

BÀI GIẢNG GIÃN PHẾ QUẢN

Giảng viên : thầy Thái (PXT tổng hợp)

1. BN giãn phế quản thường vào viện vì :
 - Đợt bội nhiễm
 - Ho ra máu
 - Suy hô hấp
 - Biến chứng tâm phế mạn : khó thở, phù, gan to, TM cổ nổi
2. Triệu chứng thực thể quan trọng nhất của GPQ là : Rale ẩm, rale nổ ở 1 vùng phổi cố định. Không mất đi sau điều trị
3. Triệu chứng toàn thân hiếm gặp (dưới 10%) nhưng rất quan trọng ở GPQ là : ngón tay dùi trống
4. Ho ra máu trong GPQ thường là : ít một, dai dẳng. Ít gặp ho ra máu sét đánh >< ho ra máu sét đánh thường gặp trong : lao phổi, giãn ĐMPQ, ung thư phổi, nấm phổi.
5. Ho khạc đờm trong giãn PQ : số lượng nhiều (có khi tới 1L) và kéo dài
6. XQ chỉ phát hiện được 30% giãn PQ (bỏ sót tổn thương ở sâu, trung thất sau) : đường ray, túi, chùm nho
7. Chụp CLVT lớp mỏng 1mm :
 - Đoạn PQ dài >2cm mà không nhỏ lại
 - Phế quản lớn hơn động mạch đi kèm
 - Phế quản cách màng phổi trung thất hoặc thành ngực < 1cm
 - Đường ray
 - Ngón tay đi găng
 - Tổ ong
8. Chụp cây phế quản có bơm thuốc cản quang : ít làm
9. Chụp nhấp nháy cây phế quản : ít làm, giá thành cao
10. Soi phế quản : lòng PQ có NM nhợt, teo → ít làm
11. Chẩn đoán xác định :
 - Lâm sàng : Ho khạc đờm + Ngón tay dùi trống + Rale ẩm nổ ở 1 vùng phổi cố định ko mất đi sau điều trị + XQ + CLVT lớp mỏng 1mm(*)
12. Chẩn đoán phân biệt :
 - Viêm phổi
 - Lao phổi
 - Đợt bội nhiễm COPD
 - Bụi phổi
 - Ung thư phổi (PB với GPQ thể khô – thường gặp thùy trên)

13. Điều trị

- Nội khoa : tùy thuộc nguyên nhân BN vào viện do bội nhiễm, ho máu, nhiễm virus cấp...Bỏ các chất gây kích ứng phế quản
- Điều trị thực thụ : làm **thông thoáng** đường thở, tống vi khuẩn ra theo đờm
→ quan trọng hơn dùng kháng sinh trong điều trị đợt bội nhiễm
 - Dẫn lưu phế quản : thở ra chậm, khạc mạnh
 - Soi phế quản và hút rửa bằng huyết thanh mặn
 - Kèm thuốc loãng đờm : mucomyt (N – acetyl cystein), uống nhiều nước. Không được dùng các thuốc ức chế ho
 - Thuốc điều trị ho ra máu : transamine, morphine(ko cho nếu có biểu hiện suy hô hấp) → không cải thiện : hội chẩn CDHA xét nút mạch, hội chẩn ngoại xét cắt phần phổi nghi giãn phế quản
 - Kháng sinh : Vi khuẩn trong giãn phế quản thường là Trực khuẩn mủ xanh. Nguyên tắc điều trị : theo kháng sinh đồ → soi cấy đờm, dịch phế quản, máu (nếu BN có sốt).
 - + Chưa có kháng sinh đồ : cephalosporin 3, liều 3gam/ngày + aminosid hoặc quinolon (nếu BN ko có suy thận, không có tổn thương nghi ngờ do lao)
 - + hoặc có thể dùng penicillin 50 triệu UI/ngày truyền TM (những trường hợp BN nghèo, BN ko có bảo hiểm) → nhấn chìm VK trong bể kháng sinh ☺
 - Nâng cao thể trạng
 - Điều trị bệnh kèm theo nếu có : tiểu đường, loét dạ dày
 - Điều trị các biến chứng nếu có
- Nếu kháng sinh đồ về ko phù hợp với thuốc đang điều trị cho BN, nhưng Lâm sàng BN tốt lên → theo thuốc đang điều trị
- Phẫu thuật :
 - Giãn phế quản khu trú 1 vùng, 1 phổi và không có viêm xoang kèm theo (hội chứng xoang phế quản → cắt chỗ này sẽ giãn phế quản chỗ khác)
- Về hình ảnh ngón tay đi găng : 1 PQ giãn → hình túi, đường ray. 2 PQ giãn trở lên → ngón tay đi găng

14. Đơn thuốc cho BN ra viện :

- Vỗ rung lồng ngực hàng ngày (sáng – trước khi đi ngủ – khi vừa ngủ dậy) mỗi lần 15 – 20 phút. Hướng dẫn người nhà BN thực hiện
- Erythromycin (macrolid) : 0.25g x 2 viên/ngày. Dùng trong nhiều tháng, nhiều năm. ng ta thấy rằng sẽ làm giảm tình trạng bội nhiễm ở BN

- Thuốc kích thích miễn dịch : Broncho vaxom. Cho 30 viên. Uống 1 viên/ngày trong 10 ngày đầu của 3 tháng liên tiếp. Lặp lại liều trên trong 3 – 6 tháng sau.