





# KHOA HÔ HẤP BV. BẠCH MAI – 30 NĂM XÂY DỰNG VÀ TRƯỞNG THÀNH

- Trước năm 1976 chỉ có 1 tổ Hô Hấp nằm trong khoa Cấp Cứu A9 (thuộc khoa Nội).
- Năm 1976, khoa Hô Hấp tách ra khỏi khoa Cấp cứu A9, chuyển lên C2 - là một trong các phân khoa của khoa Nội.
- Ban lãnh đạo ban đầu: PTS. Chu Văn Ý, BS. Nguyễn Văn Thành.
- Ngày 3/6/1981, Bộ Y tế ra quyết định số 506/BYT-QĐ chính thức thành lập Khoa.
- PTS. Chu Văn Ý: Trưởng khoa: 1976 – 1991.
- PGS. Nguyễn Văn Thành: Phó Trưởng khoa: 1976 – 1991. Trưởng khoa: 1991 – 1999.
- PGS.TS. Bùi Huy Phú: Phó Trưởng khoa: 1992 – 2000. Trưởng khoa: 2001 – 2002.
- TS. Đào Kỳ Hưng: Phó Trưởng khoa: 1999 – 2002. Phụ trách khoa: 2002 – 2003.
- BS. Nguyễn Hải Anh: Phó Trưởng khoa: 2001 – nay.
- PGS.TS. Ngô Quý Châu: Phó trưởng khoa: 2002 – 2003. Trưởng khoa: 2003 - nay.
- YS. Đinh Văn Cước: Y tá trưởng: 1976 – 1980.
- YTTH. Phạm Kim Nha: Y tá trưởng: 1980 – nay.



Khoa Hô Hấp năm 1984



Khoa Hô Hấp năm 2005



Đốt điện cao tần qua nội soi trong điều trị K khí phế quản



Nội soi màng phổi



Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT



Thở máy BIPAP tại khoa Hô Hấp



PTS. Chu Văn Ý



PGS. Nguyễn Văn Thành



YS. Đinh Văn Cước



PGS.TS. Bùi Huy Phú



TS. Đào Kỳ Hưng



PGS.TS. Ngô Quý Châu



BS. Nguyễn Hải Anh



YTTH. Phạm Kim Nha

## CÁC CÔNG TÁC HOẠT ĐỘNG CỦA KHOA

### 1. Công tác chuyên môn

- Khoa có 50 giường bệnh, thường xuyên điều trị cho 80 – 100 bệnh nhân.
- Thực hiện các kỹ thuật tiên tiến, hiện đại:
  - + Nội soi màng phổi, đốt điện động các khối u, sẹo hẹp khí phế quản.
  - + Nội soi phế quản ống mềm, thăm dò chức năng thông khí phổi.
  - + Sinh thiết phổi qua thành ngực với hướng dẫn của CLVT, siêu âm.
  - + Sinh thiết màng phổi.
  - + Thở máy không xâm nhập (CPAP và BIPAP), xâm nhập.
- Tích cực tham gia công tác phòng chống dịch bệnh: SARS, cúm typ A H5N1.
- Tập huấn SARS cho BV. Lào và bệnh phổi trung ương, Hữu Nghị, Trung ương Huế.
- Thường xuyên đào tạo cho hàng nghìn học sinh, sinh viên và học viên sau đại học.

### 2. Công tác nghiên cứu khoa học

- Tham gia thực hiện 01 đề tài cấp nhà nước.
- Thực hiện 04 đề tài cấp bộ và nhiều đề tài cấp cơ sở.

### 3. Chỉ đạo tuyến

- Tham gia công tác chỉ đạo tuyến cho nhiều bệnh viện ở Hà Nội và Bắc – Trung Bộ

### 4. Hợp tác quốc tế

- Trung tâm Viện trưởng Nancy- Cộng hoà Pháp, Hội Phổi Pháp Việt và Trung tâm Y tế quốc tế Nhật Bản.
- Đào tạo cho nhiều sinh viên, bác sỹ các nước Pháp, Mỹ, Thụy Sĩ, Thụy Điển, Úc.

### 5. Các khen thưởng đã đạt được của đơn vị

- Danh hiệu tổ lao động tiên tiến, tổ lao động giỏi nhiều năm: 1976, 1977, 1978, 1979...
- Danh hiệu đơn vị đạt giải nhất trong công tác năm 2001, 2002, 2004, 2005.
- Bằng khen của Thủ Tướng chính phủ, Bộ Y tế, Giám đốc bệnh viện về thành tích xuất sắc trong phòng chống dịch bệnh SARS năm 2003.
- Bằng khen của Bộ Y tế về thành tích xuất sắc năm 2004.
- Bằng khen của Bộ Trưởng Bộ Y tế về thành tích hội thao kỹ thuật tuổi trẻ sáng tạo.
- Giải ba Hội thao kỹ thuật tuổi trẻ sáng tạo ngành y tế Hà Nội năm 2005.



# CÁC HOẠT ĐỘNG CỦA KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI



Giao ban hàng ngày với Video projector



Đón tiếp bệnh nhân vào viện



Khám bệnh nhân vào viện



Khám phát hiện BPTNMT tại cộng đồng



Soi phế quản cho bệnh nhân tại khoa Hô Hấp



Sinh thiết XTN dưới hướng dẫn của siêu âm



Đo chức năng thông khí phổi



Xi thuốc tâm test hồi phục phế quản



Sinh thiết màng phổi



Sau đốt điện cao tần điều trị K khí phế quản



Vỗ rung & dẫn lưu tư thế



Chăm sóc bệnh nhân sau nội soi màng phổi



Tiêm truyền cho bệnh nhân



Lĩnh thuốc và thanh toán viện phí qua máy tính



Tổ chức ngày BPTNMT toàn cầu tại Bộ Y tế - 2005



Đào tạo sinh viên và học viên sau đại học

# GIÃN PHẾ QUẢN

Ts. Bs. Chu Thị Hạnh  
Khoa Hô Hấp Bệnh viện Bạch Mai

# ĐỊNH NGHĨA

- Giãn phế quản là tình trạng tăng bất thường, hằng định và không hồi phục khẩu kính phế quản của một phần PQ.
- Có thể giãn ở phế quản lớn trong khi phế quản nhỏ vẫn bình thường hoặc giãn ở phế quản nhỏ trong khi phế quản lớn bình thường.

# CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Giãn phế quản có thể bẩm sinh do di truyền hoặc do mắc phải.
- 3 cơ chế quan trọng: nhiễm khuẩn, tắc phế quản và xơ hoá quanh phế quản.
- Bình thường VK rất khó kết dính vào biểu mô PQ nhưng khi biểu mô PQ bị tổn thương thì VK lại dễ kết dính vào biểu mô, gây viêm, làm cho thành PQ bị phá huỷ và bị giãn ra.

# NGUYÊN NHÂN

- ❖ Dị tật bẩm ở cấu trúc phế quản:
  - Hội chứng Kartagener mô tả 1933
  - Hội chứng Williams – Campbell
  - Hội chứng Mounier – Kuhn
- ❖ Rối loạn thanh lọc nhầy nhưng mao:
  - Hội chứng rối loạn vận động nhưng mao
  - Rối loạn vận động nhưng mao thứ phát của hen phế quản.

# NGUYÊN NHÂN

- ❖ Rối loạn cơ chế bảo vệ:
- Suy giảm miễn dịch bẩm sinh: giảm gamma - globulin máu, giảm chọn lọc IgA, IgM, IgG.
- Suy giảm miễn dịch thứ phát: dùng thuốc gây độc tế bào, nhiễm HIV/AIDS, bệnh ở tuỷ, bệnh bạch cầu mạn tính.
- ❖ Do bệnh xơ hoá kén (Mucoviscidose): chiếm 50% các trường hợp GPQ, là nguyên nhân thường gặp nhất ở Châu Âu và Bắc Mỹ.



# NGUYÊN NHÂN

- Do viêm hoại tử ở thành phế quản: GPQ sau NK phổi như lao, viêm phổi vi khuẩn, vi rút, sởi, ho gà, do dịch dạ dày hoặc máu bị hít xuống phổi, hít thở khói hơi độc.
- Do phế quản lớn bị tắc nghẽn: lao hạch phế quản, hoặc dị vật rơi vào phế quản ở trẻ em, u phế quản hoặc sẹo xơ: lao phổi xơ, lao xơ hang, áp xe phổi mạn tính

# NGUYÊN NHÂN

- Đáp ứng miễn dịch quá mức: bệnh Aspergillus phổi phế quản dị ứng. Đáp ứng miễn dịch quá mức cũng có thể xảy ra sau ghép phổi.
- GPQ vô căn: giãn phế quản vô căn có thể do rối loạn thanh lọc phổi phế quản, nhưng bị bỏ qua, thường gặp ở người lớn ở tuổi dưới.

