

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU

ĐẠI CƯƠNG:

- Xuất huyết giảm tiểu cầu là tình trạng xuất huyết do số lượng tiểu cầu giảm dưới $100.000/\text{mm}^3$ mà nguyên nhân không rõ ràng, thường liên quan tới miễn dịch.
- Là bệnh phổ biến nhất trong các bệnh về tiểu cầu.
- 60% bệnh xảy ra sau nhiễm virus, 15% sau phát ban.

1. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

1.1. Lâm sàng:

1.1.1. Hội chứng xuất huyết:

- Khởi phát từ từ, cũng có thể đột ngột, ngay từ đầu đã nặng.
- Xuất huyết tự nhiên hoặc sau va chạm nhẹ.
- Xuất hiện thành từng đợt, giữa các đợt có thể bình thường.
- Xuất huyết đa vị trí: xuất huyết dưới da, niêm mạc và có thể cả nội tạng:
 - + Dưới da: có đặc điểm
 - Đa hình thái: chấm, nốt, mảng bầm máu, đám ở mọi vị trí cơ thể; không sần, không ngứa.
 - Đa lứa tuổi: đỏ - tím - xanh - vàng nhạt do có nhiều đợt xuất huyết gối nhau.
 - Đa vị trí: khắp nơi trên cơ thể.
 - + Niêm mạc hay gặp:
 - Chảy máu mũi.
 - Chảy máu chân răng.
 - + Nội tạng: là các biến chứng nặng:
 - Xuất huyết tiêu hoá: nôn ra máu, đi ngoài phân đen.
 - Xuất huyết tiết niệu: tiểu máu.
 - Xuất huyết phổi, xuất huyết não - màng não: thường nặng, có thể tử vong.
 - Xuất huyết sinh dục: Trẻ gái ở tuổi dậy thì: đa kinh, rong kinh, băng huyết.

1.1.2. Hội chứng thiếu máu:

- Là hậu quả của xuất huyết.
- Mức độ thiếu máu tương xứng với mức độ xuất huyết.
 - + Thiếu máu nhẹ: da xanh, niêm mạc nhợt, móng, tóc dễ gãy, mệt mỏi.
 - + Thiếu máu nặng: do xuất huyết nội tạng nhiều: hoa mắt, chóng mặt, đánh trống ngực, khó thở.
- Thiếu máu đẳng sắc hoặc nhược sắc do mất máu: XH tiêu hoá, rong kinh, rong huyết.
- Đáp ứng tốt với điều trị, dễ phục hồi.
- Giữa các đợt xuất huyết có thể có thiếu máu hoặc không.

1.1.3. Gan, lách, hạch: có thể không to hoặc to.

1.1.4. Dấu hiệu dây thắt: có thể dương tính do thành mạch yếu.

1.1.5. Các dấu hiệu âm tính: không đau xương, khớp, không sốt.

1.2. Cận lâm sàng:

1.2.1. Công thức máu:

- Tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$.
- Hồng cầu:
 - + Số lượng: bình thường hoặc giảm (tương ứng mức độ xuất huyết).
 - + Bình sắc hoặc nhược sắc.

- + HC lưới tăng trong máu khi thiếu máu.
- Số lượng và công thức BC bình thường.

1.2.2. Tuỷ đỏ:

- Máu tiểu cầu nhiều, nhưng chủ yếu là mẫu tiểu cầu chưa sinh tiểu cầu và mẫu tiểu cầu ura kiềm. Mẫu tiểu cầu hạt đang sinh tiểu cầu giảm.
- Các dòng tế bào khác: bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Không có tế bào non dòng tuỷ.

1.2.3. Xét nghiệm về yếu tố đông cầm máu:

- Thời gian máu chảy kéo dài.
- Độ tập trung tiểu cầu giảm.
- Thời gian co cục máu kéo dài, sau 4h cục máu đông không co.
- TEG (đàn hồi cục máu đông): thấy biên độ AM hẹp.
- Bigg Douglas: Ống 2 và Ống 5 kéo dài.
- Các XN thăm dò các yếu tố đông máu huyết tương đều bình thường (thời gian đông máu, APTT, tỷ lệ Prothombin và fibrinogen).

1.2.4. Xét nghiệm miễn dịch:

- Có kháng thể kháng tiểu cầu → rất quan trọng: giúp chẩn đoán xác định XH giảm tiểu cầu miễn dịch.

1.2.5. Sinh hoá máu:

- Nếu thiếu máu thiếu sắt:
 - + Sắt huyết thanh giảm.
 - + Ferritin huyết thanh giảm.
 - + Chỉ số bão hoà transferin.
 - + Protoporphyrin tự do hồng cầu tăng.

1.2.6. Đông vị phóng xạ.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng:
 - +Hội chứng xuất huyết
 - Tự nhiên, thành đợt.
 - Xuất huyết đa hình thái ở dưới da.
 - Xuất huyết niêm mạc, nội tạng.
 - +Hội chứng thiếu máu tương xứng với mức độ xuất huyết.
 - +Không có gan, lách, hạch to, không đau xương khớp.
- Cận lâm sàng:
 - +Tiểu cầu giảm. Công thức bạch cầu bình thường.
 - +Thời gian máu chảy kéo dài, co cục máu kéo dài.
 - +Thời gian đông máu bình thường.
 - +Tuỷ đỏ: mẫu tiểu cầu tăng.
 - +Miễn dịch: kháng thể kháng tiểu cầu (+).

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- XH giảm tiểu cầu chủ yếu chẩn đoán lâm sàng dựa trên các biểu hiện XH, các biểu hiện khác thường không rõ ràng → dễ nhầm với các bệnh khác cũng có giảm tiểu cầu + XH.

2.2.1. Suy tuỷ:

- Giống:
 - + Xuất huyết với đặc điểm của giảm tiểu cầu.
 - + HC thiếu máu.
- Khác:
 - + Lâm sàng: mức độ thiếu máu nặng hơn mức độ xuất huyết, sốt.
 - + CLS:
 - CTM: giảm cả 3 dòng; tỷ lệ BC đa nhân trung tính giảm; có thể có BC non ra máu ngoại vi.
 - Tuỷ đồ: nghèo TB; giảm cả 3 dòng HC, BC, TC; mẫu tiểu cầu giảm sinh nặng → giúp chẩn đoán (+).

2.2.2. Bạch cầu cấp thể giảm tiểu cầu, gan, lách không to:

- Giống: HC thiếu máu, xuất huyết.
- Khác
 - + Lâm sàng:
 - Thiếu máu nặng hơn xuất huyết.
 - HC nhiễm trùng (+).
 - + CLS:
 - CTM: bạch cầu tăng, BC non ra máu ngoại vi
 - Tuỷ đồ: mẫu tiểu cầu giảm sinh nặng.
 - XN di truyền thường có biến đổi nhiễm sắc thể kiểu chuyển đoạn.

2.2.3. Lupus ban đỏ hệ thống:

- Giống: giai đoạn đầu chỉ có giảm tiểu cầu → khó phân biệt.
- Khác:
 - + Tổn thương nhiều cơ quan.
 - + Kháng thể kháng nhân (+).

2.2.4. Xuất huyết do thành mạch hoặc do RL yếu tố đông máu:

	Thành mạch	Giảm tiểu cầu	RL yếu tố đông máu
1. Cách XH	Tự nhiên	Tự nhiên	Gây ra
2. Hình thái XH	Chấm, nốt	Chấm, nốt, bầm	Bầm, tụ máu
3. Vị trí	Da	Da, niêm mạc	Da, cơ, khớp
4. Máu chảy	⊥	Dài	⊥
5. Máu đông	⊥	⊥	Dài
6. Tiểu cầu	⊥	Giảm, rối loạn	⊥
7. Dây thắt	±	±	Âm tính

3. ĐIỀU TRỊ (SGK) :

- Bệnh có liên quan tới cơ chế miễn dịch và lâm sàng nổi bật là HC xuất huyết. Vì vậy, điều trị chủ yếu là cầm máu và các thuốc ức chế miễn dịch.
- Cần điều trị phù hợp với triệu chứng xuất huyết và mức độ giảm tiểu cầu.

3.1. Điều trị đặc hiệu:

- **Chỉ định:**
 - + Số lượng tiểu cầu $< 50.000/mm^3$. Hoặc:
 - + Xuất huyết niêm mạc.
- **Prednisolon:**
 - + 2 mg/kg/ngày \times 10 - 14 ngày.
 - + Cho đến khi không còn xuất huyết thì giảm liều 1mg/kg/ngày.
 - + Cho đến khi tiểu cầu tăng lên $100.000/mm^3$ thì dùng liều duy trì 0,2 mg/kg, tuần dùng 5 ngày nghỉ 2 ngày \times 6 tháng.
- **Globulin miễn dịch:** Liều: 1g/kg/ngày \times 1-3 ngày (truyền tĩnh mạch). Nhược điểm: đắt.
- Hai biện pháp trên chỉ có tác dụng nâng tiểu cầu lên nhanh chóng ở giai đoạn cấp (có tiểu cầu giảm nặng, đe dọa xuất huyết não), không làm thay đổi diễn biến mạn tính của bệnh.

3.2. Điều trị hỗ trợ:

3.2.1. Cầm máu tại chỗ :

- Băng ép cầm máu.
- Nút mũi bằng gạc hoặc gelaspon mèche.
- Mũi, miệng: gạc tẩm Adrenalin.

3.2.2. Truyền khối tiểu cầu:

- Chỉ định: BN có tiểu cầu quá thấp, đang có có nguy cơ chảy máu nặng đe dọa tính mạng.
- Cứ 1 đơn vị khối tiểu cầu/5kg/lần có thể đưa tiểu cầu lên $100.000/mm^3$ sau 1h.

