

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HO – HO RA MÁU

Nguyễn Hồ Lam, Lê Thượng Vũ

## **Mục tiêu học tập:**

- Trình bày được các khái niệm cơ bản liên quan vấn đề ho, ho ra máu
- Mô tả được các nguyên nhân thường gặp của bệnh nhân ho, ho ra máu
- Phân tích được các bước tiếp cận bệnh nhân ho
- Phân tích được các bước tiếp cận bệnh nhân ho ra máu
- Đề nghị được cận lâm sàng chẩn đoán bệnh nhân ho, ho ra máu

## **NỘI DUNG BÀI GIẢNG**

### **KHÁI NIỆM VỀ HO – HO RA MÁU:**

Ho có thể từng hiện diện ở tất cả mọi người và là một cơ chế bảo vệ bẩm sinh giúp loại bỏ nhày nhớt, độc chất hay chất viêm nhiễm khỏi thanh quản, khí quản và phế quản lớn. Ho còn là dấu hiệu của bệnh lý bên trong hay bên ngoài đường thở và phổi, là một chỉ điểm hữu ích cho bác sĩ và bệnh nhân trong quá trình tìm kiếm chẩn đoán bệnh. Ho được khởi đầu bằng một loạt các hoạt động hô hấp dẫn đến sự tổng xuất đột ngột của luồng khí tạo ra âm thanh ho đặc trưng. Ho: hít thở sâu và nhanh → đóng nắp thanh môn → co cơ bụng và cơ hô hấp → tăng đột ngột áp lực trong màng phổi và lồng ngực → mở nắp thanh môn và tổng xuất khí ra → pha hồi phục bằng hít vào sâu (áp lực trong lồng ngực có thể tăng lên 40 đến 400 cmH<sub>2</sub>O).

Ho có thể là chủ ý, không chủ ý hoặc phối hợp cả hai cơ chế. Một phản xạ ho không chủ ý có 3 loại kích thích thường gặp: cơ học, phản ứng viêm và tâm lý. Đa số trường hợp ho do một bệnh lý thực thể, tuy nhiên một số trường hợp do yếu tố tâm lý. Kích thích hướng tâm của ho bắt nguồn từ các thụ thể ho và được dẫn truyền đến trung tâm thông qua thần kinh số V, IX, X và thần kinh hoành. Những bệnh nhân ho khan, dai dẳng và không rõ nguyên nhân có thể do cơ chế tăng nhạy cảm thần kinh hướng tâm ở đường thở thông qua dự trữ nhiều neuropeptide. Thần kinh số X không chỉ mang xung động từ thanh quản, khí quản, phế quản, mà còn ở dạ dày và màng phổi. Thụ thể của đường thở hầu hết tập trung ở thanh quản, mật độ ít hơn ở đường dẫn khí gần, và không có ở đường dẫn khí xa. Thần kinh số IX mang kích thích từ vùng hầu họng, thần kinh số V từ mũi và các xoang cạnh mũi, thần kinh hoành từ vùng màng tim và cơ hoành. Con đường thần kinh vận động thậm chí còn nhiều hơn, không chỉ từ não, thần kinh hoành, mà còn từ các thần kinh ở các cơ gian sườn và cơ hô hấp phụ. Cung phản xạ ho có thể bị tổn thương do bệnh lý thần kinh. Sự co cơ hô hấp có thể suy yếu do suy kiệt, tuổi tác và bệnh thần kinh cơ.

Ho ra máu là tình trạng máu được tổng xuất từ đường hô hấp tại bất kỳ vị trí nào từ phế nang đến nắp thanh môn, lượng máu có thể thay đổi từ đám dây máu đến ho ra máu lượng nhiều. Ho ra máu có thể có rất nhiều nguyên nhân khác nhau và đa phần trường hợp đều có thể được tìm thấy nguyên nhân gây bệnh. Việc nhận định nguyên nhân và vị trí chảy máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc điều trị bệnh.