# PHÂN LOẠI

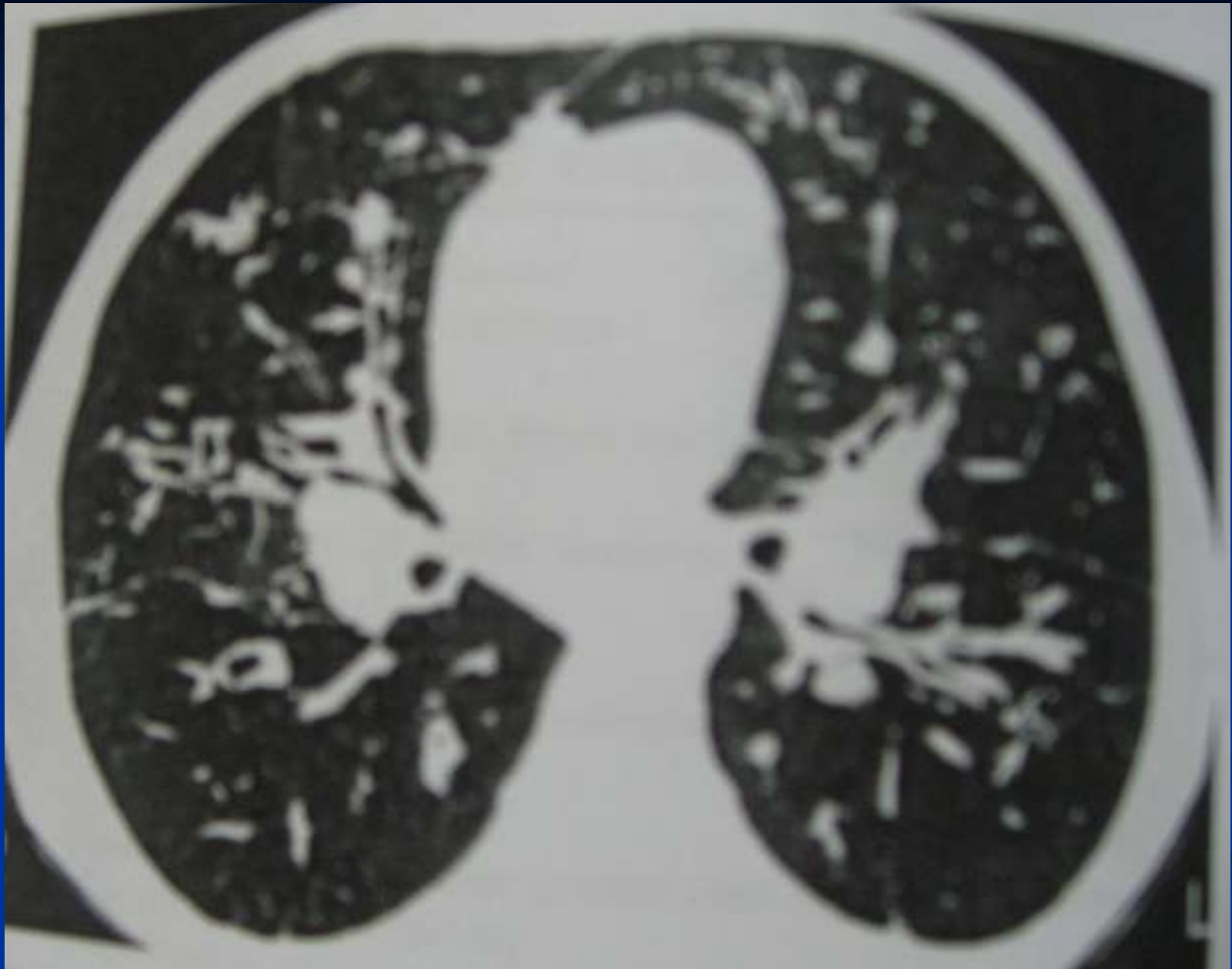
- ❖ Giãn phế quản do viêm, do thành phế quản bị phá huỷ
- ❖ Giãn phế quản thể xẹp phổi (thường xẹp ở thùy dưới trái).
- ❖ Giãn phế quản do nhu mô phổi bị co kéo
- ❖ Giãn phế quản bẩm sinh
- ❖ Giãn phế quản vô căn



# PHÂN LOẠI

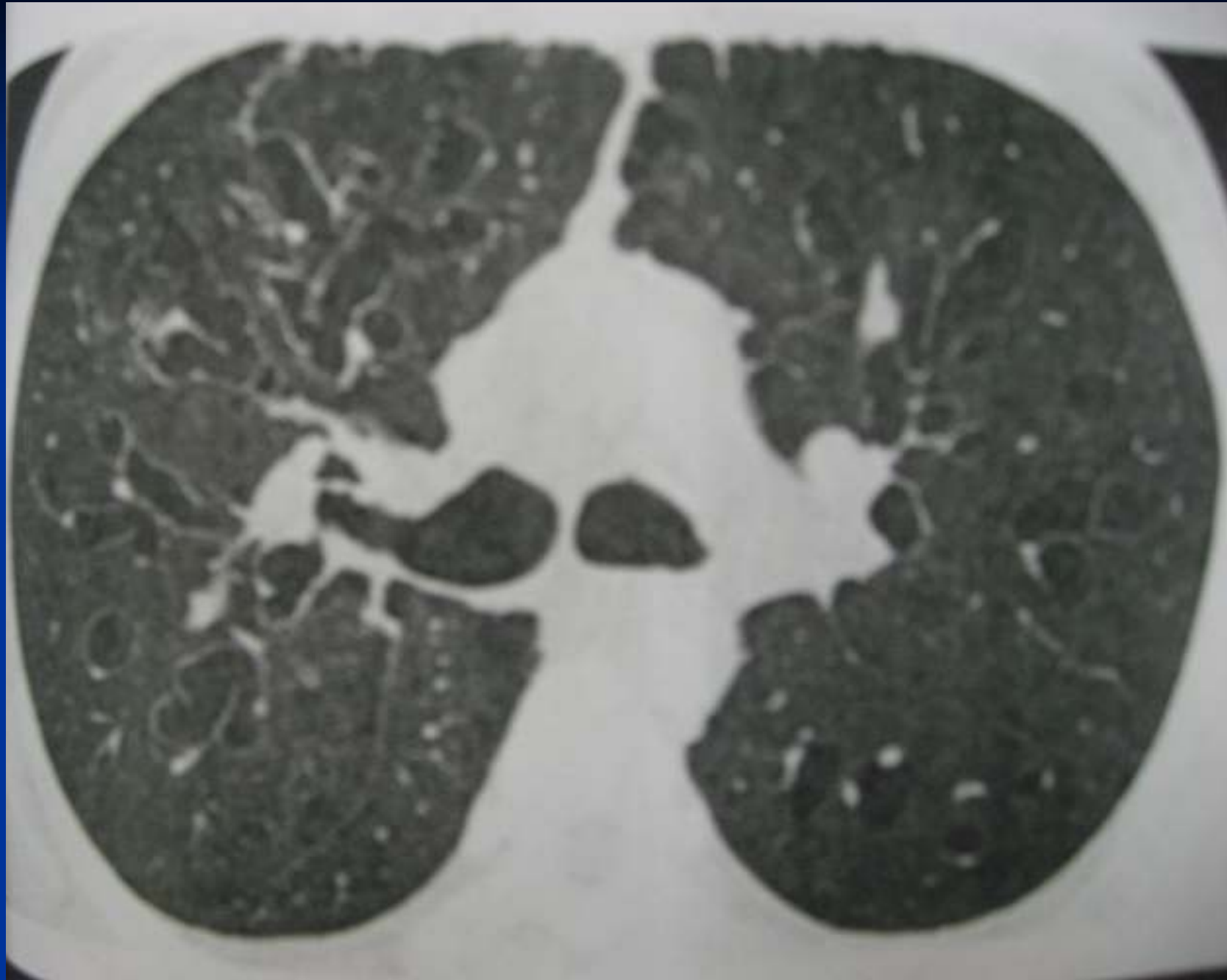
- GPQ hình trụ (hình ống): đường viền ngoài của PQ đều đặn và đường kính của các PQ xa không tăng lên nhiều,
- GPQ hình tràng hạt: có chỗ giãn có chỗ co hẹp làm cho đường viền ngoài PQ không đều giống như các tĩnh mạch bị giãn hoặc tràng hạt.
- GPQ hình túi: PQ phía dưới to hơn PQ phía trên, giãn rộng tạo thành các túi, hình chùm nho, hình tổ ong. .











# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- ❖ Tiền sử: ho, khạc đờm, ho ra máu.
- ❖ Ho dai dẳng.
- ❖ Khạc đờm mủ hàng ngày số lượng nhiều
- ❖ Đờm có 3 lớp:
  - Lớp trên là bọt
  - Lớp giữa là nhầy
  - Lớp đáy là mủ và có thể có dây máu



# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- ❖ Ho ra máu (từ ít đến nhiều)
- ❖ Thở khô ra máu: không khạc đờm
- ❖ Trẻ em: ít gặp ho ra máu.
- ❖ Đau ngực: có thể là dấu hiệu sớm của nhiễm khuẩn phế quản ở vùng giãn phế quản.
- ❖ Viêm phổi tái diễn ở vùng giãn phế quản
- ❖ Có thể đờm mủ nhiều, hơi thở thối

# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- ❖ Khám phổi: ran nổ ở vùng giãn phế quản, ở giai đoạn nặng và GPQ lan toả có thể có ran rít ran máu
- ❖ Ngón tay dùi trống
- ❖ Tiền sử gia đình mắc bệnh phổi
- ❖ Tiền sử nhiễm khuẩn lúc nhỏ: ho gà, thủy đậu, nhiễm virus

# CÁC THỂ BỆNH

- ❖ GPQ thể khô ra máu
- ❖ GPQ cục bộ (khu trú)
- ❖ GPQ lan toả
- ❖ GPQ có xẹp phổi (xẹp phổi thùy dưới trái)
- ❖ Ngoài thể điển hình (57,7%) và thể xẹp phổi (33,8%) còn có thể gặp thể áp xe hoá (18,3%) thể giả lao phổi (11,3%), thể viêm phổi mãn tính 7% và thể giả u phổi (5,6%).



# CẬN LÂM SÀNG

## ❖ X-quang phổi thẳng nghiêng:

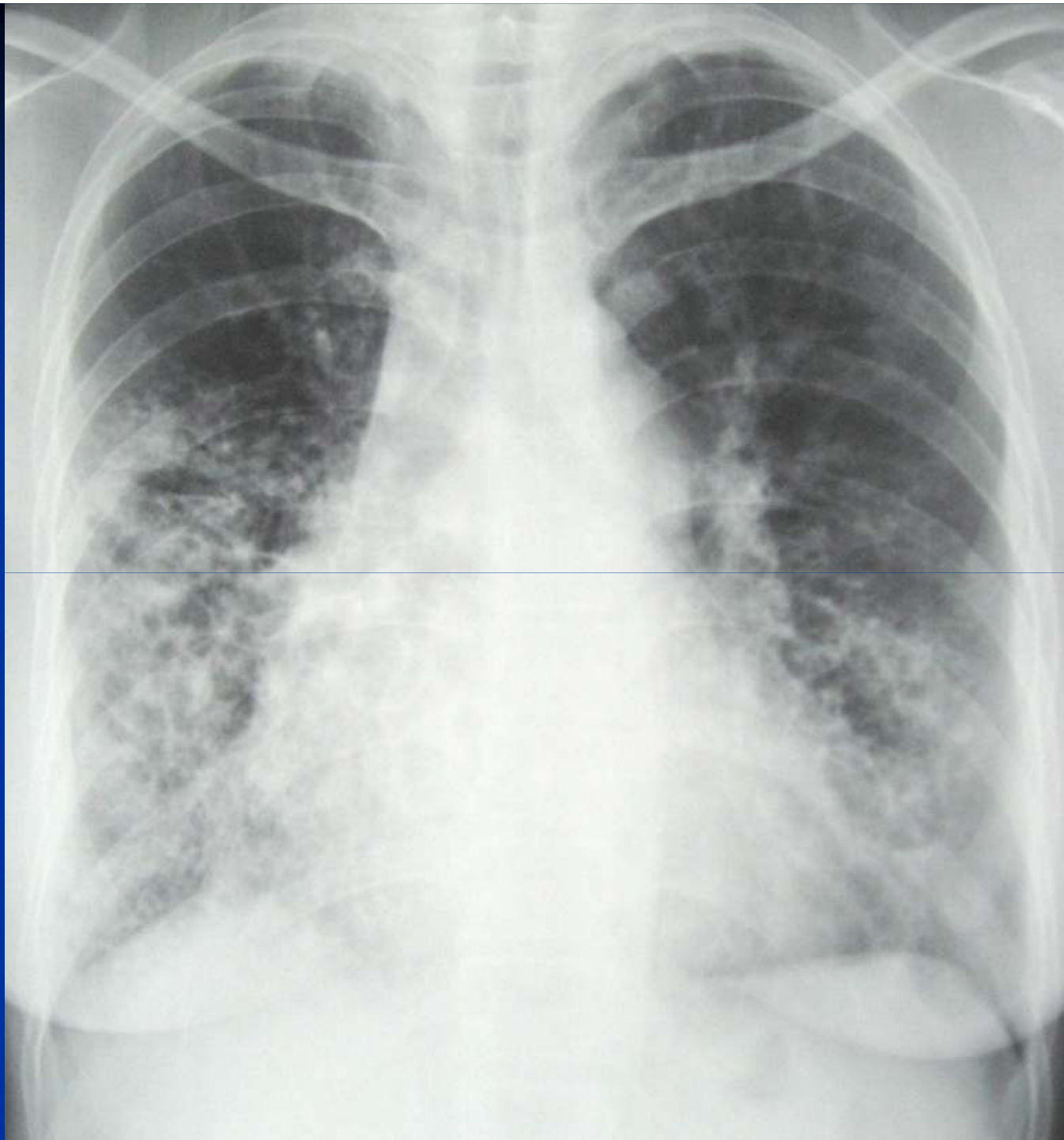
### ➤ Dấu hiệu trực tiếp:

- Thành phế quản tạo thành các đường song song (đường ray).
- Vòng sáng hình nhẫn do dày thành PQ
- Nếu có nhiều dịch trong PQ thì: Có các ổ sáng nhỏ giống hình ảnh tổ ong, có thể có túi với mực nước hơi kích thước thường không quá 2 cm.

# CẬN LÂM SÀNG

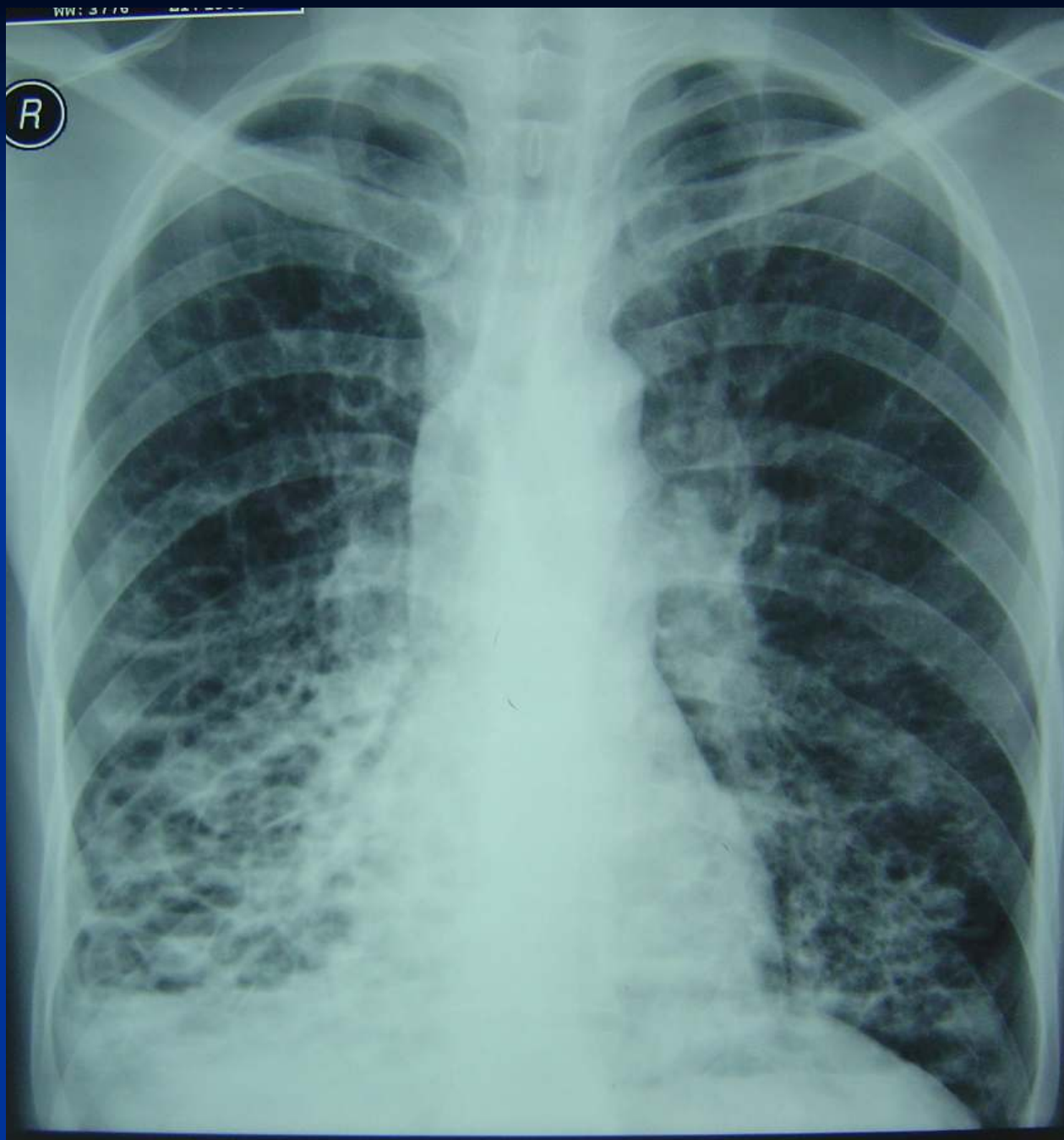
## ➤ **Dấu hiệu gián tiếp:**

- Thể tích của thùy phổi có GPQ nhỏ lại, thùy phổi lành giãn ra. ở vùng phổi bị GPQ, có viêm phổi tái diễn.
  - Có thể có xẹp phổi co kéo
  - Có thể có các vùng giãn phế nang do xơ hoá
- ## ➤ Khoảng 7 - 30% trường hợp chụp phổi chuẩn không thấy gì bất thường.









