơ mắc dị vật cao là những người nghiện ma túy và có bệnh lý thần kinh [1].

4.1. Về triệu chứng lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tất cả bệnh nhân có triệu chứng ho, khạc đờm (100%), ngoài ra còn có các triệu chứng khác như sốt (75,0%) và khó thở (70,8%), đau ngực (45,8% và ho máu (25,0%). Nhóm có triệu chứng nhiều và nặng chủ yếu gặp ở người trên 65 tuổi. Các triệu chứng này cũng phù hợp với nghiên cứu của W. Ma và cộng sự, tuy nhiên có sự khác nhau về các triệu chứng như khò khè và nôn không thấy trong nghiên cứu của chúng tôi do nghiên cứu của Ma chỉ tập trung ở trẻ em và trẻ nhỏ [4]. Theo các báo cáo, dị vật phế quản gây ra các triệu

chứng lâm sàng không đặc hiệu, có thể ho mạn tính, khó thở khi gắng sức hoặc thậm chí ho ra máu ở người lớn; đối với trẻ em có thể bị nghẹt thở, khó thở, ho, thở khò khè hoặc suy hô hấp cấp [2, 5]. Các triệu chứng bệnh tùy thuộc vào kích thước, vị trí của dị vật và thời gian phát hiện dị vật trong đường thở [2, 6]. Dị vật phế quản có thể gặp ở cả hai phổi, nhưng thường gặp phế quản gốc phải và phế quản trung gian do cấu tạo giải phẫu của các phế quản này, chúng dốc hơn và phân nhánh thẳng đứng hơn so với bên trái [1, 2].

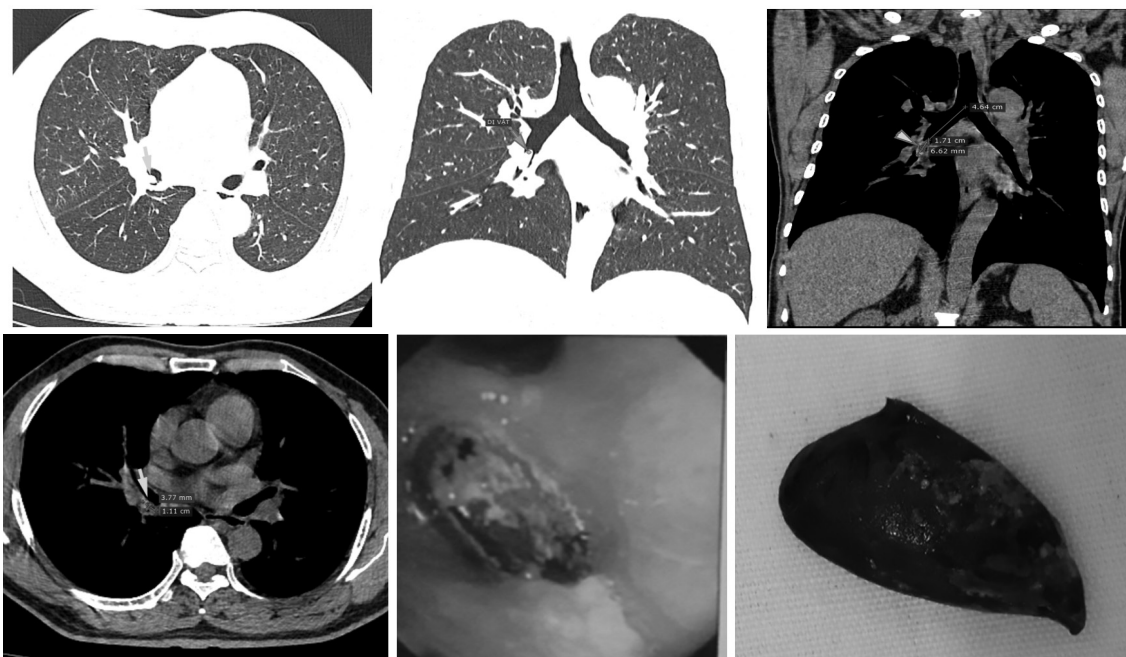
4.2. Về kích thước dị vật và loại dị vật: Kích thước dị vật trung bình $11,54 \pm 2,7$ mm, trong đó kích thước nhỏ nhất là 6,5mm và lớn nhất là 16,5mm. Các loại dị vật thường gặp nhất là xương (62,5%), tiếp theo là các loại hạt (20,8%), còn lại có tỷ lệ ít gặp là răng, kim khí, tăm tre và thuốc viên (4,2%). Theo nghiên cứu của L. Lin và cộng sự thì tỷ lệ hay gặp cũng là xương (50,0%), các loại hạt (40,0%), kim khí (2,5%) và nhựa là 5,0% [7]. Theo các tài liệu nghiên cứu thì dị vật có thể là chất vô cơ hoặc hữu cơ và mỗi nhóm tuổi khác nhau thì cũng có các nhóm dị vật khác nhau [2]. Ở những bệnh nhân cao tuổi, dị vật thường là răng giả hoặc mảnh thức ăn, trong khi ở nhóm trẻ em thì phổ biến hơn vẫn là các loại hạt, đồ chơi, nắp bút hoặc các vật kim loại nhỏ [2].