### **TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HO – HO RA MÁU:**

#### **1. Tiếp cận bệnh nhân ho:**

Xem xét đầu tiên khi tiếp cận bệnh nhân ho là (1) xác định mức độ ho (ho có quá mức không?) (2) đánh giá nguyên nhân có thể gây ho và (3) lên kế hoạch chẩn đoán và điều trị ho. Để giải quyết các vấn đề này, việc khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng có thể cung cấp những đầu mối hữu ích.

##### *1.1 Khai thác tính chất ho cần lưu ý những đặc điểm sau:*

- *Ho này là cấp, bán cấp hay ho mãn:* ho cấp < 3 tuần, ho bán cấp từ 3-8 tuần, ho mãn > 8 tuần. Tương ứng với thời gian ho sẽ có những nguyên nhân thường gặp nhất định.
- *Ho khan, ho có đàm hay ho ra máu:*

- ✓ Đàm là chất tiết đường hô hấp dưới. Ho có đàm gợi ý nguyên nhân có thể liên quan bệnh lý đường hô hấp dưới bao gồm phế quản hay nhu mô phổi. Ho khạc đàm thường hướng đến bệnh lý viêm phổi, viêm phế quản, dẫn phế quản hay những bệnh lý gây xuất tiết phế quản (K phế quản, sỏi phế quản, dị vật phế quản,...) nhưng đặc điểm này cũng có giới hạn vì có những nguyên nhân tương đồng giữa ho khan và ho đàm. Lượng đàm và màu sắc đàm cũng cần khai thác để theo dõi diễn tiến bệnh.
  - ✓ Ho đàm mủ gợi ý bệnh lý nhiễm trùng.
  - ✓ Ho ra máu thường gây ra lo lắng khiến hầu hết bệnh nhân nhanh chóng tìm đến sự chăm sóc y tế.
  - ✓ Ho khan có thể do nguyên nhân tại hoặc ngoài đường hô hấp
  - *Hoàn cảnh khởi phát ho:* ho nổi bật về đêm có thể gặp trong bệnh lý hen hay suy tim, ho sau bữa ăn có thể liên quan bệnh lý trào ngược dạ dày - thực quản, ho khi tiếp xúc với yếu tố kích thích, dị nguyên gợi ý tình trạng tăng nhạy cảm đường thở.
  - *Yếu tố làm tăng giảm ho:* hít sâu, cười, hít không khí lạnh, nói liên tục có thể làm khởi phát ho nhiều, ho giảm với sử dụng thuốc dẫn phế quản,...
  - *Triệu chứng kèm theo:*  
Triệu chứng kèm theo liên quan về mặt nguyên nhân gây ho: sốt, đau họng chảy mũi, đau ngực kiểu màng phổi, khô khè, khó thở, ợ hơi, ợ chua,...
- Triệu chứng kèm theo do ho quá mức gây ra (biến chứng của ho quá mức): Bảng 1

**Bảng 1: BIẾN CHỨNG DO HO QUÁ MỨC**

HÔ HẤP	CƠ XƯƠNG
Tràn khí màng phổi, trung thất, màng bụng	Đau cơ gian sườn
Tràn khí dưới da	Tổn thương cơ thẳng bụng với tăng CPK
Tổn thương thanh quản	Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ
TIM MẠCH	TIÊU HÓA
Rối loạn nhịp tim	Thoát vị thực quản
Mất ý thức	KHÁC
Xuất huyết kết mạc	Tiểu không tự chủ
THẦN KINH TRUNG ƯƠNG	Ảnh hưởng về mặt xã hội,
Ngất, đau đầu	Chấm xuất huyết, ban xuất huyết
Thuyên tắc khí não	Ảnh hưởng vết mổ

