

TÌM HIỂU HÌNH THÁI LÂM SÀNG KHÓ THỞ THANH QUẢN CẤP GẶP TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

PHẠM TRẦN ANH, PHẠM KHÁNH HÒA
 Bộ môn Tai – Mũi - Họng Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khó thở thanh quản (KTTQ) là một hội chứng rất hay gặp trong thực tế lâm sàng, là một cấp cứu xảy ra ở mọi lúc, mọi nơi, mọi lứa tuổi từ hài nhi cho đến người già, ở nhiều chuyên khoa mà đặc biệt là chuyên khoa Tai Mũi Họng (TMH) [1]. Ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về KTTQ của các tác giả như: Phạm Khánh Hòa, Lê Văn Lợi, Faul, Simon [1],[2],[5],[6]. Do cấu trúc giải phẫu thanh quản là đoạn hẹp nhất của đường hô hấp trên, mà đặc biệt là ở trẻ em, các tổ chức xung quanh thanh quản dễ phù nề, khi khẩu kính của thanh quản bị thu hẹp do nhiều nguyên nhân khác nhau như: viêm

nhĩ, dị vật, chấn thương, khối u... ở một mức độ tạm thời hay vĩnh viễn rất dễ dẫn đến khó thở thanh quản cấp mà hậu quả là gây ra tử vong cho người bệnh [2]. Đứng trước một khó thở thanh quản người thầy thuốc cần phải nhanh chóng xác định mức độ khó thở, sơ bộ chẩn đoán nguyên nhân để xử trí kịp thời và hữu hiệu [3]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Tìm hiểu hình thái lâm sàng khó thở thanh quản cấp gặp tại khoa cấp cứu Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/2004 đến 12/2007

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có hội chứng khó thở thanh quản cấp vào điều trị tại khoa cấp cứu Bệnh viện TMH Trung ương từ tháng 1/2004 đến 12/2007.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

* Hồ sơ bệnh án phải có ghi rõ chẩn đoán khó thở thanh quản cấp vào khoa cấp cứu Bệnh viện TMH Trung ương từ tháng 1/2004 đến tháng 12/2007.

*Phần hành chính: ghi rõ ràng và đầy đủ bao gồm họ tên; giới tính; tuổi; nơi sống; ngày giờ vào viện; ngày ra viện.

*Đặc điểm lâm sàng ghi rõ: lý do vào viện; triệu chứng lâm sàng, mức độ và nguyên nhân gây ra KTTQ cấp, triệu chứng và diễn biến trong quá trình xử trí;

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh án không ghi chép đầy đủ và bệnh án của bệnh nhân khó thở ở khí quản, ở phổi và KTTQ mãn tính.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu thống kê mô tả lâm sàng.

3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-Data và xử lý bằng phần mềm Epi-Info 6.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 12 năm 2007, chúng tôi chọn được 190 bệnh án đạt tiêu chuẩn. Sau khi xử lý các thông tin chúng tôi thu được các kết quả như sau:

1. Đặc điểm chung:

1.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n = 190)

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 1	44	23,2
2-5	42	22,1
6-15	10	5,3
16-45	28	14,7
>45	66	34,7
Tổng số	190	100

Chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân bị KTTQ cấp vào khoa cấp cứu ở các nhóm tuổi có thứ tự tần suất lần lượt như sau: nhóm tuổi trên 45 chiếm 34,7%; nhóm tuổi ≤1 chiếm 23,3%; nhóm tuổi 2-5 chiếm 22,1 %; nhóm tuổi 16-45: 14,7%; thấp nhất là nhóm tuổi 6-15, chiếm 5,3%.

1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Chúng tôi thấy bệnh nhân KTTQ cấp vào khoa cấp cứu: nam giới chiếm: 67,89 % ; nữ chiếm: 32,11 %.

1.3. Phân bố bệnh nhân vào viện theo địa dư

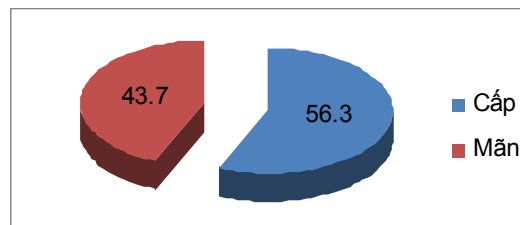
Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân KTTQ cấp: đến từ vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 69,5 %; bệnh nhân ở thành thị chiếm tỷ lệ 30,5 %.

1.4. Phân bố bệnh nhân vào viện theo tháng trong năm

Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân vào viện rải rác ở các tháng trong năm. Đặc biệt là các tháng 5, 6, 7, 8,9.

2. Hình thái lâm sàng KTTQ cấp

2.1. Phân bố bệnh nhân theo tính chất khó thở



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tính chất khó thở

Biểu đồ 1 cho chúng ta thấy trong số 190 bệnh nhân KTTQ có 107 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56,3 % có tính chất khởi phát khó thở một cách đột ngột và 43,7 % bệnh nhân có tính chất khởi phát khó thở từ từ.

2.2. Phân bố các triệu chứng thường gặp trong KTTQ cấp (n= 190)

Bảng 2. Các triệu chứng thường gặp trong KTTQ cấp (n= 190)

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
KT chậm	108	56,8
KT thì thở vào	154	81,0
Rít	167	87,7
Khàn tiếng	176	92,6
Ho	141	74,2
Ho máu	19	10,0
Co kéo cơ hô hấp	151	79,4
Tím tái	86	45,2

Qua bảng 2 chúng tôi nhận thấy gặp hầu hết các triệu chứng KTTQ cấp trong đó triệu chứng khàn tiếng chiếm tỷ lệ cao nhất 92,6 % và các triệu chứng còn lại được xếp theo thứ tự tần suất gặp như sau: thở rít: 87,8%; khó thở thì thở vào 81,0 %, co kéo các cơ hô hấp 79,4%, ho 74,2%, khó thở chậm 56,8%, Tím tái 45,2% và triệu chứng ít gặp nhất là ho máu 10,0%.

2.3. Mức độ khó thở thanh quản

Bảng 3. Mức độ khó thở thanh quản của bệnh nhân khi vào viện

Mức độ khó thở	Số BN	Tỷ lệ %
Độ I	8	4,2
Độ II	181	95,3
Độ III	1	0,5
Tổng số	190	100,0

Qua bảng 3 cho thấy bệnh nhân khó thở thanh quản cấp vào viện phần lớn có khó thở ở mức độ II. Tỷ lệ bệnh nhân có khó thở độ III rất ít gặp, chỉ có 1 bệnh nhân duy nhất.

2.4. Liên quan giữa nhóm tuổi với tính chất khởi phát KTTQ

Bảng 4. Liên quan giữa nhóm tuổi với tính chất khởi phát KTTQ

Nhóm tuổi	Tính chất khởi phát			
	Đột ngột		Từ từ	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
≤1	40	90,9	4	9,1
2-5	36	85,7	6	14,3
6-15	9	90,0	1	10,0
16-45	14	50,0	14	50,0
>45	8	12,1	58	87,9
P	<0,05		<0,05	

Trong số 190 bệnh nhân KTTQ vào khoa cấp cứu, tính chất khởi phát bệnh một cách đột ngột là chủ yếu: ở nhóm dưới hay 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,9%) và nhóm trên 45 tuổi chiếm tỉ lệ ít nhất (12,1 %).

Ở nhóm bệnh nhân KTTQ cấp có tính chất khởi phát từ từ lại gặp chủ yếu ở nhóm tuổi trên 45 là 87,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,05.

2.5. Liên quan giữa các triệu chứng khó thở với nhóm tuổi

Bảng 5. Liên quan giữa các triệu chứng khó thở với nhóm tuổi (n=190)

Nhóm tuổi	Triệu chứng khó thở													
	KT chậm		KT thì thở vào		Rít		Khàn		Ho		Co kéo cơ HH		Tím tái	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 1	40	90,9	38	86,4	35	79,5	42	95,5	39	88,6	35	79,5	23	52,3
2-5	37	88,1	36	85,7	38	90,5	39	92,9	37	88,1	36	85,7	23	54,8
6-15	9	90,0	8	80,0	6	60,0	8	80,0	8	80,0	5	50,0	4	40,0
16-45	14	50,0	24	85,7	23	82,1	25	89,3	14	50,0	21	75,0	13	46,4
>45	8	12,1	48	72,7	65	98,5	62	93,9	43	65,2	54	81,8	23	34,8
P	< 0,05		>0,05		<0,05		<0,05		<0,05		>0,05		>0,05	

Chúng tôi nhận thấy triệu chứng khó thở ở mọi nhóm tuổi đều có khàn tiếng là thường gặp, nổi bật ở hai nhóm tuổi dưới 1 (95,5%) và > 45 tuổi (93,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

2.6. Liên quan giữa mức độ khó thở với nhóm tuổi

Chúng tôi nhận thấy, bệnh nhân KTTQ cấp vào viện ở mức độ II nhất ở nhóm tuổi > 45 (100%) và nhóm tuổi dưới 1 tuổi 90,9 %.

BÀN LUẬN

Khó thở là một triệu chứng, nhưng khó thở thanh quản (KTTQ) là một hội chứng. Các triệu chứng lâm sàng của nhiều bệnh lý khác nhau hay do nhiều nguyên nhân gây ra. Khi có KTTQ mà đặc biệt là KTTQ cấp bao giờ cũng đe dọa đến tính mạng người bệnh có thể dẫn đến tử vong.

1. Đặc điểm chung

1.1. Tuổi. Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy KTTQ cấp xảy ra ở mọi lứa tuổi. Nhóm dưới 5 tuổi (51,6%) và nhóm trên 5 tuổi là 49,4%; tỷ lệ tương đương nhau, nhưng giữa các nhóm tuổi ở trẻ em và người lớn

lại có sự khác biệt rõ rệt. Ở trẻ dưới 1 tuổi có 44 bệnh nhân chiếm 23,2%. Ở nhóm trên 45 tuổi, có 66 bệnh nhân KTTQ cấp chiếm 34,7%. Điều này phù hợp với kết luận của tác giả Lê Văn Lợi và Quách Thị Cần [2],[3]. Ở nhóm dưới 5 tuổi KTTQ cấp do nguyên nhân là dị vật gặp nhiều phải chăng sự hiếu động hoặc sử dụng đồ chơi không hợp lý, chừa có ý thức được trong khi ăn uống, sức đề kháng của trẻ kém...

1.2. Giới: Trong kết quả nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới 67,89% cao hơn hẳn so với nữ 32,11%. Không chỉ nghiên cứu của chúng tôi KTTQ nam gặp nhiều hơn nữ mà một số nghiên cứu khác của các tác giả như Lê Văn Lợi, Quách Thị Cần [2],[3].

1.3. Địa dư: Tỷ lệ bệnh nhân KTTQ cấp cứu vào điều trị tại khoa cấp cứu, chúng tôi nhận xét bệnh nhân đến từ thành thị 30,5%. Sự khác biệt này theo chúng tôi nghĩ có lẽ do nhiều yếu tố và điều kiện như sau.

1.4. Thời gian vào viện

Chúng tôi nhận thấy rằng KTTQ cấp vào viện rải rác ở các tháng trong năm, đặc biệt tăng lên ở các tháng 7,

8, 9. Có lẽ do thời gian này, khí hậu thay đổi, thời tiết giá lạnh ảnh hưởng đến một số bệnh nhiễm trùng lây. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Phạm Khánh Hòa và Lê Văn Lợi [1], [2].

2. Hình thái lâm sàng

2.1. Tính chất KTTQ cấp

Khó thở thanh quản là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành TMH, mà mọi thầy thuốc cần phải xử trí ngay. Chúng tôi nhận thấy chủ yếu khởi phát khó thở một cách cấp tính là 107 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 56,3% phù hợp với các tác giả như Phạm Khánh Hòa và Lê Văn Lợi [1],[2].

2.2. Phân bố các triệu chứng thường gặp trong KTTQ cấp

Chúng tôi nhận thấy các triệu chứng lâm sàng của KTTQ cấp hay gặp nhất là khàn tiếng 92,6%. Điều này cũng dễ hiểu bởi do cấu trúc giải phẫu và thanh quản là cơ quan phát âm, khi bị viêm nhiễm, do dị vật đường thở, chấn thương hay khối u... thanh môn là nơi hẹp nhất khi bị tổn thương thì KTTQ xuất hiện và ảnh hưởng trực tiếp đến phát âm là khàn tiếng [1], [6]. Sau khàn tiếng, đứng hàng thứ hai là triệu chứng tiếng rít thanh quản (87,8%), rồi đến triệu chứng khó thở chậm thì thở vào (81,0%), đây cũng là triệu chứng để phân biệt với các loại khó thở khác. Triệu chứng co kéo cơ hô hấp chúng tôi gặp 79,4 %; triệu chứng ho (74,2%) và tím tái (45,2%). Ít gặp nhất trong nghiên cứu này là triệu chứng ho có máu, chỉ có 10,0 % bởi vì triệu chứng này thường chỉ có ở những trường hợp chấn thương hay nguyên nhân do các khối u ác tính thanh quản [6].

2.3. Mức độ khó thở

Chúng tôi nghiên cứu đánh giá mức độ KTTQ cấp của bệnh nhân vào khoa cấp cứu như sau: Trong số 190 bệnh nhân khó thở vào viện:

KTTQ độ I: 8 bệnh nhân chiếm 4,2%: các bệnh nhân này tuy ở mức độ I lúc vào viện nhưng tiến triển khó thở tăng dần bắt đầu chuyển sang KTTQ độ II có biểu hiện tím tái cần phải theo dõi và xử trí kịp thời.

KTTQ độ II: Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân KTTQ độ II có khó thở liên tục và tình trạng thiếu ô xy rõ, sự thay đổi của tần số nhịp thở, có hiện tượng rít, co kéo cơ hô hấp có tím tái chiếm đa số, chúng tôi gặp 181 bệnh nhân (95,3%), điều này nói lên rằng tình trạng khó thở và tính mạng bệnh nhân đang bị đe dọa, nếu không được xử trí kịp thời.

KTTQ độ III: Chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp trong nhóm nghiên cứu chiếm 0,5 %.

2.4. Mối liên quan giữa nhóm tuổi với tính chất KTTQ

Chúng tôi nhận thấy nhóm dưới 1 tuổi có tính chất khởi phát KTTQ một cách đột ngột gặp cao nhất 40 bệnh nhân, chiếm 90,9%. Đây cũng là một đặc điểm nổi bật của nghiên cứu này. Do cấu trúc giải phẫu thanh quản ở trẻ em, khẩu kính thanh quản hẹp, mềm yếu và có phần xạ cơ thắt rất mạnh, tổ chức liên kết dưới niêm mạc rất lỏng lẻo dễ phù nề gây chít hẹp đường thở, sự phù nề 1 mm sẽ làm giảm đi khẩu kính của thanh môn, chiều dày niêm mạc thanh quản từ 10-20% ở người lớn. Nhưng đối với trẻ em dưới 1 tuổi lại giảm đi 50% khẩu kính. Ngược lại tính chất khởi phát khó thở từ từ lại gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân trên 45 tuổi (58 bệnh nhân chiếm 87,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), điều này cũng phù hợp với các tác giả khác

[1],[2],[6].

2.5. Liên quan giữa các triệu chứng khó thở với từng nhóm đối tuổi

Các triệu chứng của KTTQ cấp chúng tôi nhận thấy hầu hết các triệu chứng đều có trong nhóm nghiên cứu. Điều này phù hợp với các tác giả Phạm Khánh Hòa và Đặng Hiếu Trung [1],[4]. Triệu chứng khàn tiếng gặp ở nhóm bệnh nhân dưới 1 tuổi có 42 bệnh nhân chiếm 95,5% và nhóm bệnh nhân trên 45 tuổi (93,9%) là cao nhất, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

2.6. Liên quan giữa mức độ khó thở với nhóm tuổi

Chúng tôi nghiên cứu đánh giá mức độ khó thở của 190 bệnh nhân kết quả thu được chủ yếu ở độ II. Điều này có ý nghĩa rằng bất kỳ nguyên nhân nào gây nên KTTQ cấp mà mức độ khó thở càng nặng thì việc điều trị cấp cứu là điều tất nhiên. Ở nhóm tuổi trên 45 tuổi gặp 66 bệnh nhân chiếm 100% bệnh nhân KTTQ cấp vào viện có thể giải thích là nhóm tuổi này, tổn thương thanh quản chủ yếu là các khối u lan rộng và có khó thở cấp tính [1],[2],[5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 190 bệnh nhân KTTQ cấp được phát hiện và xử trí tại khoa cấp cứu Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương Hà Nội từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 12 năm 2007 chúng tôi rút ra một số kết luận sau về hình thái lâm sàng KTTQ cấp:

*Về đặc điểm:

Khó thở thanh quản cấp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tính chất khởi phát bệnh một cách đột ngột 56,3%.

*Triệu chứng:

- Khàn tiếng có hầu hết ở các bệnh nhân KTTQ cấp (92,6%); -Khó thở thì thở vào (81,0%); -Co kéo các cơ hô hấp (79,4%); -Ho (74,2%); -Khó thở chậm (56,8%); -Tím tái (45,2%)

SUMMARY

We are looking clinical features of laryngeal dyspnea in the ICU of in the national ENT-Hospital - Vietnam. This paper presents a retrospective and prospective research from 190 patients in the ICU of the national ENT- Hospital in Hanoi. We found acute laryngeal dyspneas with 56,3% spontaneity. The main symptoms included hoarseness (92,6%) inspirative dyspnea (81,0%), construction of ventilation muscles (79,4%), cough (74,2%), slow dyspnea (56,8%) and hypopnea (45,2%). Acute laryngeal dyspnea need to manage immediately to save the patient's life.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Khánh Hòa(2002), “ Khó thở thanh quản”, Cấp cứu Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 9-13.
2. Lê Văn Lợi (2001), “Các khó thở trong TMH”.Cấp cứu Tai Mũi Họng, tr. 85-111
3. Quách Thị Cần (2005), “Tìm hiểu nguyên nhân sẹp hẹp thanh khí quản”, Hội nghị khoa học ngành Tai Mũi Họng, tr 198-200.
4. Đặng Hiếu Trung (1990), “Khó thở cấp tính ở trẻ em”, Lâm sàng và điều trị- Báo cáo Hội nghị tổng kết vết thương chiến tranh đầu mặt cổ.
5. Faul W., (1989), “ Approach to the patients with dyspnea” Best Practice of Medicine, January 2002 pp.365-414.
6. Simon J.L. (1981), “Evaluation and management of tridor in the newborn”, Chapter 34, p.711-748.