# CẬN LÂM SÀNG

## ❖ Chụp PQ có cản quang:

- Bơm thuốc cản quang qua ống soi PQ mềm, qua sond hoặc tiêm cản ngang qua sụn giáp nhân.
- Chỉ cho phép khẳng định chẩn đoán và xác định loại GPQ.
- Khó thực hiện do bệnh nhân không thích nghi.

# CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

- ❖ Đường kính trong của phế quản lớn hơn động mạch đi kèm
- ❖ Các phế quản không nhỏ dần
- ❖ Thấy phế quản ở cách màng phổi thành ngực dưới 1cm
- ❖ Thấy phế quản đi sát vào trung thất.
- ❖ Thành phế quản dày.

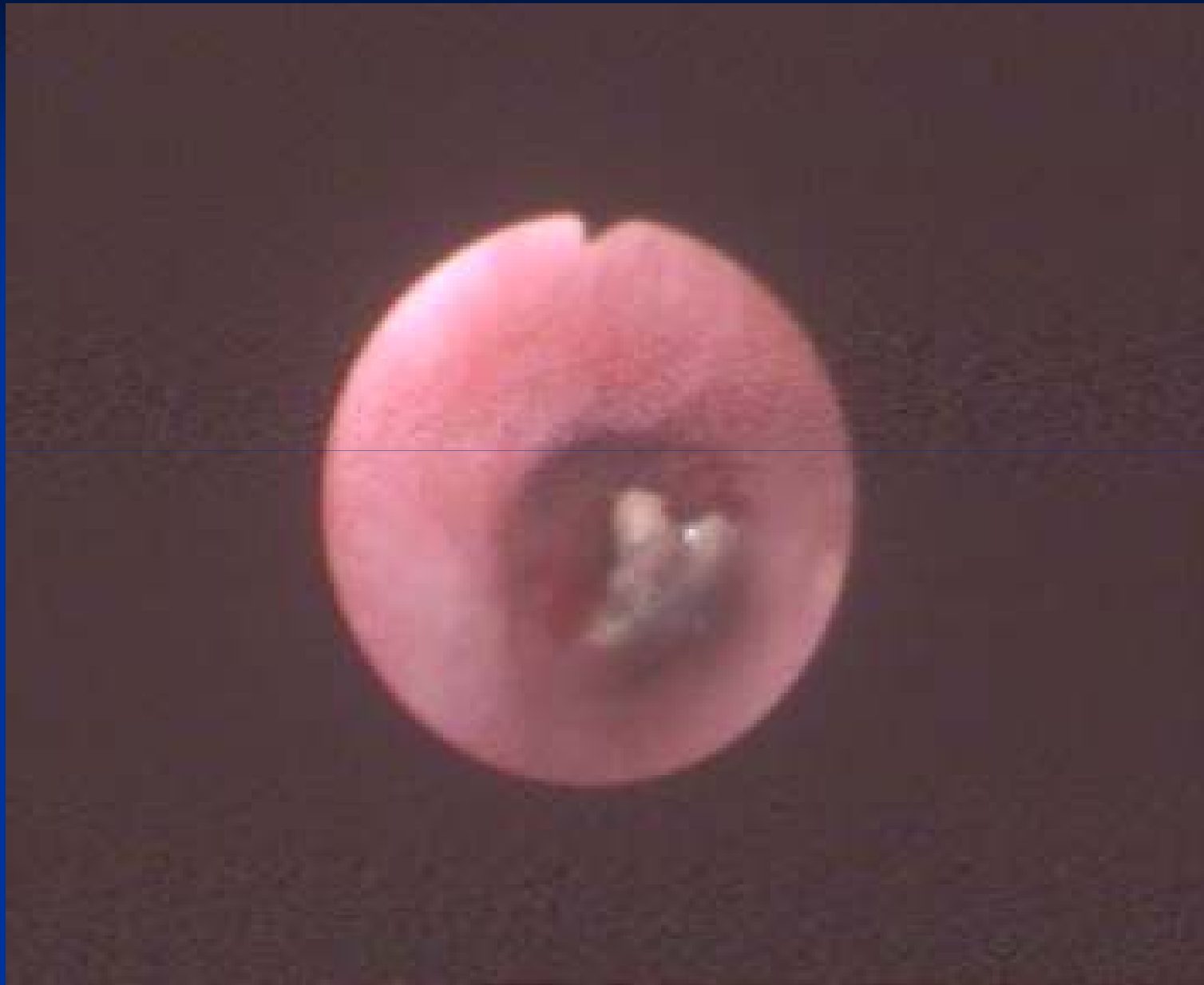


# CẬN LÂM SÀNG

- ❖ Soi PQ: tìm nguyên nhân tắc PQ do u hoặc do dị vật, để lấy dịch tiết PQ tìm vi khuẩn, còn có thể chỉ định để chẩn đoán vị trí hoặc điều trị ho ra máu.
- ❖ Chụp xoang: tìm hội chứng xoang phế quản
- ❖ Điện tâm đồ: Dấu hiệu của TALĐMP
- ❖ Cấy đờm tìm vi khuẩn
- ❖ CNHH: CNTK, khí máu động mạch







# CHẨN ĐOÁN ĐỊNH HƯỚNG

## ❖ Lâm sàng:

- Ho ra máu, đau ngực khu trú, hạch đòn mủ, móng tay khum, khám phổi có hội chứng đông đặc co rút và hội chứng ba giảm, ran nổ.

## ❖ Xquang phổi chuẩn:

- Thể tích vùng GPQ nhỏ lại, hình ảnh viêm phổi xung quanh ổ giãn, tái diễn nhiều lần, các ổ sáng tròn có mực nước ngang, hình ảnh ngón tay đi găng, xẹp phổi và giãn phổi bù, hội chứng phế quản.

# CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- ❖ Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao
- ❖ Chụp phết quản: dùng cảm quang tan trong nước.

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- ❖ Đối với tất cả các loại GPQ đều phải tìm nguyên nhân
- ❖ GPQ khu trú:
  - Sẹo lao: thường gặp ở thùy trên
  - Có ho máu: cần tìm lao tái phát (XN đờm tìm BK), nấm (hình hang nấm trên nền sẹo lao, XN tìm nấm)
  - Hội chứng thùy giữa: dạng GPQ khu trú rất điển hình, thường sau lao sơ nhiễm: hạch rốn phổi to và có canxi hoá



# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

## ❖ Giãn phế quản khu trú:

- Dị vật phế quản: thường gặp ở trẻ em, có hội chứng xâm nhập, soi phế quản tìm dị vật
- Khối u: có thể ác tính, ác tính vừa carcinoide thường chảy máu hoặc u lành tính (hiếm gặp hơn)
- Nấm phổi phế quản dị ứng: GPQ ở phần trên, hình ảnh ngón tay đeo găng, triệu chứng HPQ phụ thuộc corticoid

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- ❖ Giãn phế quản lan toả:
- Mucoviscidose: thường xảy ra ở năm đầu tiên sau sinh, tổn thương nhiều cơ quan: suy tụy (ỉa chảy phân mỡ, đau bụng, ĐTĐ phụ thuộc Insuline..), xơ gan, gan to, túi mật teo, định lượng Clo trong mồ hôi ( $>60\text{mmol/l}$  đối với trẻ em và  $>70\text{mmol/l}$  đối với người lớn)

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

## ❖ Giãn phế quản lan toả:

- Rối loạn vận động nhung mao: chẩn đoán dựa vào nghiên cứu chức năng thanh lọc nhầy của tế bào lông chuyển qua chải phế quản, sinh thiết niêm mạc PQ và nghiên cứu siêu cấu trúc của nhung mao. Test saccharine: đặt một lượng nhỏ vào niêm mạc mũi đề nghị bn nuốt 30 giây/lần, nếu bn có cảm giác ngọt sau 20 phút chứng tỏ nhung mao bình thường

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

## ❖ Giãn phế quản lan tỏa:

- H/C Mounier – Kuhn: polype mũi và giãn phế quản
- H/C Kartagener: GPQ, vô sinh hoặc đảo lộn phủ tạng
- Suy giảm miễn dịch: định lượng các globuline miễn dịch (IgM, IgG, IgA)
- H/C trào ngược dạ dày thực quản

# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG

- ❖ Tàn phế hô hấp: khó thở làm ảnh hưởng chế công việc học hành và các hoạt động khác
- ❖ Suy hô hấp: đánh giá dựa vào CNTK (RLTKTN và RLTKHH) và khí máu, mức độ suy giảm phụ thuộc vào diện tổn thương và nguyên nhân
- ❖ Thành phần vi khuẩn: H.influenza, P.aeruginosa, S. aureus, S.pneumoniae



# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ

## ❖ Vi khuẩn:

- Cấy đờm:  $>10^6/\text{ml}$
- Tìm BK
- Chải phế quản có bảo vệ
- Chỉ điều trị khi: có dấu hiệu gầy sút hoặc kém ăn, sốt, thay đổi màu sắc đờm (đờm mủ và nhiều)
- Ngoài ra: tìm ổ nhiễm trùng răng miệng, tai mũi họng, siêu âm tim

# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ

## ❖ **Mức độ nặng tiến triển khi:**

- Bội nhiễm phổi phế quản tái diễn
- Biến chứng viêm mủ phổi, màng phổi, ho ra máu
- Tốc độ giảm FEV1 nhanh

# ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG

- ❖ Loại trừ mọi kích thích phế quản: thuốc lá
- ❖ Tìm và điều trị các ổ nhiễm trùng răng, TMH
- ❖ Tiêm vaccin phòng cúm, chống phế cầu
- ❖ Phục hồi chức năng hô hấp: ho khạc đờm, vỗ rung dẫn lưu tư thế
- ❖ Điều trị tích cực nhiễm khuẩn phế quản cho trẻ nhỏ

# ĐIỀU TRỊ BỘI NHIỄM

## ❖ Kháng sinh:

- Các kháng sinh thường dùng trong GPQ: Cephalosporin thế hệ 3 kết hợp với nhóm Aminoglycoside:
  - Cefotaxime 4 - 6 g/ngày hoặc Ceftazidime 2 - 4 g/ngày.
  - Gentamycin 3-5mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc Amikacin 15mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần

# ĐIỀU TRỊ BỘI NHIỄM

## ❖ Kháng sinh:

- Penicillin G 10-30 triệu/ngày, kết hợp nhóm Aminoglycoside.
- Nếu nghi VK tiết beta lactamase: Amoxicillin + acid clavunalic (Augmentin) hoặc Ampicillin + Sulbactam, 3-6 g/ngày.
- Khạc đờm mủ thối: nhóm beta lactame với Metronidazole 1-1,5g/ngày /ngày, hoặc Penicillin G 20 – 40 triệu + Metronidazole 1-1,5g/ngày.
- Thay đổi kháng sinh dựa theo đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

# ĐIỀU TRỊ DẪN LƯU TƯ THẾ

- ❖ Hướng dẫn cách ho khạc đờm và vỗ rung lồng ngực kết hợp với dẫn tư thế.
- ❖ Tùy theo vị trí tổn thương chọn tư thế thích hợp, thường để nằm đầu dốc, sao cho đờm, mủ thoát ra dễ dàng. Kết hợp vỗ rung, lắc lồng ngực.
- ❖ Mỗi ngày làm 2-3 lần, mỗi lần 5-10-20 phút, trước bữa ăn.
- ❖ Đây là phương pháp dẫn lưu đơn giản có kết quả tốt và BN cần làm thường xuyên kể cả khi không có bội nhiễm



# GHẾ DẪN LƯU TỬ THỂ



# VỖ RUNG NGỰC



# ĐIỀU TRỊ HO MÁU

- ❖ Ho máu nhẹ: < 50ml/ngày: nằm nghỉ, ăn lỏng, thuốc giảm ho, an thần.
- ❖ Ho máu TB: 50-200ml/ngày: Chăm sóc chung, Transamin 250mg x 4 ống/ngày TM, Morphin 0,01 g TDD hoặc TM.
- Kháng sinh cho các trường hợp ho máu từ mức độ TB trở lên.
- Các thuốc co mạch: Hypantin, hoặc Somatostatine TTM 0.004 mg/kg/giờ.

# ĐIỀU TRỊ HOA RA MÁU

- ❖ Ho ra máu nặng: >200ml/ngày
  - Chăm sóc chung, Morphine, các thuốc co mạch: như trên
  - Truyền dịch, truyền máu bồi phụ khối lượng tuần hoàn.
- ❖ Ho máu tắc nghẽn:
  - Các biện pháp điều trị như ho máu mức độ nặng.
  - Hút đờm máu, đặt nội khí quản, hoặc mở khí quản để hút loại bỏ các cục máu đông gây bít tắc phế quản.

# ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU

- ❖ Soi phế quản ống mềm:
- Xác định vị trí chảy máu, tạo điều kiện thuận lợi khi gây tắc động mạch PQ hoặc phẫu thuật.
- Bơm thuốc co mạch giúp cầm máu tạm thời: dung dịch adrenalin pha loãng 0,1%.
- Giải phóng máu đọng trong đường thở.
- ❖ Chụp ĐMPQ, sau đó gây tắc nếu ho máu nặng, dai dẳng, tái phát nhiều đợt.

# ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

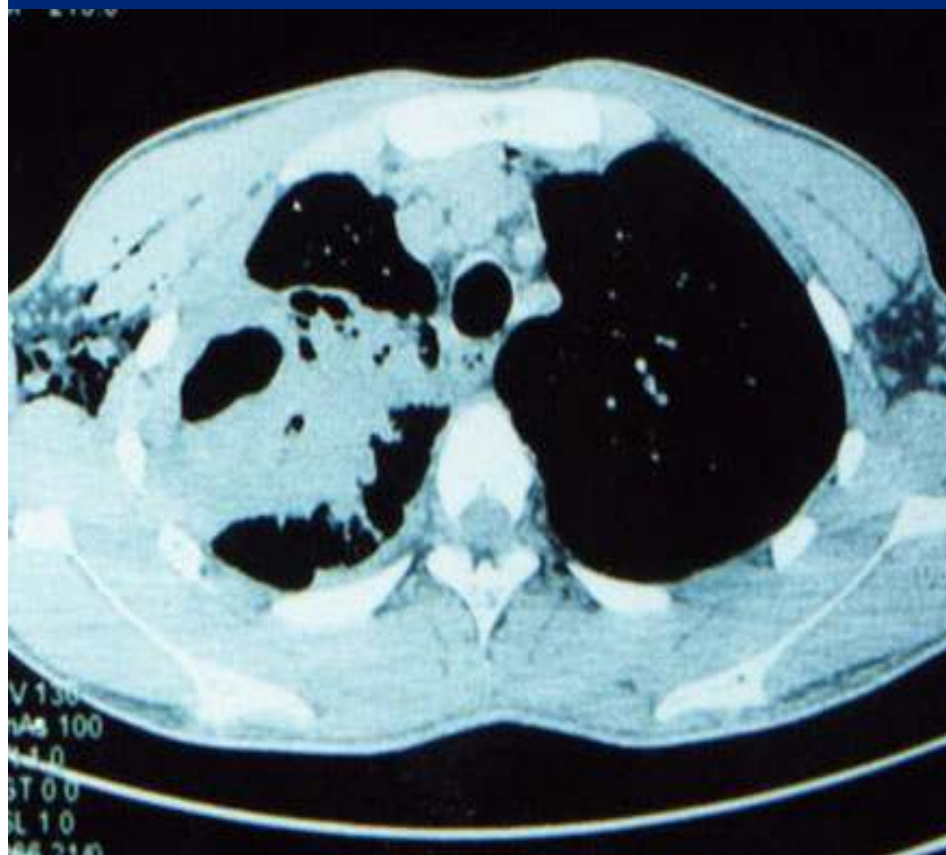
## ❖ Chỉ định:

- Khi điều trị nội khoa thất bại
- Lâm sàng phải ổn định, CNHH đảm bảo
- GPQ khu trú 1 bên phổi.
- Trước phẫu thuật: soi PQ ống mềm kiểm tra, chụp PQ toàn bộ hệ thống PQ.
- Hiện nay người ta bắt đầu áp dụng phẫu thuật ghép phổi.