## 1.2 Nguyên nhân ho:

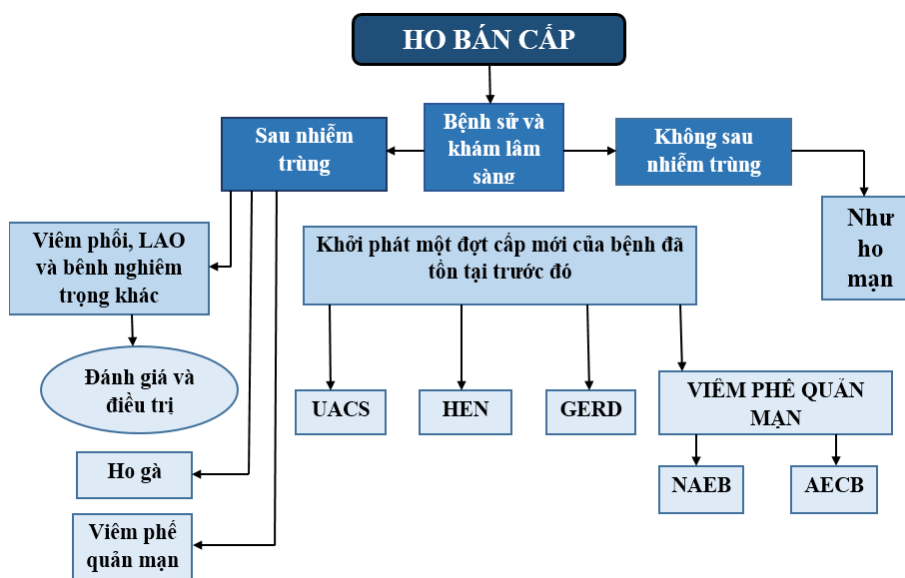
**Bảng 2: NGUYÊN NHÂN CỦA HO**

	CẤP	BÁN CẤP	MÃN
THƯỜNG GẶP	Cảm lạnh Viêm mũi (dị ứng, kích thích, vận mạch) Viêm xoang cấp	Ho sau viêm/nhiễm trùng	Hội chứng ho hô hấp trên (UACS) Lao, Hen, thuốc ức chế men chuyển Viêm phế quản tăng eosinophil không phải hen (NAEB) Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) Đợt cấp viêm phế quản mạn (AECB)
ÍT GẶP HƠN	Đợt cấp bệnh đường thở (hen, dẫn phế quản, bệnh phổi tắc	Viêm mũi vi trùng bán cấp	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Dị vật đường thở, dẫn phế quản

	ngheãn mẫn tính)	Hen	Ung thư phổi
KHÔNG THƯỜNG GẶP	Đe dọa tính mạng (viêm phổi, bệnh tim mạch, thuyên tắc phổi)	Ho gà	Suy tim sung huyết, hít sặc mẫn tính U trung thất, tuyến giáp chèn đường thở Bệnh phổi mô kẽ, sấp tai, ho tâm lý

