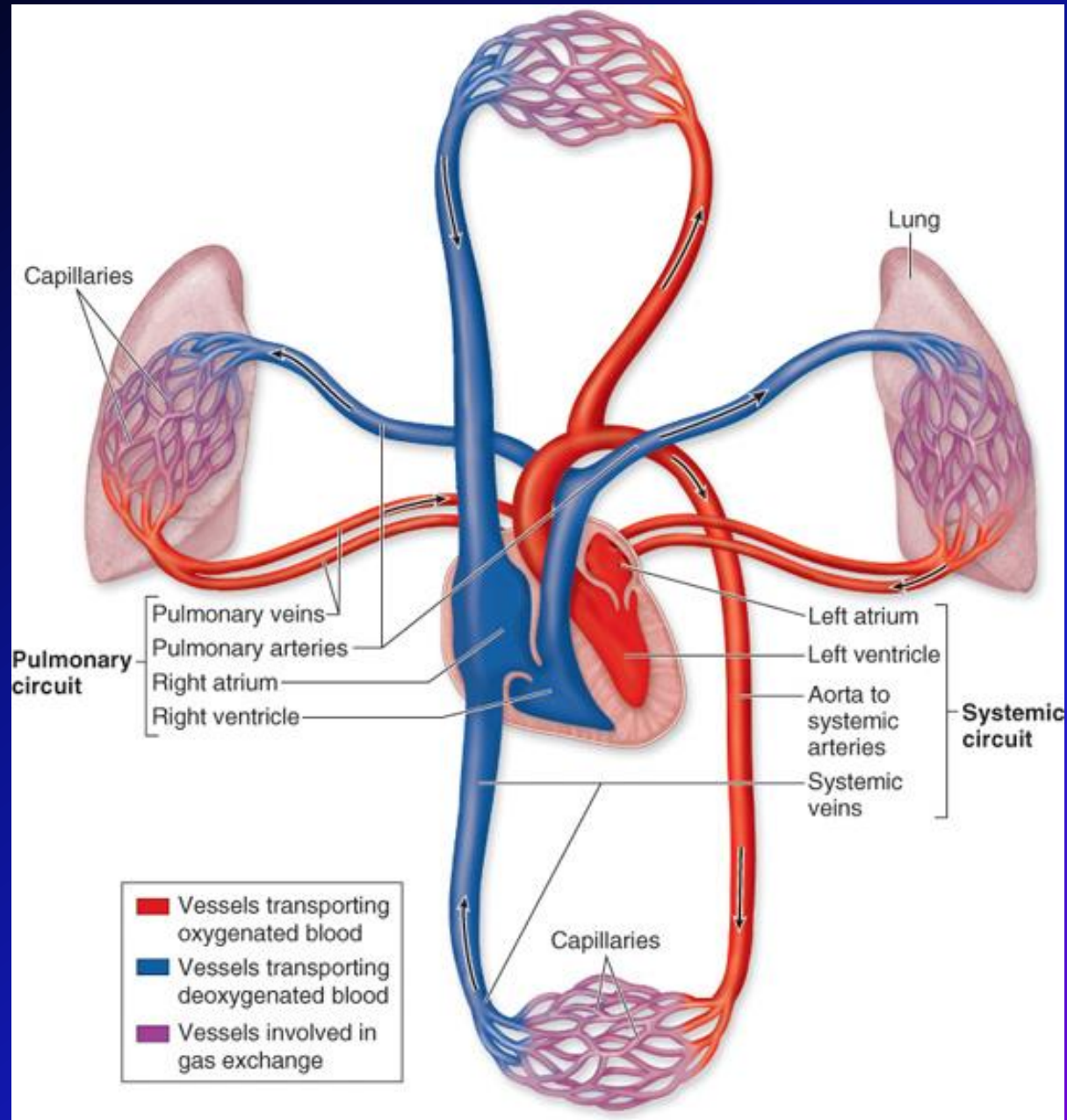


***TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN,  
XỬ TRÍ BƯỚC ĐẦU VÀ  
CẤP CỨU HO RA MÁU***

**BỘ MÔN LAO VÀ BỆNH PHỔI**



- Hệ tuần hoàn phổi có áp lực thấp (SBP= 10 - 20 mmHg; DBP = 5 – 10 mmHg) nên chảy máu từ hệ mạch này ít.
- Hệ mạch phế quản từ động mạch chủ nên có áp lực bằng áp lực hệ thống, sức cản lớn, trương lực vận mạch mạnh, tính căng dẫn hạn chế nên là nơi chảy máu của đa số trường hợp.

# Quá trình bệnh lý

- Cơ chế ho ra máu.
- Phân loại mức độ ho ra máu.
- Chẩn đoán nguyên nhân ho ra máu (ung thư phổi, lao phổi, giãn phế quản, u nấm phổi *Aspergillus*)
- Xử trí cấp cứu ho ra máu.

# CƠ CHẾ HO RA MÁU

1. Rối loạn chức năng tuần hoàn động mạch phế quản: phì đại, tăng sinh, tăng áp động mạch phế quản, ....
2. Tổn thương làm loét, hoại tử, vỡ hay rò rỉ mạch máu.
3. Hồng cầu thấm qua màng phế nang mao mạch do tăng áp lực thủy tĩnh (phù phổi cấp) hay do thay đổi tính thấm màng phế nang mao mạch (HC Goodpasture).

# PHÂN LOẠI HO RA MÁU

Theo mức độ ho ra máu: gồm

- Ho ra máu lượng ít:  $< 50\text{ml}/24\text{h}$ .
- Mức độ trung bình: HRM từ 50 – 200 ml máu/24 giờ, thường có dấu hiệu tiền triệu, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh nhưng không choáng. Cần được cầm máu cấp cứu do nguy cơ chuyển sang HRM nặng.

- Mức độ nặng:
  - > 500 ml máu trong một lần ho khạc hoặc
  - > 150 ml máu/1 giờ hoặc
  - > 600 ml máu/24 – 48 giờ hoặc
  - > 200ml máu/24 giờ hoặc
  - $\geq 150$  ml/24 giờ trở lên trong 2 – 3 ngày liên tiếp trở lên; hoặc
  - > 1.000 ml máu trong nhiều ngày hoặc
  - HRM kéo dài trên 15 ngày khiến số lượng hồng cầu < 2.000.000/mm<sup>3</sup>, hematocrit < 20% hoặc
  - HRM trung bình ở bệnh nhân suy kiệt, có thai, có bệnh nặng khác kèm theo, nhất là có suy hô hấp mãn tính.

- Mức độ rất nặng: là những trường hợp HRM sét đánh, HRM tắc nghẽn (lượng máu mất > 1.000 ml/24 giờ). Hầu hết bệnh nhân tử vong ngay trong vòng vài phút do ngạt thở vì ngập máu trong đường thở, và trụy tim mạch.



- **Đánh giá HRM mức độ nặng và rất nặng:** tùy thuộc vào:
  - *Thể tích máu được ho ra nhiều*
  - *Tốc độ HRM nhiều*
  - *Thời gian HRM dai dẳng*
  - *Mức độ HRM ảnh hưởng đến thông khí*
  - *Tình trạng toàn thân ở bệnh nhân HRM*

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- Dựa vào bệnh sử, lâm sàng và cận lâm sàng.
- Tiền triệu: khó chịu, hồi hộp, cảm giác nóng ran sau xương ức, khò khè ngứa họng, lợm giọng, cảm thấy có vị máu trong họng, miệng,....

- Ho ra máu có bọt, có bóng khí, không lẫn thức ăn, có thể lẫn với đàm.
- Chất ho ra có tính kiềm (XHTH: acid).
- CTM, nhóm máu.
- Đông máu toàn bộ, Ts, Tc.
- Xquang ngực: 50% TH.
- CT scan ngực.

- Nội soi phế quản: khi Xquang phổi bt, nhằm loại trừ ác tính.
- Chụp động mạch phế quản: nếu BN tiếp tục HRM và không xác định được nơi HRM.
- Siêu âm mạch máu.
- Bilan lao.

	Ho ra máu	XHTH	XH trên thanh môn
Màu máu	Đỏ, bầm	Đỏ, bầm	Đỏ tươi
Trong máu	Bọt khí	Thức ăn	Chỉ có máu
Co thắt bụng	-	+	-
Khám họng	bt	bt	Đỏ, sung huyết
Đau xương ức	+	-	-
Khám phổi	+	-	-
X quang phổi	+	-	-
Nội soi dạ dày	-	+	-
Tiền căn lao	+	-	-
Tiền căn tiêu hóa	-	+	-

# Nguyên nhân ho ra máu

- Bệnh lý nhiễm khuẩn
- Bệnh lý u tân sinh
- Rối loạn cấu trúc nhu mô phổi.
- Rối loạn tim mạch.
- Rối loạn huyết học.
- Do chấn thương.
- Do thuốc và độc chất
- Các nguyên nhân khác
- Không xác định được nguyên nhân (10%)

# Lao phổi

Triệu chứng cơ năng:

- Hội chứng nhiễm lao chung
- Ho: triệu chứng thường gặp nhất; kéo dài  $\geq 2$  tuần, ho khạc đàm, ho ra máu
- Đau ngực, khò khè, khó thở

# Khám

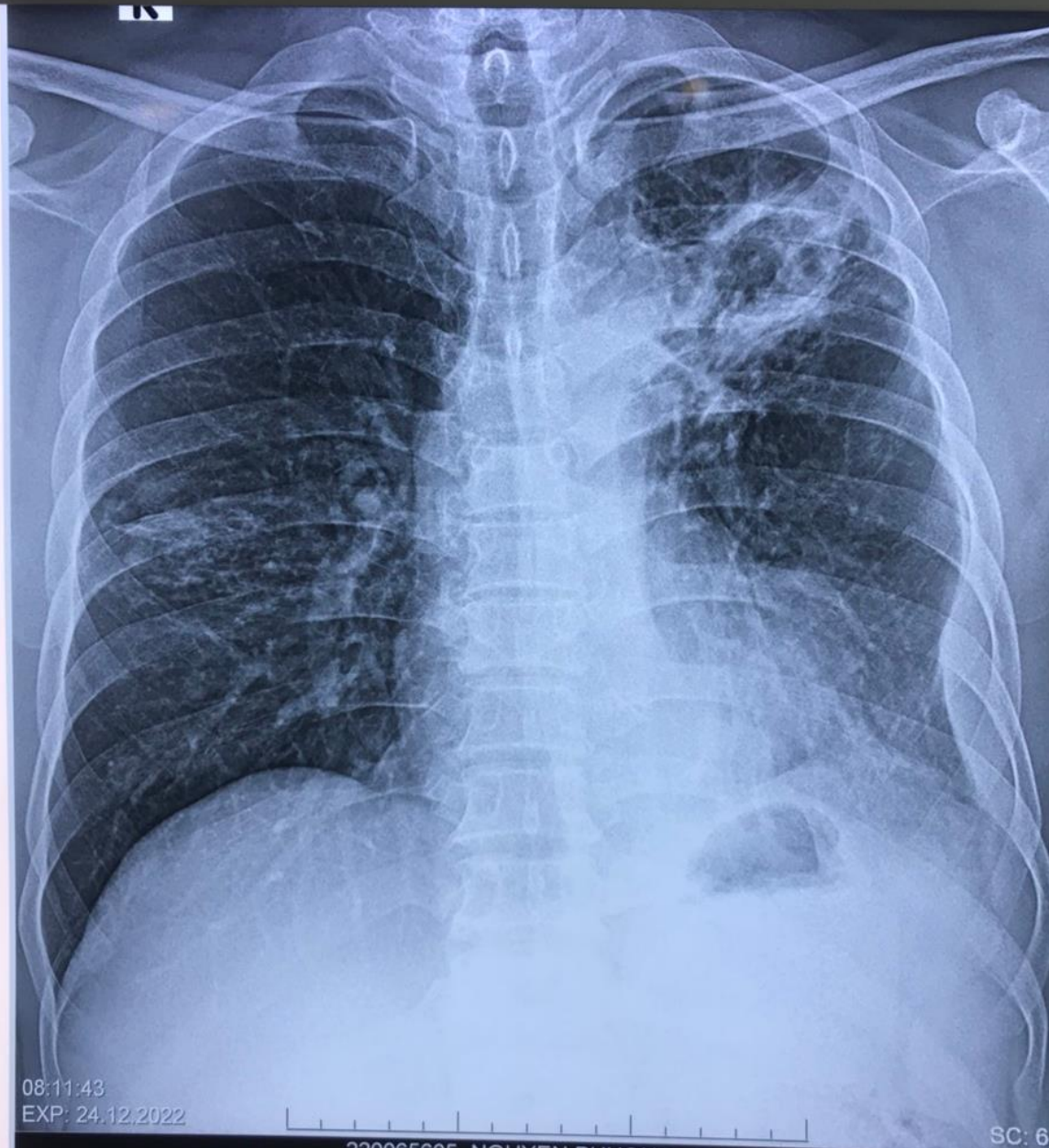
- Thường là bình thường.
- Vùng tổn thương: ran ẩm nhỏ hạt khi hít sâu sau khi thở ra hết mức
- Ran nghe khu trú khi có hẹp lòng pq do lao nội pq hoặc hạch rốn phổi chèn ép