# TIỀN LƯỢNG

- ❖ Tốt: nhờ có các thuốc kháng sinh tốt.
- ❖ Xấu: khi có biến chứng tâm phế mạn, thoái hoá amilô, bị kháng thuốc trong khi giãn phế quản nặng, rộng gây phá huỷ toàn bộ một bên phổi



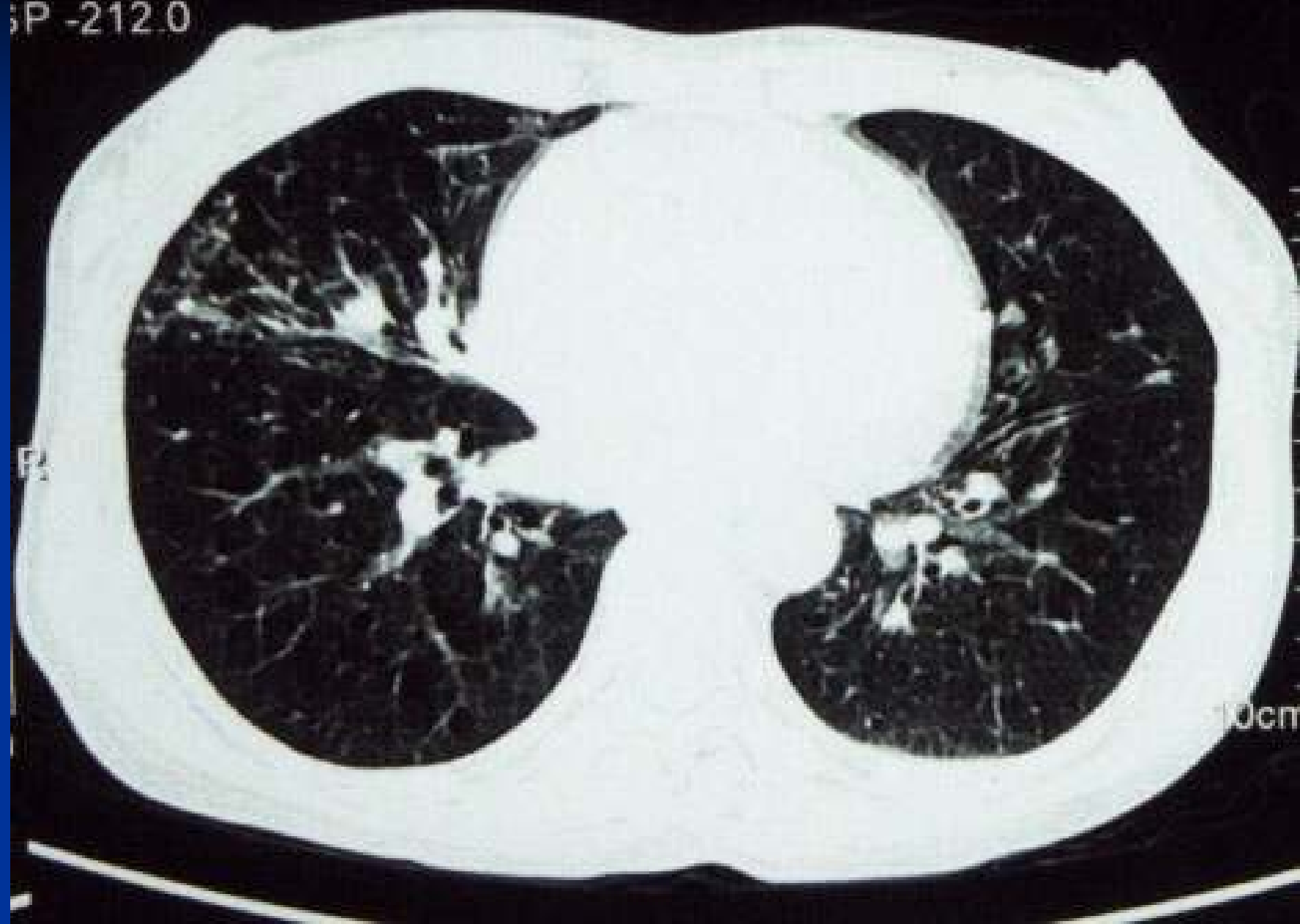


MA 11  
D 12  
-320.0

V 130  
As 100  
140

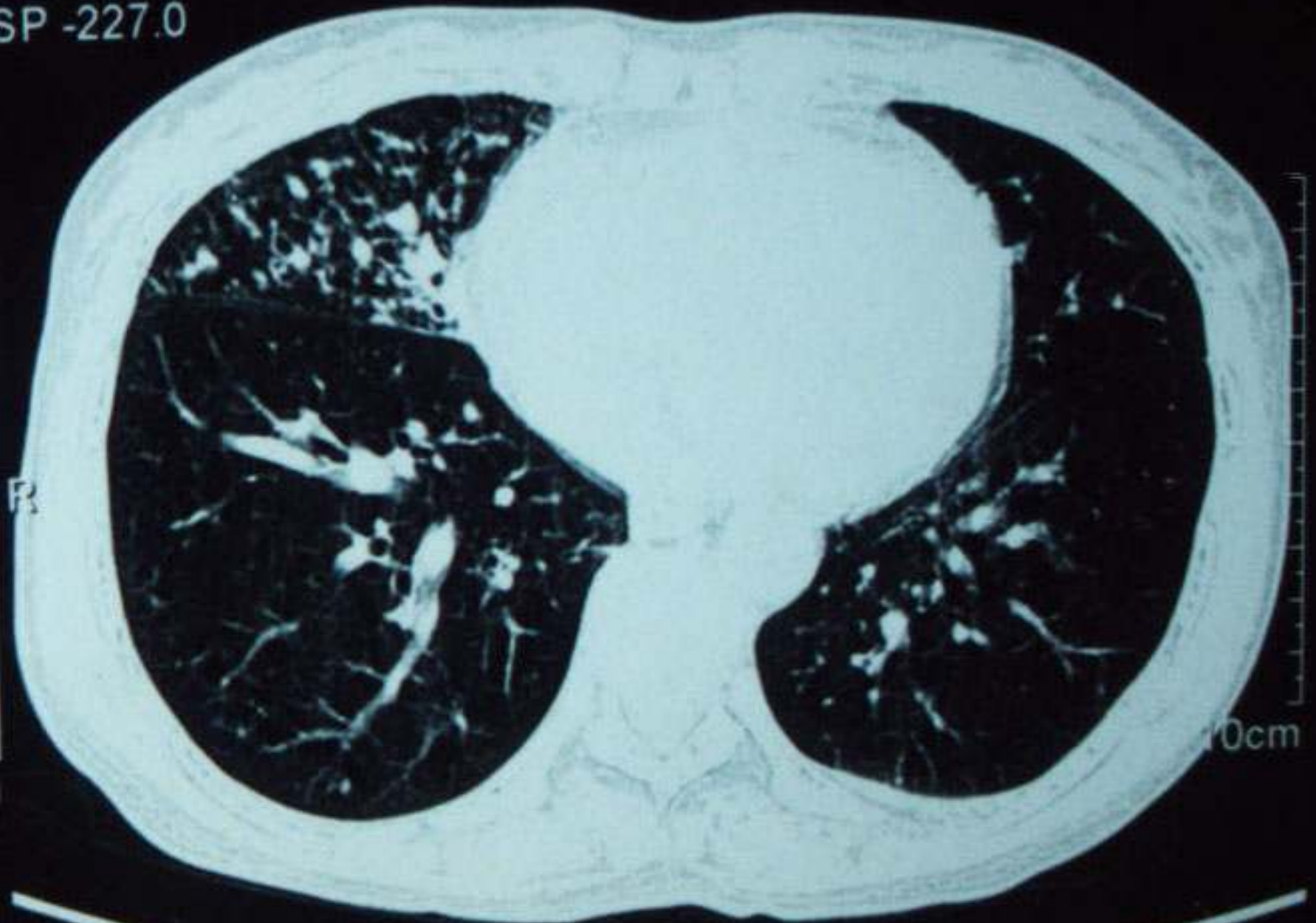


IMA 10  
