



# CHUYÊN ĐỀ BỔNG HỌNG THANH QUẢN

CHUYÊN ĐỀ BÁC SĨ NỘI TRÚ

*Hướng dẫn: BSCKII DƯƠNG HỮU NGHỊ*

*Thực hiện: Nguyễn Phương Vy*

# NỘI DUNG

**01** TỔNG QUAN: BỔNG

**03** BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

**02** BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

**04** BỔNG DO PHƠI NHIỄM PHÓNG XẠ

**05** PHẪU THUẬT NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN CÓ ĐẶT STENT





# TỔNG QUAN BỔNG



# BỎNG

Bỏng là các thương tổn bề mặt của da hoặc các mô nông hay sâu, gây hư hại hay biến đổi cấu trúc mô do tiếp xúc với nhiệt, bức xạ, hóa chất hoặc điện

# BỎNG

*Nguyên nhân:*

- *Bỏng nhiệt* ( lửa, chất lỏng, vật rắn nóng, hơi nước nóng)
- *Bỏng bức xạ*: xạ trị, tia cực tím,...
- *Bỏng hóa chất* : acid mạnh, kiềm mạnh, phenol, sản phẩm dầu mỏ ( xăng, sơn,..) hoại tử da và mô sâu, tiến triển trong vài giờ.
- *Bỏng điện*: tổn thương sâu dù tổn thương da tối thiểu.

***Bỏng họng thanh quản thường gây ra bởi nhiệt, hóa chất, do nuốt các hóa chất ăn mòn, hít phải khói hoặc hơi nước nóng.***

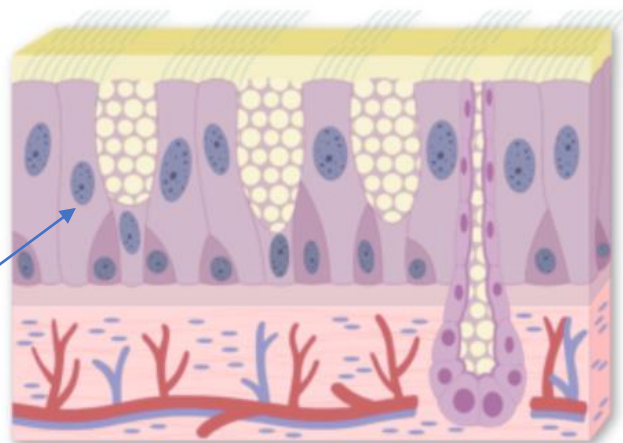
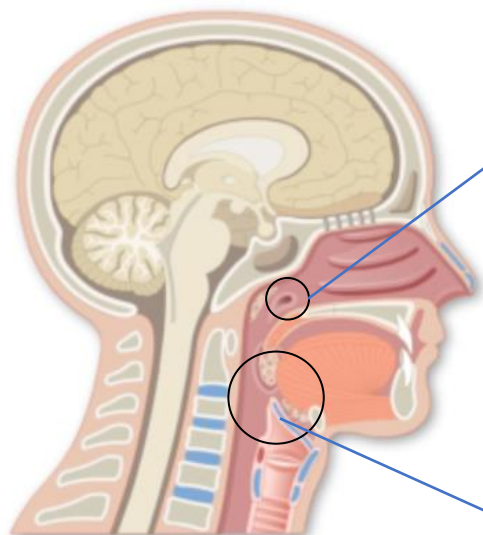


# BỎNG

*Sinh lý bệnh:*

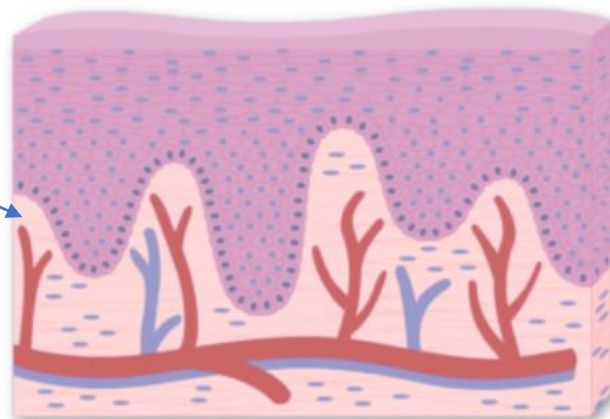
- Gây biến tính protein, dẫn đến **hoại tử đông**, kết tập tiểu cầu xung quanh mô đông, co thắt mạch máu, mô ngoại vi ứ huyết, viêm, tăng tiết dịch.
- Tổn thương lớp biểu bì tạo môi trường cho vi khuẩn thâm nhập, mất nước bên ngoài, mô tổn thương phù nề, tăng mất thể tích dịch, mất nhiệt

# NIÊM MẠC HẦU HỌNG



- Vùng hầu mũi lót bởi lớp biểu mô trụ giả tầng .

- Vùng hầu họng và thanh quản được lót bởi lớp biểu mô lát tầng không sừng hóa.





# ĐỘ SÂU CỦA BỎNG

+ **Bỏng độ I:** giới hạn ở lớp biểu bì.

+ **Bỏng độ II (Bỏng dày cục bộ):** liên quan đến một phần hạ bì. Gồm bỏng dày cục bộ bề mặt và bỏng dày cục bộ sâu.

+ **Bỏng độ III (Bỏng dày hoàn toàn):** bỏng xuyên toàn bộ lớp hạ bì vào mô liid bên dưới.



# BỎNG

## *Biến chứng:*

- **Toàn thân:** Giảm thể tích, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, hạ thân nhiệt, tắc ruột.

## *Yếu tố nguy cơ biến chứng toàn thân nghiêm trọng và gây tử vong:*

- Bỏng độ 2 và độ 3 > 40% BSA
- > 60 tuổi hoặc < 2 tuổi
- Có chấn thương lớn đồng thời hoặc hít phải khói.

# BỔNG

*Biến chứng:*

- *Tại chỗ:*

+ *Sẹo vảy: cứng, mô chết do bông sâu. Gây co thắt, thiếu máu cục bộ, sẹo vảy quanh cổ và ngực gây giảm chức năng thông khí*

+ *Sẹo chít hẹp và co cứng.*

# BỔNG

## *Phân loại bệnh đường hô hấp:*

- **Bệnh nhẹ:** giọng nói bình thường, rối loạn hô hấp nhẹ, không có tím tái, ít bị biến chứng viêm phổi hoặc nếu có cũng diễn tiến không nặng và khỏi.
- **Bệnh vừa:** giọng nói khàn, rối loạn hô hấp nặng, tím tái, nghe phổi có tiếng thổi thô, có ran rít, ran ngáy, thường biến chứng viêm phổi với diễn tiến khá nặng, suy hô hấp và suy tim độ I,II.
- **Bệnh nặng:** Giọng nói khàn nặng, khó thở nặng, có thể ngưng thở, tím tái, tĩnh mạch cổ nổi, ho khàn hoặc có đờm đặc, suy hô hấp và suy tim cấp nặng. Giai đoạn cuối thường phù phổi cấp dễ dẫn đến tử vong.



# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

## *Sinh lý bệnh:*

- Acid gây **hoại tử đông**, vết loét sẽ đóng vảy và hạn chế tổn thương thêm. Acid có xu hướng ảnh hưởng đến dạ dày nhiều hơn thực quản.
- Kiềm gây **hoại tử lỏng**, tổn thương không tạo thành vảy và có khuynh hướng tiếp tục cho đến khi chất kiềm được trung hòa hoặc pha loãng. Chất kiềm có khuynh hướng ảnh hưởng đến thực quản nhiều hơn dạ dày.
- Các hóa chất rắn có xu hướng để lại những hạt dính vào mô và gây bỏng, **gây tổn thương tại chỗ**. Vì chất lỏng không dính, số lượng lớn nên dễ dàng uống vào **gây tổn thương lan rộng**, cũng có thể hít phải gây tổn thương đường hô hấp trên.

# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

## *Triệu chứng*

- Ban đầu: *chảy nước bọt, tăng tiết nước bọt, nuốt đau và khó nuốt.*
- *Niêm mạc họng, miệng đỏ, có các nốt phỏng nhỏ. Bọng thanh quản gây ho sặc sụa, thở nhanh, thở rít thanh quản.*
- Sưng nề, tấy đỏ khoang miệng. Một số chất lỏng ăn mòn có thể không gây tổn thương bọng trong khoang miệng dù có tổn thương nghiêm trọng ở đường tiêu hóa.
- Thủng thực quản dẫn đến viêm trung thất, đau ngực dữ dội, nhịp tim nhanh, sốt, thở nhanh và sốc. Thủng dạ dày gây viêm phúc mạc.
- *Chít hẹp thực quản.*

# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN



## *Chẩn đoán*

Nội soi thanh quản đánh giá tổn thương đường hô hấp trên.

Nội soi kiểm tra toàn diện đường tiêu hóa nhằm đánh giá mức độ nặng của bệnh.





# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

## Sơ cứu

- Tìm xem nạn nhân uống loại hóa chất gì, lượng bao nhiêu.
- Cho nạn nhân dùng nước muối loãng súc miệng, nếu trẻ nhỏ thì lau rửa miệng.
- Cho nạn nhân uống một chút nước lọc nếu hóa chất gây bỏng rát trong cổ họng, uống từ từ tránh sặc nước. Khi uống nên hạ thấp đầu, nằm nghiêng để tránh sặc.



# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

## Điều trị

- **Tránh rửa dạ dày.** *Làm rỗng dạ dày bằng cách gây nôn hoặc rửa dạ dày là chống chỉ định vì nó có thể gây tổn thương tiếp tục đường tiêu hóa trên bởi chất ăn mòn. Trung hòa acid bằng kiềm (và ngược lại) đều **chống chỉ định** vì có thể gây phản ứng tỏa nhiệt trầm trọng thêm. Than hoạt tính cũng **chống chỉ định** vì nó sẽ thâm nhập vào mô bóng và cản trở việc đánh giá nội soi.*
- Pha loãng chậm có thể hữu ích sau khi ăn một chất ăn mòn dạng rắn.

# BỔNG DO UỐNG HÓA CHẤT ĂN MÒN

## Điều trị

- **Điều trị hỗ trợ** : giảm đau (vd: morphin IV), bù nước điện giải ( bổ sung canxi, mg, kali hoặc phosphate), hỗ trợ dinh dưỡng.
- *Hẹp thực quản được điều trị bằng đặt ống thông, trường hợp nặng phải phẫu thuật thay thế thực quản bằng một đoạn ruột.*
- Thủng thực quản và dạ dày được điều trị bằng kháng sinh và phẫu thuật.
- *Kháng sinh theo kinh nghiệm nên tập trung vào tụ cầu và phế cầu trong 5 ngày đầu, sau 5 ngày nên được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng.*
- Sau khi đã ổn định bệnh nhân cần *tập thở hàng ngày, tập vận động sớm để phục hồi.*



# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

## *Sinh lý bệnh*

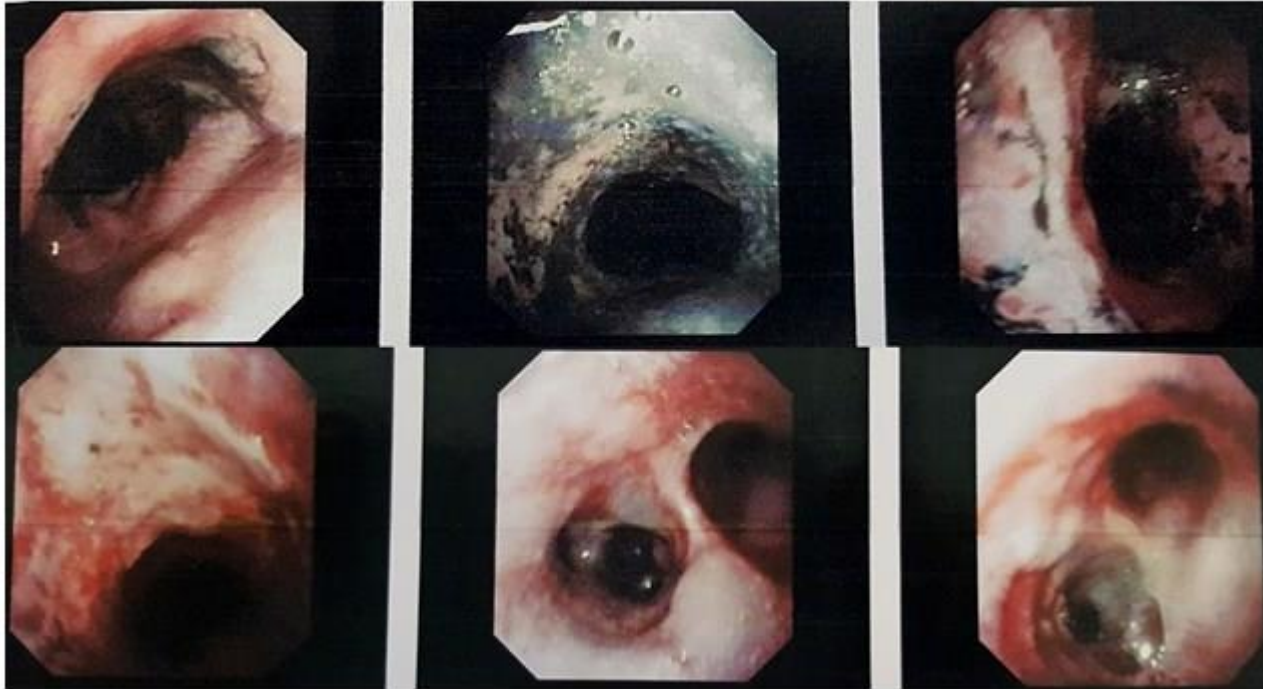
- Tổn thương do khí nóng: giới hạn đường thở trên, trừ hít hơi nước nóng áp lực.
- Tổn thương dưới thanh môn: do hóa chất dạng bay hơi và sp cháy không hoàn toàn.
- Kích ứng, tiết nhầy niêm mạc, co thắt phế quản, tăng lưu lượng máu phế quản, suy giảm Surfactant, viêm.
- Thiếu oxy, phơi nhiễm CO, Cyanide, nhiễm trùng thứ phát và suy hô hấp.

# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

## *Triệu chứng*

- Bóng mặt.
- Cháy môi và lông mũi
- Đàm có bồ hóng/bụi than, tăng tiết nước bọt.
- Thay đổi hô hấp ( khàn giọng, ho, thở rít)
- Khó thở
- Tím tái
- Suy giảm thần kinh ( bất tỉnh, chóng mặt, buồn nôn, nôn ói)

# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY



## *Chẩn đoán*

- Soi phế quản ống mềm : tiêu chuẩn vàng. Có thể thấy mảnh vụn than, niêm mạc loét, xanh nhợt và tăng tiết.
- Chụp xạ hình, CT Scan.

# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

## *Sơ cứu*

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi vùng khói và nhiệt.
- Đặt nạn nhân ở nơi thoáng khí theo tư thế Fowler, cho nạn nhân thở không khí trong lành, dùng khăn hoặc vải mỏng lót tay móc hết đờm dãi, dị vật, khai thông đường thở cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân ngừng thở phải tiến hành hô hấp nhân tạo, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Tại phòng cấp cứu: hút loại bỏ hết dị vật, dịch tiết ở mũi miệng, đường thở. Cho bệnh nhân thở Oxy, thông khí nhân tạo. Cho thuốc an thần, trấn tĩnh, giảm đau loại không ức chế hô hấp.



# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

## *Điều trị*

- Tổn thương nhiệt trực tiếp vùng mặt và đường thở luôn luôn là dấu hiệu của đường thở khó. Có tổn thương do hít khói không bắt buộc phải đặt nội khí quản.
- Nếu đường thở thông thoáng không bị đe dọa, đặc biệt nếu bỏng da kèm theo < 20% diện tích cơ thể chỉ cần nâng đầu giường, tăng độ ẩm không khí và theo dõi sát là đủ.
- Soi phế quản ống mềm cho tất cả các bệnh nhân nghi ngờ hít khói.



# BỔNG DO HÍT KHÓI TỪ ĐÁM CHÁY

## *Điều trị*

- *Nên đặt NKQ cho các bệnh nhân có phù mắt, khàn giọng hoặc thở rít, đặt NKQ dự phòng cho tất cả bệnh nhân bông rộng, > 40% diện tích cơ thể.*
- *Hiếm khi phải mở khí quản cấp cứu. Một số bệnh nhân có thất phế quản thường đáp ứng với khí dung thuốc chủ vận beta.*
- *Không khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng hay steroid theo kinh nghiệm.*
- *Kiểm soát giảm oxy máu với thông khí kiểm soát áp lực hay PEEP.*
- *Điều trị hỗ trợ, điều trị phục hồi.*



# BỔNG DO PHƠI NHIỄM PHÓNG XẠ



# BỔNG DO PHƠI NHIỄM PHÓNG XẠ

## *Sinh lý bệnh*

- Tổn thương trực tiếp và gián tiếp ADN, ARN. Liều lớn gây chết tế bào, giảm sản mô, teo và xơ hóa các mô vùng xạ trị.
- Bọng được xem là triệu chứng tại chỗ của phơi nhiễm phóng xạ.
- Thông qua các con đường: nuốt phải, hít phải, xuyên qua da.



# BỔNG DO PHƠI NHIỄM PHÓNG XẠ

## *Triệu chứng*

- Vào tuần thứ 2 – 3 của quá trình xạ trị.
- Đau, nóng bỏng trong miệng hoặc trên lưỡi -> loét, phỏng rộp niêm mạc
- Kèm theo khô miệng: dính khô trong miệng, nước bọt quánh đặc, vết nứt ở môi hoặc góc miệng, lưỡi khô, chán ăn, giảm vị giác, khó nhai nuốt, bệnh răng lợi.
- Khít hàm

# BỔNG DO PHƠI NHIỄM PHÓNG XẠ

## *Điều trị*

- Chủ yếu là hỗ trợ.
  - + Giữ cho miệng luôn ướt ( uống nước thường xuyên, ngậm những mẫu nước đá nhỏ, súc miệng với nước).
  - + Ăn các thức ăn ướt, mềm. Hạn chế thức ăn gây kích thích ( chua, cay, nóng, khô, cứng, nhiều đường, trái cây có dầu,...).
  - + Sử dụng máy tạo ẩm phun sương, đặc biệt vào ban đêm.
  - + Chăm sóc vệ sinh miệng sạch sẽ, nên dùng chỉ nha khoa.
  - + Ngưng hút thuốc lá, rượu bia.



# BỔNG DO PHƠI NHIỄM PHÓNG XẠ

## *Điều trị*

- + Sử dụng chất thay thế nước bọt và nước súc miệng với hyprolose carmellose. Tránh sử dụng nước súc miệng có chứa cồn.
- + Thuốc kích thích tuyến nước bọt như pilocarpine (Salagen), cavimeline (Evoxac). Ngậm kẹo không đường, nhai kẹo cao su không đường.
- Phần lớn các hiện tượng kích thích và sung huyết sẽ mất dần trong vài tuần sau khi chấm dứt điều trị.



# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN CÓ ĐẶT STENT



# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN

## *Chỉ định*

- Sẹo hẹp nặng tầng thanh môn
- Sẹo hẹp nặng không hoàn toàn thanh môn, hạ thanh môn
- Sẹo hẹp nặng khí quản



# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN

## *Chống chỉ định*











### Tuyệt đối

- Vì bất cứ nguyên nhân nào có thể gây nên nguy hiểm cho việc hô hấp bằng đường tự nhiên.
- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như bệnh phổi mạn tính suy hô hấp, mất não (đời sống thực vật), suy thận giai đoạn cuối, bệnh lý về máu.

### Tương đối

- Trên những người bệnh không thể lấy stent ra được một cách dễ dàng và nhanh chóng.
- Người bệnh không thể mang stent đủ thời gian đảm bảo mô sẹo ổn định và hồi phục niêm mạc trong lòng thanh khí quản.

# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN

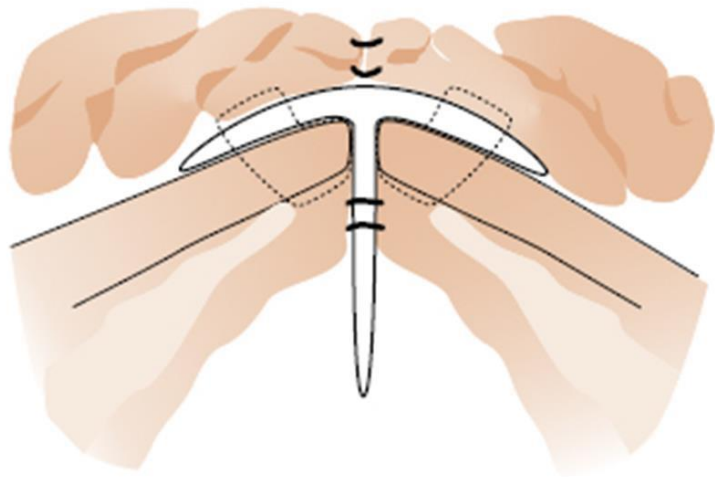
Classification	From	To	Endoscopic appearance
Grade I	 No Obstruction	 50% Obstruction	
Grade II	 51%	 70%	
Grade III	 71%	 99%	
Grade IV	No detectable lumen		



# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN

**Các loại Stent phải đạt tiêu chuẩn sau:**

- + Không quá cứng, có độ đàn hồi, không dính vào niêm mạc thanh khí quản.
- + Để lâu trong lòng thanh khí quản được, không gây nên phản ứng viêm.
- + Đảm bảo không thay đổi tính chất hóa lý trong thời gian sử dụng.
- + Có khả năng đảm bảo cho nong rộng vị trí hẹp, niêm mạc tái phục hồi nhanh và hoàn toàn.