3.2.3. Truyền máu:

- Chỉ định:
 - + Xuất huyết gây thiếu máu nặng.
 - + Xuất huyết nhiều không cầm được.
 - + Hoặc tiểu cầu giảm nhiều mà không có khối tiểu cầu.
- Liều: 10-20 ml/kg/lần.

3.2.4. Tránh dùng thuốc ảnh hưởng tới chức năng tiểu cầu: Aspirin

3.3. Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu mạn tính:

3.3.1. Cắt lách:

- Chỉ định
 - + Trẻ > 5 tuổi.
 - + Tiến triển mạn tính, tái phát nhiều lần, mỗi lần tái phát có nguy cơ chảy máu nặng.
 - + Điều trị nội 6 tháng không kết quả.
- Sau cắt lách: kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

3.3.2. Ước chế miễn dịch:

- CD: cắt lách không có hiệu quả (tiếp tục xuất huyết và tiểu cầu tiếp tục giảm).
- Thuốc:
 - + Vinblastin, Vincristin.
 - + Cyclophosphamid, Cyclosporin A.
 - + 6MP.

4. ĐIỀU TRỊ (theo bài giảng thầy Viên):

- Bệnh có liên quan tới cơ chế miễn dịch và lâm sàng nổi bật là HC xuất huyết. Vì vậy, điều trị chủ yếu là cầm máu và các thuốc ức chế miễn dịch.
- Cần điều trị phù hợp với triệu chứng xuất huyết và mức độ giảm tiểu cầu.

4.1. Khi số lượng tiểu cầu $> 50.000/mm^3$:

- Chưa cần nhập viện, chưa cần điều trị đặc hiệu.
- Quan trọng là cần theo dõi diễn biến số lượng tiểu cầu và các biểu hiện xuất huyết ở niêm mạc, nội tạng để có thái độ điều trị thích hợp.
- Tránh dùng các thuốc ảnh hưởng tới chức năng tiểu cầu (Aspirin).

4.2. Khi tiểu cầu từ $20.000 - 50.000/mm^3$ và không có XH niêm mạc:

- Chưa dùng thuốc.
- Điều trị như trên.

4.3. Khi tiểu cầu từ $20.000 - 50.000/mm^3$ và có xuất huyết niêm mạc : Điều trị như khi tiểu cầu $< 20.000/mm^3$.

4.4. Khi tiểu cầu $< 20.000/mm^3$:

4.4.1. Điều trị đặc hiệu

- Nhập viện nhưng cũng chỉ cần nằm điều trị ở tuyến cơ sở, chọn một trong 2 cách sau:
- **Corticoid:**
 - + Là phương pháp rẻ tiền, phù hợp với điều kiện ở VN.
 - + Liều:
 - Methylprednisolon: 5-10 mg/kg/ngày x 5 ngày. Sau đó:
 - Prednisolon: 2 mg/kg/ngày x 5 ngày. Sau đó:
 - Prednisolon: 1 mg/kg/ngày x 5 ngày. Sau đó:
 - Prednisolon: 0,5 mg/kg/ngày x 5 ngày. Sau đó:
 - Prednisolon: 0,1 mg/kg/ngày x 5 ngày rồi ngừng hẳn (bất kể số lượng TC là bao nhiêu).
- **Globulin miễn dịch:**
 - + Liều: 1g/kg/ngày x 2 ngày (truyền tĩnh mạch).
 - + Nhược điểm: đắt tiền.
- **Lưu ý:** 2 biện pháp trên chỉ có tác dụng nâng tiểu cầu lên nhanh chóng trong giai đoạn cấp (có tiểu cầu giảm nặng, đe dọa xuất huyết não), không làm thay đổi diễn biến của bệnh thành mạn tính.

4.4.2. Điều trị hỗ trợ:

- **Cầm máu tại chỗ:**
 - + Băng ép cầm máu.
 - + Nút mũi bằng gạc hoặc gelaspon mèche.
 - + Mũi, miệng: gạc tẩm Adrenalin.
- **Truyền khối tiểu cầu:**
 - + Chỉ định: tiểu cầu quá thấp đang chảy máu nặng đe dọa tính mạng.
 - + Liều: 1 đơn vị/5kg/lần.
- **Truyền máu:**
 - + Chỉ định: xuất huyết gây thiếu máu nặng.
 - + Liều: 10-20 ml/kg/lần.
- **Tránh dùng thuốc ảnh hưởng tới chức năng tiểu cầu:** Aspirin.

4.4.3. Cắt lách:

- Chỉ định
 - + Trẻ >5 tuổi.
 - + Tiến triển mạn tính, tái phát nhiều lần, mỗi lần tái phát có nguy cơ chảy máu nặng.
 - + Điều trị nội > 1 năm không kết quả.
- Sau cắt lách: kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

4.4.4. Ước chế miễn dịch:

- CD: cắt lách không có hiệu quả.
- Thuốc:
 - + Vinblastin, Vincristin.
 - + Cyclophosphamid, Cyclosporin A.
 - + 6MP.