P -212.0



10cm

2 IMA 11  
SP -227.0

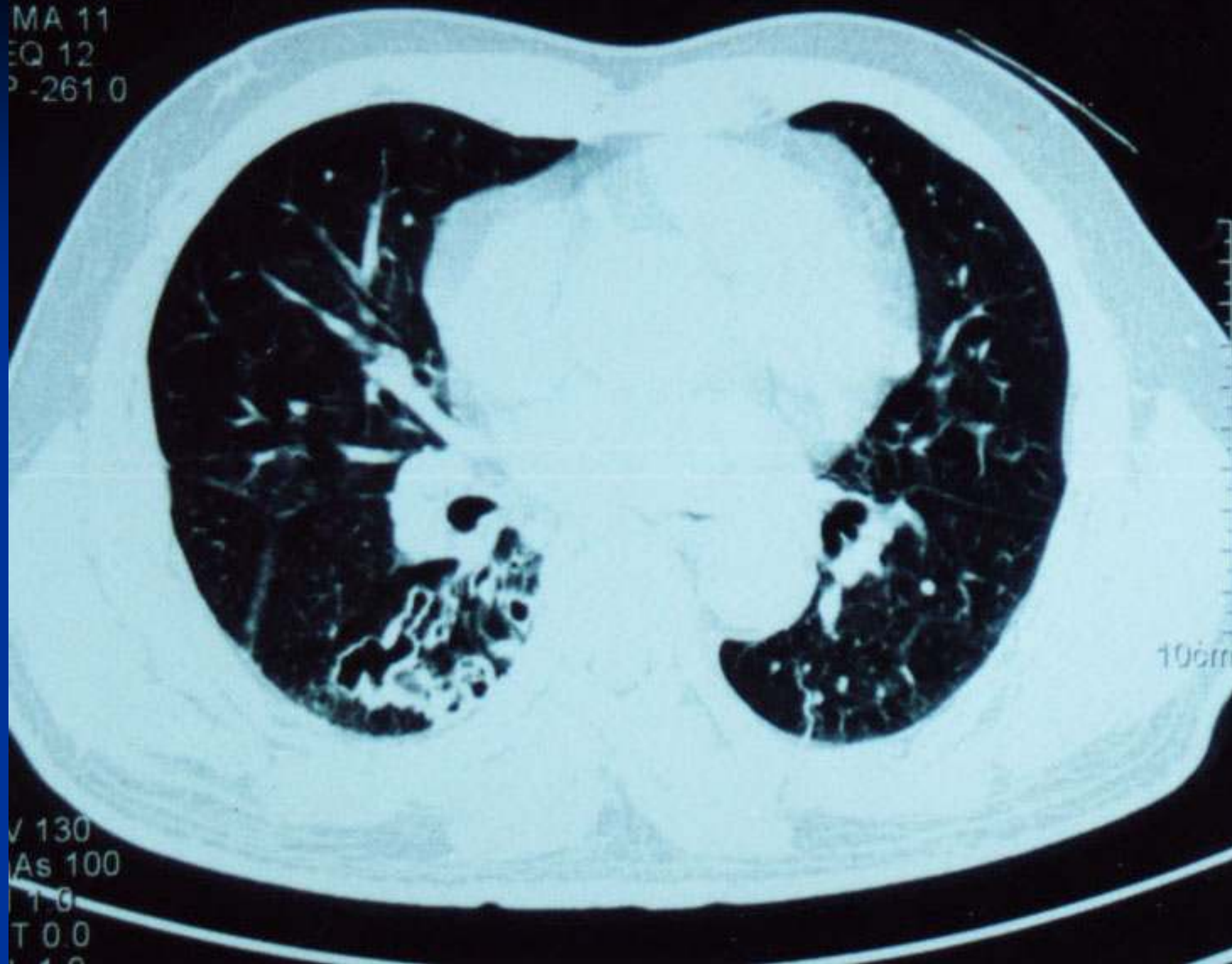




10:23:78  
MA 11  
EQ 12  
P -261.0

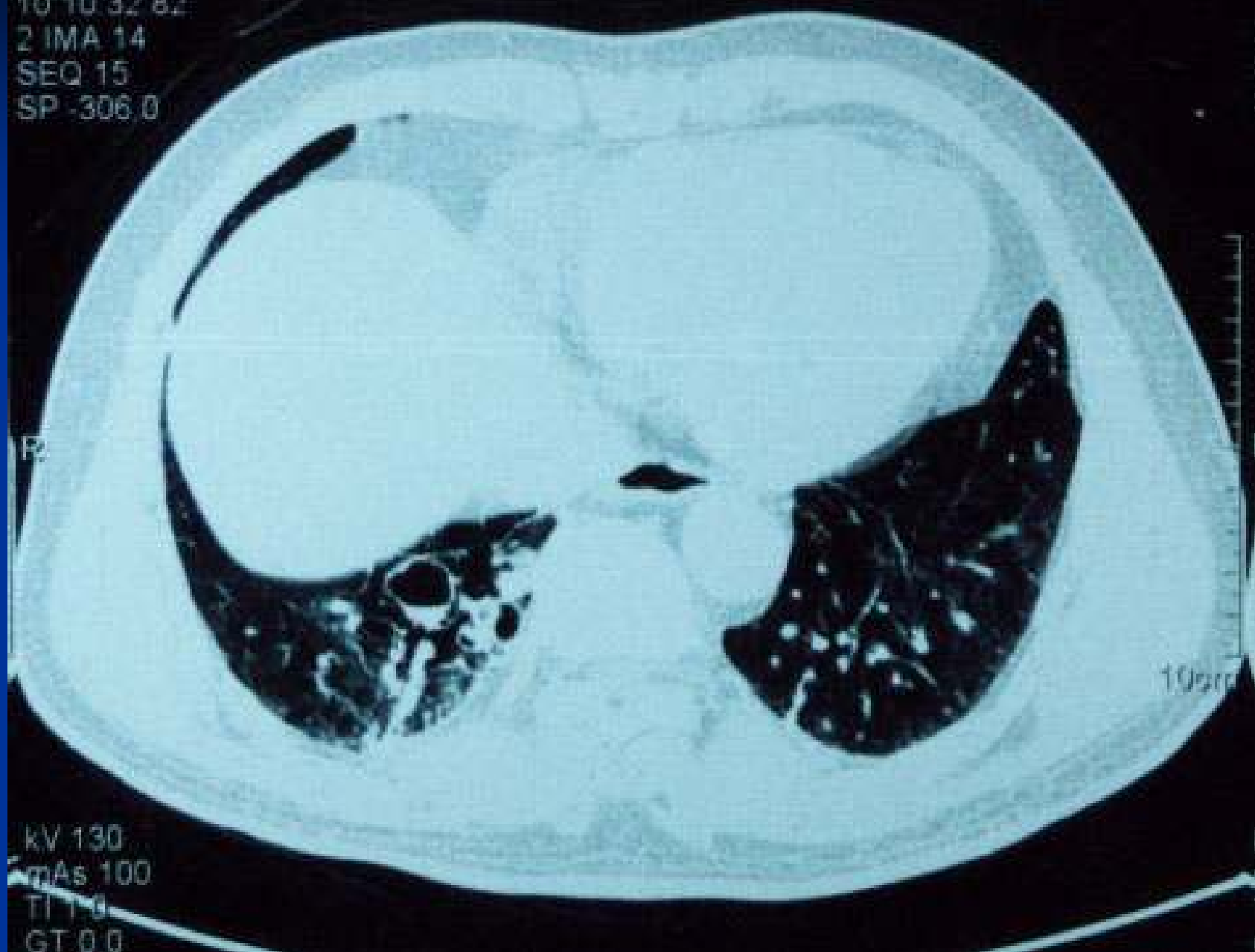
V 130  
As 100  
T 0.0  
1.0

10cm

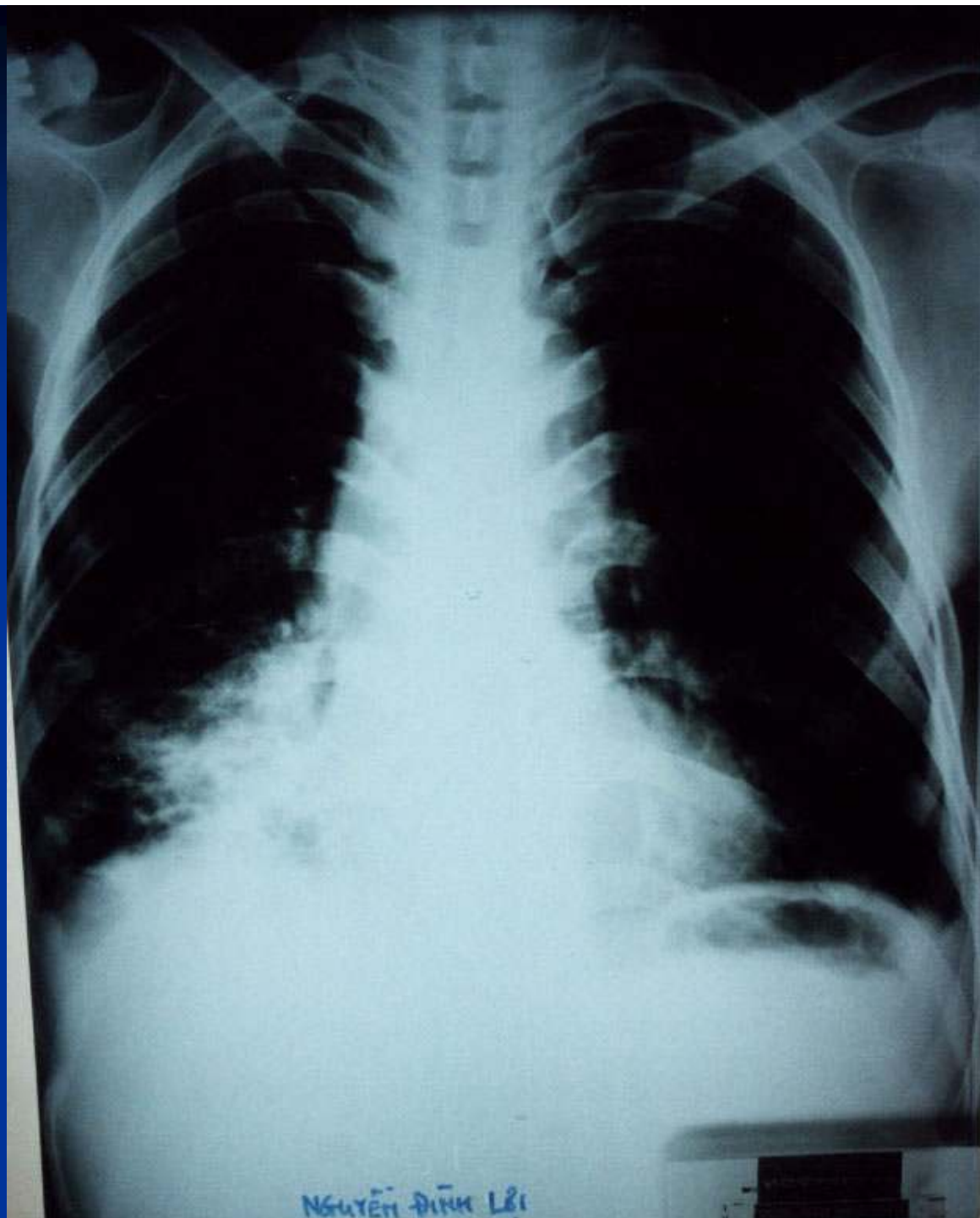


01-Dec-2002  
10:10:32.82  
2 IMA 14  
SEQ 15  
SP -306.0

H-SP-OR



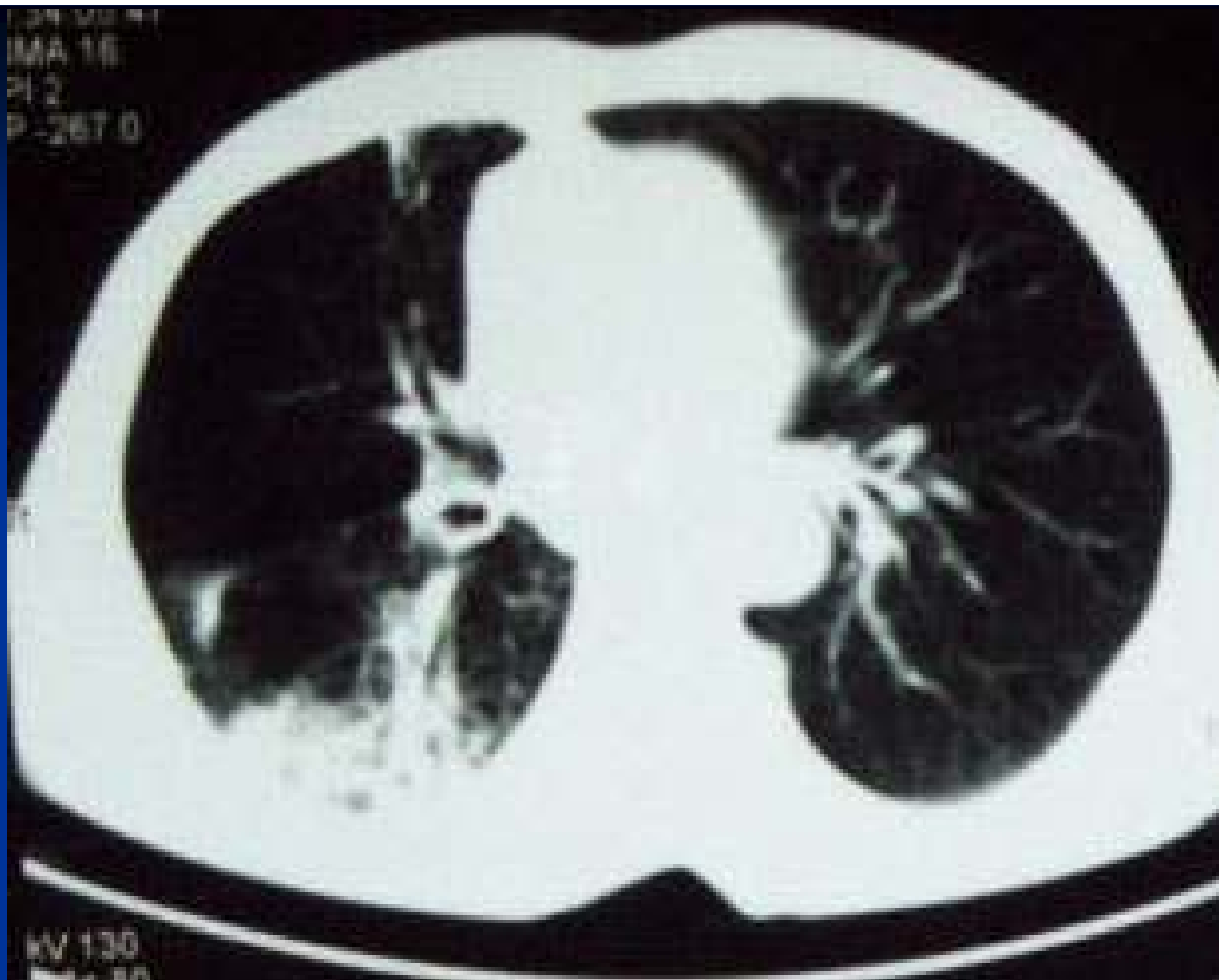