# Cận lâm sàng

- Hình ảnh học:

X-quang ngực: Chỉ định đầu tiên vì có độ nhạy cao trong gợi ý lao phổi, cho biết mức độ tổn thương phổi, diễn tiến bệnh học xảy ra trong quá trình tiến triển của bệnh lao, theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.



# Vì sinh

1. Nhuộm soi đàm tìm AFB: 2 mẫu đàm cách nhau ít nhất 1-2 giờ
2. Xét nghiệm sinh học phân tử
  - + Xpert MTB/RIF
  - + Line Probe Assays (LPA: Hain GenoType MTBDR*plus*)
3. Cây tìm vi khuẩn lao: MGIT, Lowenstein-Jensen

# Phân loại lao phổi kết quả AFB

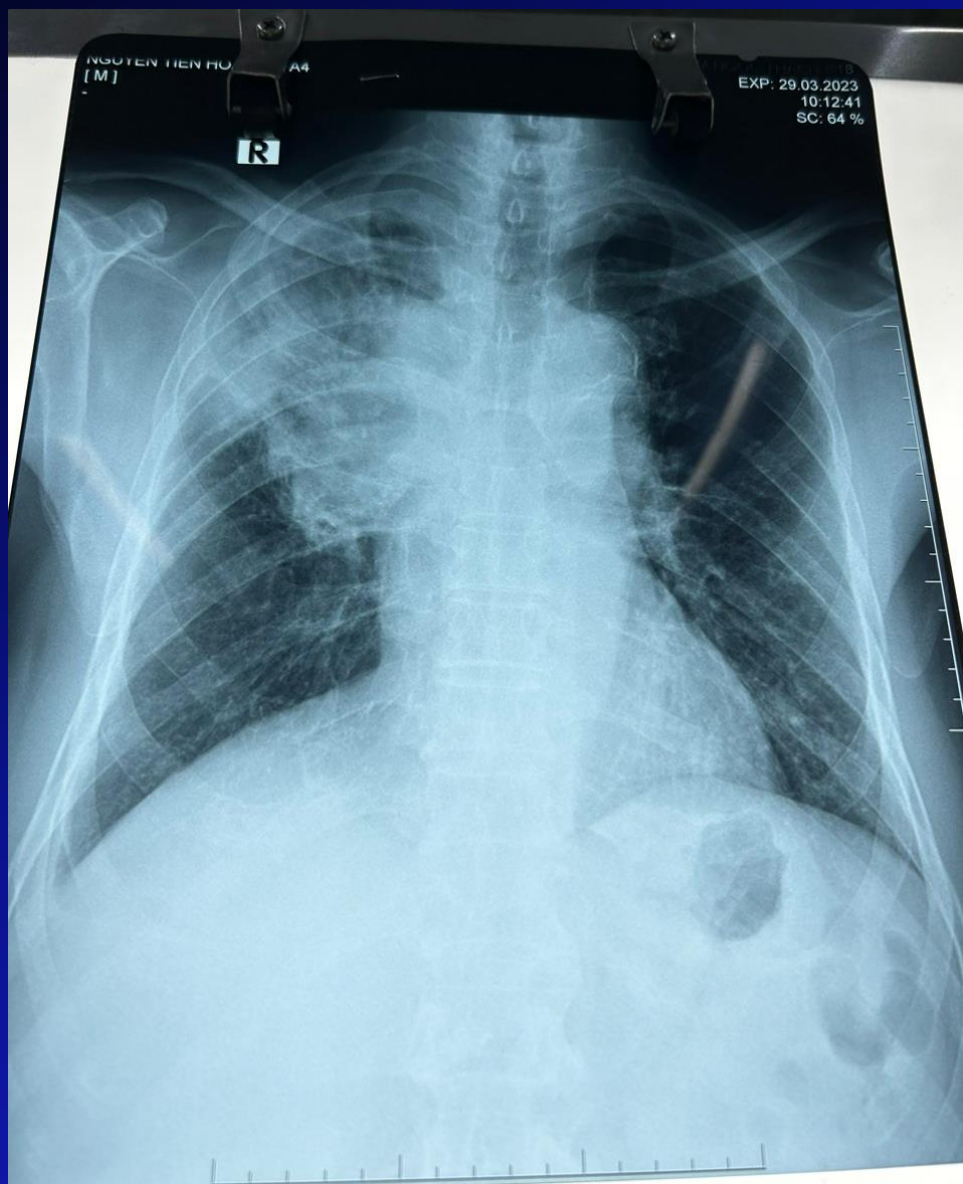
- Lao phổi AFB(+):  $\geq 1$  mẫu AFB/đám, dịch phế quản hoặc dịch dạ dày dương tính
- Lao phổi AFB(-):  $\geq 2$  mẫu AFB/đám (-) và thỏa mãn 1 trong 3 điều kiện sau:
  - Có bằng chứng vi khuẩn lao trong đám, dịch phế quản, dịch dạ dày bằng cây MGIT hoặc Xpert MTB/RIF, HAIN test
  - Giải phẫu bệnh: viêm lao
  - Được thầy thuốc chuyên khoa chẩn đoán và chỉ định một phác đồ điều trị lao đầy đủ trên (1) lâm sàng, (2) bất thường nghi lao trên X-quang/CT ngực và (3) thêm 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: HIV(+) hoặc không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng. Những bệnh nhân này được TCYTTG gọi là ca bệnh chẩn đoán dựa trên lâm sàng

Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao", Ban hành kèm theo Quyết định số: 1314 /QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, pp. 1-135.

# Ung thư phổi

- Triệu chứng: ho, cảm giác khó chịu ở ngực hoặc đau ngực, sụt cân, ho ra máu; tuy nhiên, nhiều bệnh nhân bị bệnh di căn có hoặc không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào.
- Thường được phát hiện bằng chụp X-quang ngực hoặc CT
- Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết





# U nấm phổi Aspergillus

- Thường gặp BN có bất thường về cấu trúc phổi đặc biệt là có sẵn các hốc từ trước: Lao phổi cũ (25 – 80%), Sarcodosis, Giãn phế quản
- Lâm sàng: ho ra máu
- CLS: X-quang, CT scan ngực, huyết thanh học

# U nấm phổi Aspergillus





# XỬ TRÍ HO RA MÁU

- Giữ thông đường thở.
- Tùy thuộc vào độ nặng, nguyên nhân và tình trạng bệnh nhân.

**Mục tiêu điều trị** : chống ngạt, cầm máu và điều trị nguyên nhân.

# I. Điều trị đặc hiệu :

Tùy theo nguyên nhân

## II. Điều trị không đặc hiệu :

Nhằm thông thoáng đường hô hấp và cầm máu.

1. CABD.
2. Nằm nghỉ tại giường: nằm đầu thấp, nghiêng phía bên phổi bệnh.

### 3. Điều trị nội khoa không xâm lấn và theo dõi:

- Dùng thuốc đông máu, ngăn chảy máu: vitamin K, adrenochrome, acid tranexamic, thuốc chống tiêu sợi huyết (acid  $\epsilon$  amino caproic)
- Dùng các thuốc phen (hoặc các dẫn chất thuốc phen)
- Các thuốc đông miên nhân tạo
- Nội tiết tố thùy sau tuyến yên: gồm vasopressine và oxytocin

- **Thuốc Sandostatin (octreotide):**
- **Các thuốc khác: an thần.**

## 4. Điều trị xâm lấn

- Cầm máu qua nội soi phế quản
- Thuyên tắc động mạch phế quản (BAE)
- Phẫu thuật cắt phổi chọn lọc.
- Các kỹ thuật khác giúp cầm máu: như liệu pháp ánh sáng laser, dao đốt điện.



A scenic autumn landscape. In the foreground, a large, dark tree branch with vibrant yellow and orange leaves frames the top and left sides of the image. Below the tree, a lush green field stretches across the middle ground. In the background, rolling hills and mountains are visible under a bright sun that creates a lens flare effect. The overall atmosphere is warm and peaceful.

***CÁM Ơ'N***