4.3. Về khoảng cách từ dị vật đến carina: Theo nghiên cứu này, khoảng cách hay gặp nhất là từ 5-10mm, gần nhất là 3mm, xa nhất là 15,5mm, trung bình $6,4 \pm 2,9$ mm. Khoảng cách dị vật đến carina hay gặp ở mức 5 – 10mm được giải thích là do dị vật thường ở phế quản trung gian phải hoặc thùy dưới phổi hai bên, rất ít khi dị vật nằm trong phế quản gốc hoặc ra các phế quản phân thùy phổi. Nghiên cứu về vị trí và khoảng cách của dị vật trong lòng đường dẫn khí giúp bác sĩ và kỹ thuật viên dễ dàng đánh giá và thực hiện thủ thuật nội soi phế quản gặp dị vật ra ngoài. Như vậy, dị vật càng gần thì thủ thuật càng dễ thực hiện, càng ít biến chứng và ngược lại. Kết quả này phù hợp với các báo cáo y văn trên thế giới [4, 8].

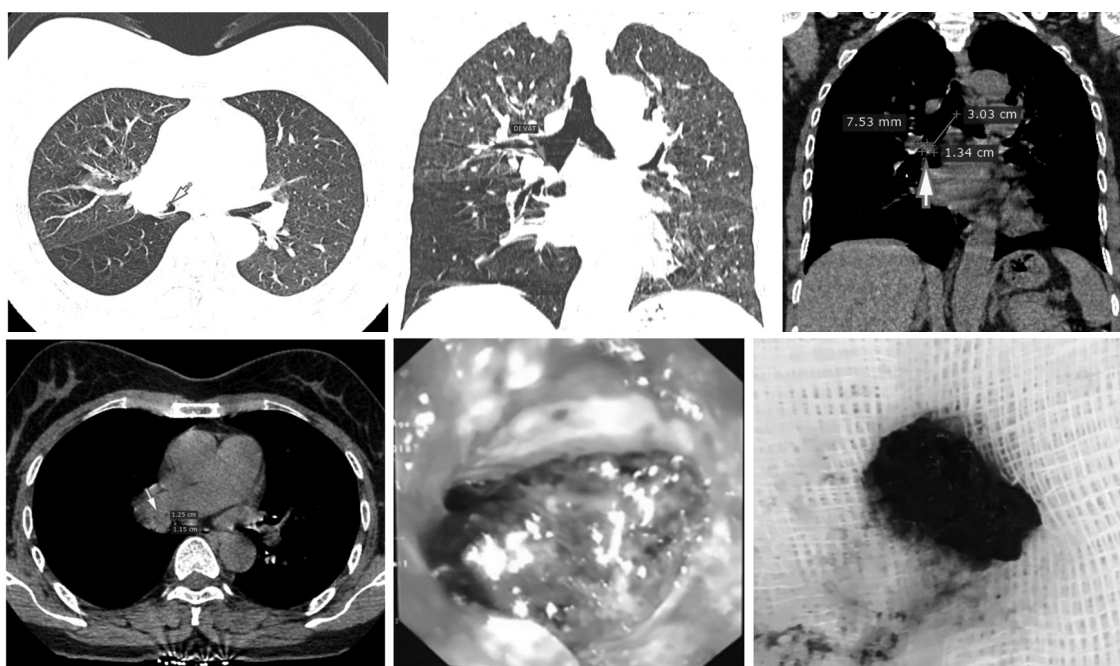
4.4. Về các tổn thương phổi trên CLVT và các biến chứng cũng như điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ lúc bị hít phải dị vật đến lúc bệnh nhân đến khám và điều trị sớm nhất là 1 ngày, chậm nhất là 135 ngày, trung bình $19,7 \pm 31,3$ ngày. Tổn thương hay gặp nhất biểu hiện trên CLVT là xơ hóa và chít hẹp phế quản đoạn có dị vật (37,5%), tiếp theo là dày thành phế quản và tăng tiết dịch nhầy (25,0%). Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi, đông đặc nhu mô phổi và xẹp phổi phía xa (70,8%), có 3 trường hợp viêm phổi có biến chứng tràn dịch màng phổi một hoặc hai bên (12,5%), 2 trường hợp có xẹp hoàn toàn thùy giữa phổi phải (8,3%). Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán chính xác bằng chụp CLVT và xác định bằng nội soi phế quản ống mềm. Theo y văn, để chẩn đoán FBA thường kết hợp lâm sàng và hình ảnh. Trên phim X-quang ngực thường quy, nếu dị vật có tính chất cản quang (như kim

loại, xương) thì dị vật được thể hiện bằng hình ảnh trực tiếp, nếu dị vật không cản quang thì được chẩn đoán thông qua hình ảnh gián tiếp như bẫy khí cục bộ, xẹp phổi hoặc các tổn thương thứ phát khác ở nhu mô phổi. Tuy nhiên, có khoảng 30% phim X-quang ngực của trẻ em có hình ảnh bình thường hoặc không đặc hiệu [8, 9]. CLVT lồng ngực là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hữu ích để phát hiện và đánh giá dị vật đường thở. CLVT không những cho phép mô tả chi tiết tính chất, kích thước, vị trí và khoảng cách của dị vật đến chạc ba khí - phế quản mà còn cho phép đánh giá tổn thương phế quản tại chỗ kèm tổn thương nhu mô phổi và màng phổi xung quanh. Bên cạnh đó, kỹ thuật nội soi phế quản ảo trên CLVT có thể cung cấp hình ảnh cây phế quản 3D, là phương pháp chẩn đoán xác định dị vật trong đường thở không xâm lấn với độ nhạy và độ chính xác 100% so với nội soi ống cứng [3, 4]. Tuy chẩn đoán bệnh không khó, đặc biệt là khi có CLVT, nhưng trong một vài trường hợp bệnh nhân cũng có thể bị chẩn đoán nhầm là viêm phổi do các nguyên nhân khác hoặc theo dõi u phổi trong nhiều tháng hoặc nhiều năm cho đến khi nội soi phế quản xác định có dị vật trong đường thở [1, 6]. Do đó việc phối hợp giữa CLVT và nội soi phế quản để đưa ra chẩn đoán chính xác và kịp thời cho người bệnh là điều vô cùng quan trọng [4, 10].

4.5. Về điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị chủ yếu là dùng nội soi phế quản ống mềm gặp dị vật ra ngoài (91,7%), có hai trường hợp tổn thương nặng, dính, hẹp hoàn toàn phế quản nên phải phẫu thuật cắt thùy phổi để điều trị cho bệnh nhân, sau thủ thuật và phẫu thuật các bệnh nhân tiến triển tốt, thời gian nằm bệnh trung bình $12,9 \pm 6,7$ ngày. Riêng bệnh nhân nam 68 tuổi do tổn thương phổi nhiều, có tràn dịch màng phổi hai bên và phế quản bị co kéo chít hẹp nên phải điều trị kéo dài 1 tháng kết hợp thuốc kháng sinh, chống viêm, chống dính, nâng cao thể trạng và phục hồi chức năng. Theo L. Lin và cộng sự, thời gian bệnh nhân đến khám sớm nhất có thể là ngay sau khi hít phải dị vật và lâu nhất là 3 năm [7]. Theo các kết quả nghiên cứu khác trên thế giới, nội soi phế quản ống mềm và ống cứng là phương pháp điều trị chính để loại bỏ dị vật trong phế quản [3, 8]. Mặc dù nội soi phế quản vẫn là 'tiêu chuẩn vàng' để loại bỏ dị vật, nhưng việc lấy dị vật qua nội soi phế quản có thể thất bại do chèn ép, do xơ hóa và hẹp phế quản. Hơn nữa, trong vài trường hợp khác như do dính hoặc do viêm nhiễm xung quanh dị vật, hoặc cũng có thể do độ khó về kỹ thuật hoặc do kỹ thuật viên không lành nghề ... thì cũng làm cho việc điều trị qua nội soi gặp cản trở. Do đó, phẫu thuật lấy dị vật phế quản thông qua nội soi lồng ngực và cắt lọc phế quản là bắt buộc trong <2% trường hợp nội soi phế quản thất bại [4]. Ngoài ra, trong quá trình điều trị phẫu thuật cũng cần chú ý cách ly phổi đối diện để tránh làm dịch phế quản hoặc dịch rửa tràn vào phế quản còn lại. Nếu phổi đối diện không được cô lập một cách cẩn thận thì dị vật có thể sẽ di chuyển vào phế quản đối diện hoặc vào khí quản có thể dẫn đến mất thông khí hoàn toàn [4].