kV 130  
mAs 100  
TI 1.0  
GT 0.0



NGUYỄN ĐÌNH LÊ



1.28.2018 14:11  
RMA 16  
PI 2  
P-287.0



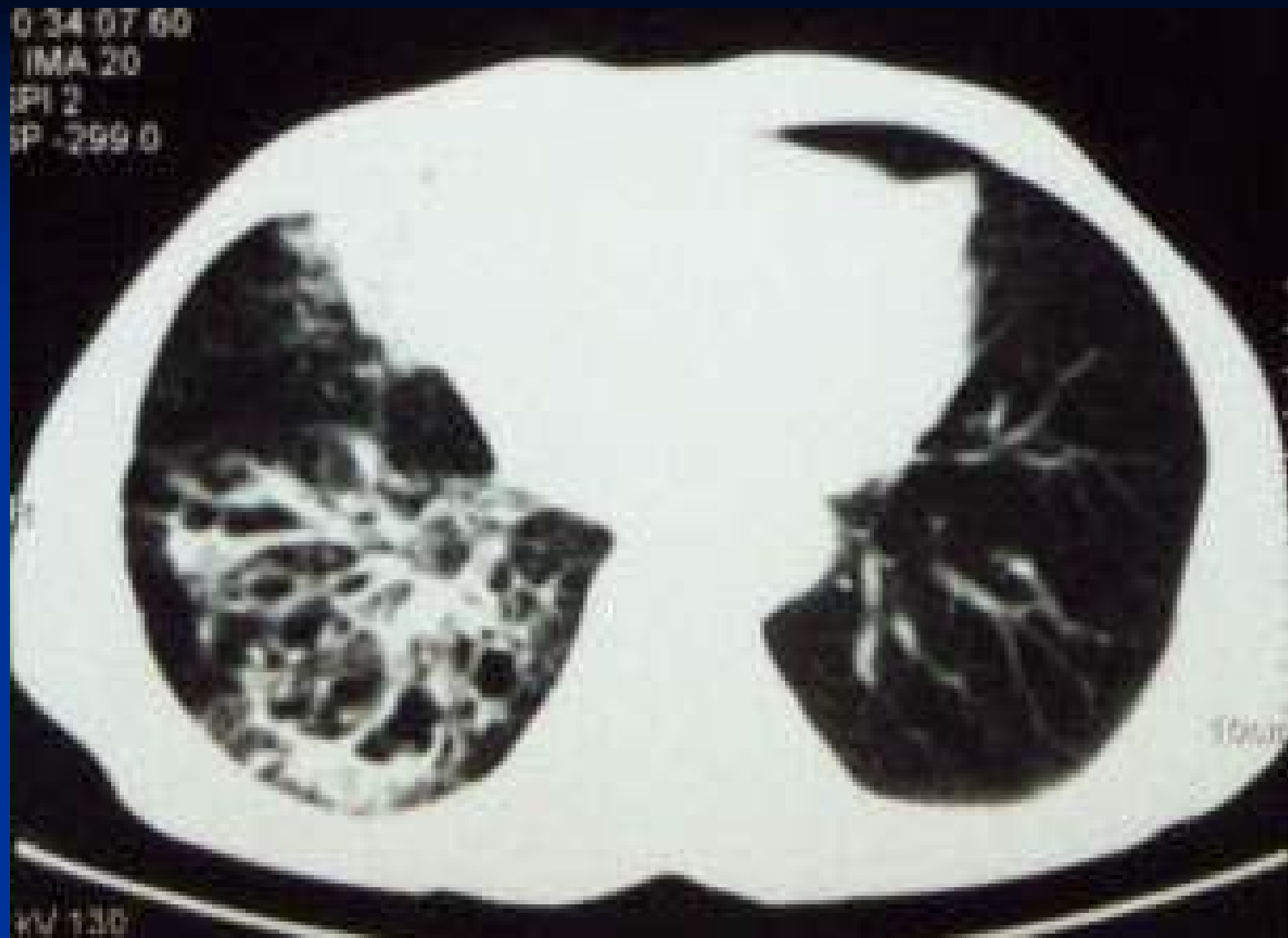
LV 130  
0.1 A

34 08 13  
AA 21  
12  
-307-0



1000

0:34:07.60  
IMA 20  
SPI 2  
SP -299.0



KV 130









# XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN