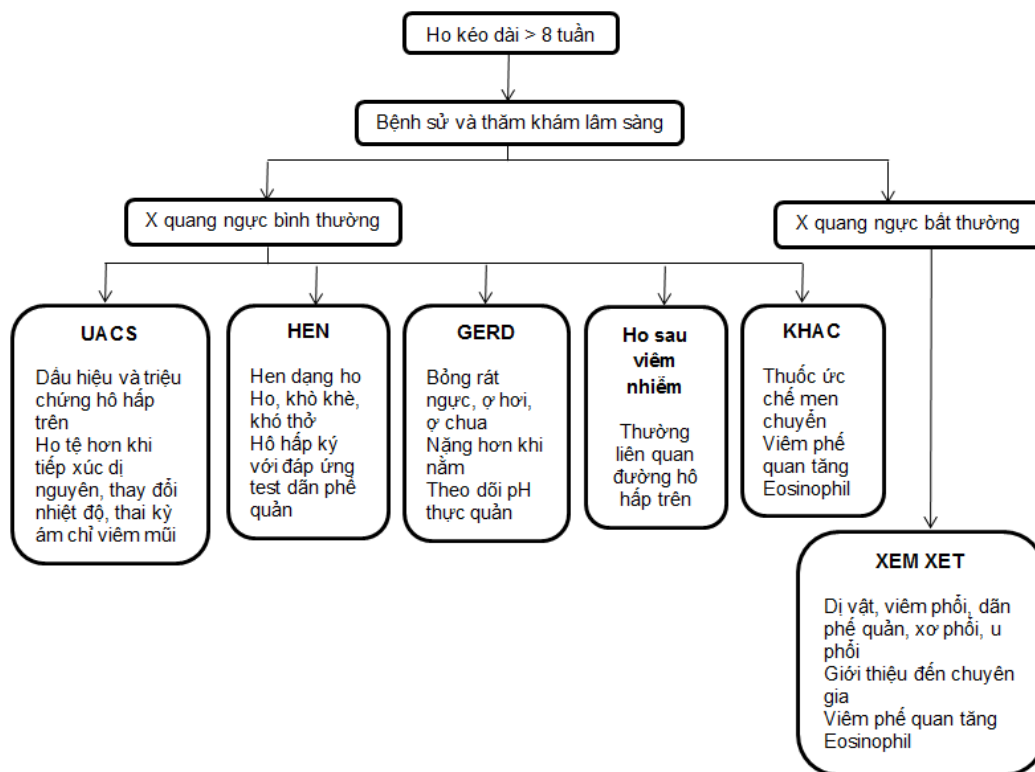
*Ho cấp*: thường gây ra do nhiễm trùng hay nhiễm siêu vi đường hô hấp trên. Triệu chứng kèm theo gồm chảy dịch mũi sau, cảm giác vướng ở họng, ngứa họng, đau họng, nghẹt mũi và chảy mũi.

*Ho bán cấp*:



**Hình 1** : Sơ đồ tiếp cận ho bán cấp ở bệnh nhân  $\geq 15$  tuổi với ho 3-8 tuần.

*Ho mãn*:



**Hình 1 : Sơ đồ tiếp cận ho mãn**

## **2. Tiếp cận bệnh nhân ho ra máu:**

Tiếp cận bệnh nhân hội chứng ho ra máu qua 5 câu hỏi: Có ho máu? → Lượng nhiều? → Biến chứng? → Tiến triển? → Bên phải hay bên trái? Một khi có thông tin đầy đủ hội chứng ho ra máu, có thể tiếp cận chẩn đoán và điều trị ngay. Câu hỏi nguyên nhân là gì thường cần thời gian để trả lời và có thể trả lời sau sơ cấp cứu để tình trạng bệnh nhân tạm ổn.

- Chẩn đoán xác định có ho ra máu: Hỏi bệnh ghi nhận tiền sử hoặc nguy cơ bệnh lý phổi-phế quản, bệnh sử thấy có tiền triệu ngứa cổ, muốn ho. Bệnh nhân khai đưa máu ra bằng gắng sức ho, máu thường đỏ, có lẫn bọt hoặc đàm, có đờm khaki huyết, pH máu kiềm. Chẩn đoán phân biệt với các chảy máu đường hô hấp trên (khám tai mũi họng) và nôn (ói ra máu) từ đường tiêu hóa.
  - Lượng ít hay nhiều: Phân loại theo lượng máu mất có tính tương đối vì lượng máu ho ra chỉ thể hiện một phần lượng máu mất. Ho ra máu lượng ít: máu ra như sợi chỉ hoặc đàm lẫn máu. Ho ra máu lượng nhiều: lượng máu ho ra > 100ml/24giờ.
  - Chẩn đoán tiến triển: Thay đổi màu sắc máu đen dần và lượng máu ít dần nghĩ bệnh ngừng tiến triển. Nhiều trường hợp ho ra máu chưa đạt tiêu chuẩn lượng nhiều nhưng vẫn còn tiến triển cũng nên được xem xét như một trường hợp nặng và xử trí tích cực.
  - Chẩn đoán biến chứng: Biến chứng thường gặp và đáng sợ nhất là suy hô hấp (chết đuối trên cạn). Choáng mất máu và/hoặc thiếu máu ít gặp hơn.
  - Bên ho ra máu cho phép can thiệp chẩn đoán điều trị khác nhau (nằm nghiêng, nội khí quản bên nào; bơm tắc mạch cầm máu bên nào)
  - Chẩn đoán nguyên nhân ho ra máu.
- + Bệnh sử rất có giá trị: Ho đàm nhầy mủ hay mủ có vẩy máu gợi ý nhiễm trùng đường hô hấp dưới là nguyên nhân gây ho máu. Ho đàm mãn tính thay đổi tính chất đàm gần đây gợi ý đợt cấp viêm phế quản mạn. Ho đàm mủ kèm sốt cao hay lạnh run gợi ý viêm phổi, đàm có mùi hôi gợi ý áp xe phổi. Đàm nhầy mủ mạn tính lượng nhiều gợi ý dẫn phế quản.

- Ho ra máu sau khởi phát của đau ngực màng phổi và khó thở gợi ý thuyên tắc phổi. Bệnh sử đau hoặc sưng khớp, tiểu máu, ban da gợi ý bệnh tự miễn.
- + Tiền căn: Bệnh lý thận (Goodpastures syndrome hay Wegener's granulomatosis), lupus ban đỏ hệ thống, ung thư, lao phổi. Bệnh nhân AIDS cần chú ý khả năng sarcom Kaposi ở nội phế quản hay chủ mô phổi. Tiền căn hút thuốc lá, tiền căn tiếp xúc với amiăng gợi ý bệnh phổi mạn hay ung thư phổi / màng phổi. Tiền căn sử dụng thuốc kháng đông hay những thuốc đang dùng hiện có thể ảnh hưởng đến tiểu cầu. Thói quen ăn cua suối (cua đá) ở các tỉnh phía Bắc gợi ý khả năng nhiễm sán lá phổi (*Paragonimus westermani*).
  - + Khám thực thể: Quan sát đàm ngay bên giường bệnh: màu sắc, lượng ho ra máu hoặc kèm đàm mủ. Bản thân tình trạng hiện diện máu trong phổi-phế quản có thể gây ran phế quản và ran nổ. Sự hiện diện ran mới khu trú có thể gợi ý bên tổn thương. Một số biểu hiện có thể gợi ý nguyên nhân như tiếng cọ màng phổi (thuyên tắc phổi), ran ngáy kèm ran nổ 2 thì (dẫn phế quản). Khám tim có thể thấy tăng áp động mạch phổi, hẹp hai lá hay suy tim. Khám da có thể phát hiện sarcom Kaposi, sang thương da của lupus, dị dạng động tĩnh mạch của Rendu-Osler-Weber.

**Bảng 3: NHỮNG NGUYÊN NHÂN CHÍNH CỦA HO RA MÁU - BATTLE CAMP**

Viêm phế quản (Broncholitis)	Bất thường đông máu (Coagulopathy)
Dãn phế quản (Bronchiectasis)	Bệnh tự miễn (Autoimmune disease)
U nấm (Aspergilloma)	Dị dạng động tĩnh mạch (AV malformations)
U bướu (Tumour)	Xuất huyết phế nang (Alveolar hemorrhage)
Lao (Tuberculosis)	Hẹp hai lá (Mitral stenosis)
Áp xe phổi (Lung abscess)	Viêm phổi (Pneumonia)
Thuyên tắc phổi (Emboli)	

### CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN HO – HO RA MÁU:

Xét nghiệm cận lâm sàng cần xem xét thực hiện cho bệnh nhân ho: X quang ngực thẳng, X quang xoang blondeau - hirtz, chức năng hô hấp với test dẫn phế quản, xét nghiệm đàm tìm vi trùng lao, cấy đàm hay PCR phát hiện vi khuẩn *Bordetella pertussis*, chụp cắt lớp vi tính ngực – xoang, nội soi phế quản, theo dõi pH thực quản trong chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản.