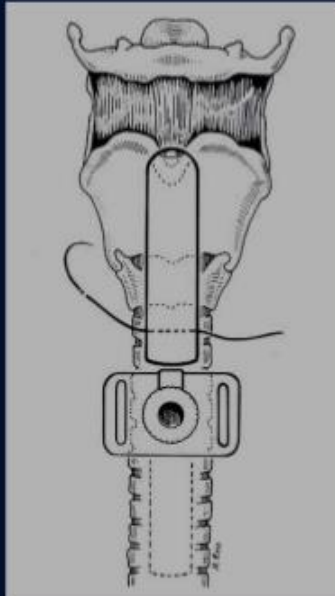


*Laryngeal Keel In position*

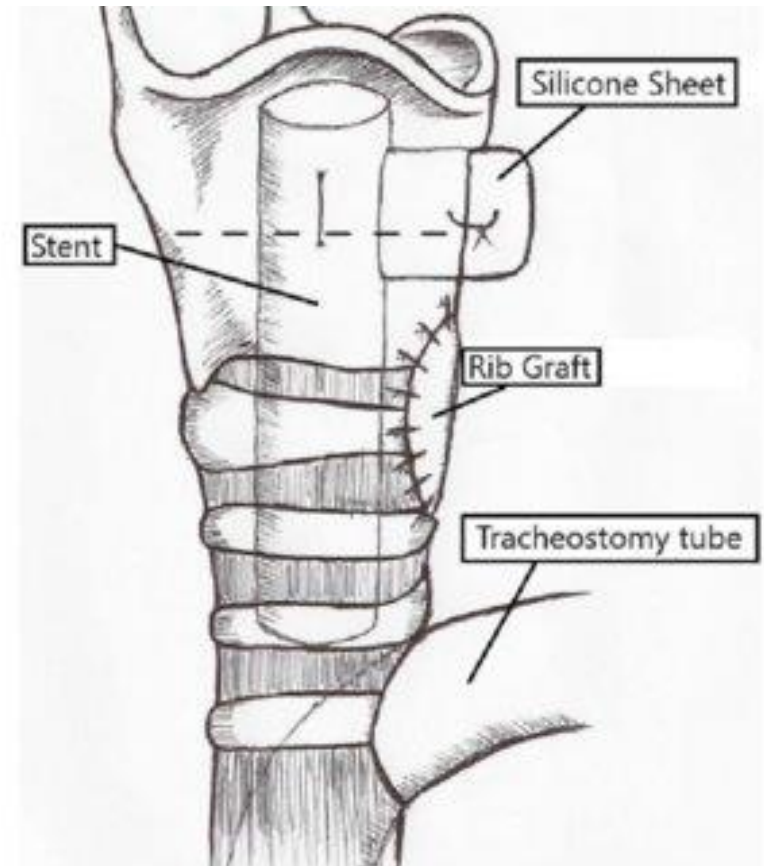
Stent Keel : chỉ định trường hợp hẹp thanh môn



## ABOULKER'S STENT



Stent Aboulker: chỉ định trường hợp hẹp hạ thanh môn

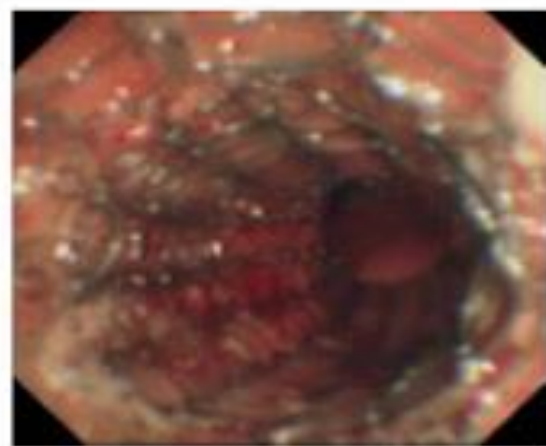




*Các loại stent (silicon và kim loại)*



(a)



(b)

*Kiểm tra nội soi sau đặt stent loại silicon (a) và kim loại (b)*



# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN

- Stent chỉ sử dụng nhằm mục đích lành niêm mạc hay cho phép mảnh ghép dính, thì ống nong có thể lấy ra trong 2 - 3 tuần.
- Nếu stent được sử dụng như nẹp cố định thì nó có thể đặt trong lòng thanh khí quản 6 - 8 tuần.
- Đặt ống nong để thời gian dài (có thể hơn 12 tháng) thì cần thiết nếu khung sụn thanh khí quản thiếu và hình thành sẹo xung quanh ống nong.



# PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HỢP THANH KHÍ QUẢN

## *Tai biến*

+ Nhiễm trùng tại chỗ.

+ Loét niêm mạc.

+ Hình thành mô hạt.

- Những biến chứng này liên quan đến thời gian sử dụng. Vì vậy, chỉ nên sử dụng nếu thật sự cần thiết và thời gian đặt tối thiểu.





**Thank you !!!**