Hình 1. Bệnh nhân nam 57 tuổi, dị vật là hạt hồng xiêm KT 6x17mm, nằm trong phế quản thùy dưới, cách chạc ba khí phế quản 4,6 cm (mũi tên). Dị vật không gây bít tắc hoàn toàn phế quản nên không thấy hình ảnh xẹp hoặc viêm phổi do bít tắc.



Hình 2. Bệnh nhân nữ 47 tuổi, dị vật là hạt ô mai KT 8x13mm, trong lòng phế quản trung gian, cách chạc ba khí phế quản 3cm (mũi tên). Dị vật gây dính và chít hẹp khẩu kính phế quản trung gian gây viêm phổi khu vực xung quanh và thùy dưới phổi phải.

5. KẾT LUẬN

Dị vật đường thở là một tai nạn sinh hoạt. Bệnh không có triệu chứng rõ ràng nên dễ gây nhầm lẫn. Vì vậy, nếu không được chẩn đoán kịp thời có thể gây ra các biến chứng nặng nề như ho máu, xơ dính phế quản, xẹp phổi và suy hô hấp, đặc biệt ở người có bệnh lý thần kinh và trẻ nhỏ. Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện tốt nhất để

chẩn đoán dị vật đường thở. CLVT xác định chính xác căn nguyên, kích thước, vị trí của dị vật cũng như đánh giá chính xác và chi tiết các tổn thương nhu mô phổi mà nó gây ra. Từ đó, đưa ra phương pháp điều trị an toàn, nhanh chóng và hiệu quả cho người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Atilla E., C. K. Ibrahim, K. Nurettin, et al. (2003). "Tracheobronchial foreign bodies: a 10 year experience." *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery* 9:262-266.
- [2] Mahmoud M., S. Imam, H. Patel, et al. (2012). "Foreign body aspiration of a dental bridge in the left main stem bronchus." *Case reports in medicine* 2012:798163.
- [3] Dong Y. C., G. W. Zhou, C. Bai, et al. (2012). "Removal of tracheobronchial foreign bodies in adults using a flexible bronchoscope: experience with 200 cases in China." *Internal Medicine Journal* 51(18):2515-9.
- [4] Ma W., J. Hu, M. Yang, et al. (2020). "Application of flexible fiberoptic bronchoscopy in the removal of adult airway foreign bodies." *BMC surgery* 20(1):1-5.
- [5] Donato L., L. Weiss, J. Bing, et al. (2000). "Tracheobronchial foreign bodies. Archives de Pediatrie." *Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie* 7:56S-61S.
- [6] Divya S., D. M. Kamat and M. Pansare (2007). "Foreign-body aspiration: A guide to early detection, optimal therapy." *Consultant for Pediatricians* 6(1)
- [7] Lin L., L. Liping, Y. Wang, et al. (2014). "The clinical features of foreign body aspiration into the lower airway in geriatric patients." *Clinical interventions in aging* 9:1613.
- [8] Kiran S., C. S. Ahluwalia, V. Chopra, et al. (2014). "Bronchotomy for removal of foreign body bronchus in an infant." *Indian Journal of Anaesthesia* 58(6):772.
- [9] Keny S. J. and U. C. Kakodkar (2016). "A forgotten foreign body in bronchus. Lung India." *Official Organ of Indian Chest Society* 33(6):694.
- [10] Hye K. C., C. Y. Ki, C. Y. Sung, et al. (2007). "Bronchial foreign body aspiration diagnosed with MDCT." *Clinical and Experimental Pediatrics* 50(8):781-4.