Xét nghiệm cận lâm sàng xem xét cho bệnh nhân ho ra máu: công thức máu, đông máu toàn bộ, chức năng thận và tổng phân tích nước tiểu, x quang ngực thẳng, chụp cắt lớp vi tính ngực độ phân giải cao, nội soi phế quản, xét nghiệm đàm tìm vi trùng lao và các xét nghiệm tùy vào nguyên nhân hướng đến.

### KẾT LUẬN:

Ho là triệu chứng rất thường gặp trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là triệu chứng khiến bệnh nhân thường đến khám tại các phòng khám. Việc tiếp cận chẩn đoán bệnh nhân ho quan trọng là xác định nguyên nhân ho. Những thông tin lâm sàng từ việc hỏi bệnh và thăm khám sẽ là những đầu mối quan trọng hướng dẫn chỉ định xét nghiệm cũng như chẩn đoán bệnh hiệu quả. Ho ra máu là một thể riêng, nên được xem xét tiếp cận một cách phù hợp vì triệu chứng này thường gây lo lắng cho người bệnh cũng như tiềm ẩn nguy cơ cấp cứu quan trọng.

### CÂU HỎI THẢO LUẬN:

1. Phân tích những đặc điểm lâm sàng giúp phân biệt ho ra máu, ới ra máu và chảy máu từ đường hô hấp trên?
2. Có thể xác định nguyên nhân ho dựa vào những đặc điểm lâm sàng nào?
3. Ca lâm sàng minh họa:

Một bệnh nhân nữ, 53 tuổi đến khám vì ho khoảng 4 tháng.

Bệnh sử: Ho khan, ho thường xuất hiện về đêm và đặc biệt xuất hiện khi bệnh nhân tiếp xúc không khí lạnh hay mùi nồng. Ngoài ra, bệnh nhân cũng hay chảy mũi, hắt hơi và có cảm giác dịch vướng thành sau họng. Bệnh nhân không khó thở nhưng có những lúc nghe thấy tiếng thở khò khè. Bệnh nhân ăn uống bình thường, không ợ hơi hay ợ chua.

Tiền căn: Tăng huyết áp điều trị hằng ngày với zestril 10mg. Gia đình có mẹ bị Hen.

Khám lâm sàng chưa phát hiện bất thường.

- Phân tích những tính chất của triệu chứng ho trên bệnh nhân này?
- Nêu nguyên nhân ho có thể trên bệnh nhân này?
- Đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán bệnh?

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Triệu chứng học nội khoa, Bộ môn Nội, Đại học Y Dược TP.HCM (2012). Nhà xuất bản Y học.
2. Harrison's Principles of Internal Medicine, ấn bản lần thứ 19 (2016). Nhà xuất bản McGraw Hill.
3. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 6<sup>th</sup> ed (2016) chap 30. Cough
4. Fishman's pulmonary disease 4<sup>th</sup> ed, chap 27. Cough (2008)
5. Francesco De Blasio<sup>1</sup> , Johann C Virchow. Cough management: a practical approach. Cough 2011, 7:7
6. Jacob Bidwell, Robert Patchner. Hemoptysis: diagnosis and management. Am Family Physician 2005; 7; 1253.
7. Ronald C Silvestri, Steven E Weinberger. Evaluation of subacute and chronic cough. In Uptodate (2017).
8. Steven E Weinberger, Praveen N Mathur, Helen Hollingsworth. Etiology and evaluation of hemoptysis in adults. In Uptodate (2017).