

Giãn phế quản

PGS. TS. BS Hoàng Hồng Thái
Bộ môn Nội Đại học Y Hà nội

0:00:02

Play

0:49:31

ĐỊNH NGHĨA

- Giãn phế quản (GPQ) là một bệnh đặc trưng bởi **tăng khẩu kính của phế quản liên tục, vĩnh viễn và không hồi phục**
- Chụp cắt lớp thường, chụp cắt lớp điện toán (CT- scanner) là phương pháp chẩn đoán có giá trị

GIẢI PHẪU BỆNH

Đại thể:

+ Vùng tổn thương hay gặp là ở PQ **cấp 4 cấp 8.**

Theo phân loại của REID, người ta chia ra:

- ❖ *Giãn hình trụ*
- ❖ *Hình túi*
- ❖ *Hình chùm nho*

CƠ CHẾ ...

Sinh lý bệnh học

- Giãn PQ diễn biến liên tục, có đợt tiến triển, có tổn thương viêm mủ khu trú.
- Người bệnh có sốt, tăng BC đa nhân trung tính và HC viêm nhiễm rõ rệt hay không trên lâm sàng.
Quá trình viêm nhiễm phát triển sang vùng phổi lành gây *viêm phế nang*, *viêm phổi* kèm theo.
- Tổn thương *khu trú hoặc lan tỏa* dễ dàng đưa BN vào tình trạng suy hô hấp sớm và rất nặng.

NGUYÊN NHÂN

- Thiếu hụt miễn dịch:
 - + Thiếu hoặc không có Gammaglobulin
- Các bệnh cảnh khác:
 - Thận đa nang, tụy đa nang
 - Bệnh Katagener

004:26

045:07

NGUYÊN NHÂN

Dạng lan toả:

- Hậu quả của viêm PQ - phổi khi còn nhỏ, do adenovirut và các virus đường hô hấp khác.
 - Do bị sởi, ho gà.
- Đó là nguyên nhân thường gặp ở các nước đang phát triển.*

004:28

045:05

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán GPQ tương đối dễ trước một BN kể có khạc đờm từ lâu. Triệu chứng chức năng và thực thể khá rõ ràng.

Tình huống phát hiện:

- 1- **Ho khạc đờm nhiều**
- Tái phát nhiều lần do đợt nhiễm trùng PQ phổi
- Thường về sáng
- Đờm có 4 lớp: bọt, nhầy bọt, nhầy mủ, mủ
- Khối lượng, màu sắc thay đổi theo tình trạng bội nhiễm hoặc không bội nhiễm.

CHẨN ĐOÁN

2- **Ho máu:**

- Tái phát nhiều lần
- Lúc đầu ít, sau tăng dần
- Có khi chỉ đợt ngọt bằng ho máu đơn thuần, không có mủ
- Có khi xảy ra trùng hợp với viêm mủ PQ, ho khạc đờm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán GPQ trên CT - scan

- Đường kính trong của phế quản lớn hơn động mạch đi kèm.
- Các phế quản không nhỏ dần trên một đoạn dài 2 cm có chia nhánh phế quản.
- Thấy phế quản ở cách thành ngực $< 1\text{cm}$.
- Thấy phế quản đi sát vào trung thất.
- Hình ảnh 2 đường ray
- Hình ảnh ngón tay đi găng
- Hình ảnh tổ ong

CẬN LÂM SÀNG

3- Chụp nhấp nháy phổi:

- ❖ Vùng phổi bị GPQ có ít hoặc không có m/m nuôi dưỡng
- ❖ Xác định mức độ tổn thương trước khi xét phẫu thuật bảo đảm ca mổ an toàn.

CẬN LÂM SÀNG...

4 - Nội soi phế quản

- Đánh giá mức độ tổn thương trong lòng KPQ, mức độ tổn thương viêm mủ, PQ lành
- Phát hiện dị vật
- Làm sạch PQ trước để có hình ảnh trung thực khi chụp PQ cản quang
- Xác định chính xác VK gây bệnh, là cơ sở chọn KS cho điều trị

0:31:36

0:17:57

CẬN LÂM SÀNG

5-Chức năng hô hấp:

- ☐ Giảm oxy phế nang
- ☐ Tăng CO₂ máu ĐM rõ rệt khi có GPQ lan toả giai đoạn tiến triển

0:31:36

0:17:57

CÁC THỂ GPQ

1- Thể đơn thuần

- + GPQ khu trú, tổn thương nhỏ, dẫn lưu tốt
- + Ho máu và bội nhiễm hiếm gặp, bệnh nhân dung nạp tốt

2- Thể GPQ nặng

- + Có nhiều biến chứng, nhiễm trùng bội nhiễm, ho máu

0:31:36

0:17:57

CÁC THỂ GPQ

Ho máu

- Là hậu quả của quá trình viêm nhiễm lâu, không dự báo được
- Nhiễm bọt: do nung mủ mạn
- Suy hô hấp: do tổn thương PQ lan toả đáp ứng tốt với cascade thuốc giãn PQ

0:31:38

0:17:55

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Tất cả những trường hợp ho khạc đờm mạn tính: lao phổi, bệnh bụi phổi, mucoviscidosis, áp xe phổi mạn tính
2. COPD
3. HPQ
4. Tất cả những trường hợp ho ra máu

0:31:39

0:17:54

ĐIỀU TRỊ

- I- Nội khoa
 - ❖ Bỏ các chất gây kích ứng PQ
 - ❖ Điều trị nhiễm trùng đường hô hấp trên
 - ❖ Tiêm vaccin chống cúm
 - ❖ Điều trị thực thụ
 - ❖ 1- Dẫn lưu PQ, thở ra chậm và khạc mạnh
 - ❖ 2- SPQ và hút, rửa bằng huyết thanh mặn

ĐIỀU TRỊ

3- Điều trị bằng KS:

- Trước hết: lấy mủ cấy tìm VK và chọn KS

Chọn:

- Nhóm Cephalosporin thế hệ 3
- Nhóm Chloramphenicol
- Nhóm Quinolon (uống, tiêm truyền)
- Nhóm Metronidazol (uống, nhgtn)
- Các nhóm này phối hợp với nhau (10 -15 ngày)

0:42:11

0:07:22

ĐIỀU TRỊ

4- Các thuốc làm loãng đờm nhóm N-acetyl
systein (mucomyst, acemuc)

5- Dẫn lưu tư thế

6. Điều trị ho ra máu

7. Erythromycin 0,25g x 2/6 tháng – nhiều năm

II- Điều trị ngoại khoa:

Khi: GPQ khu trú, 1 bên

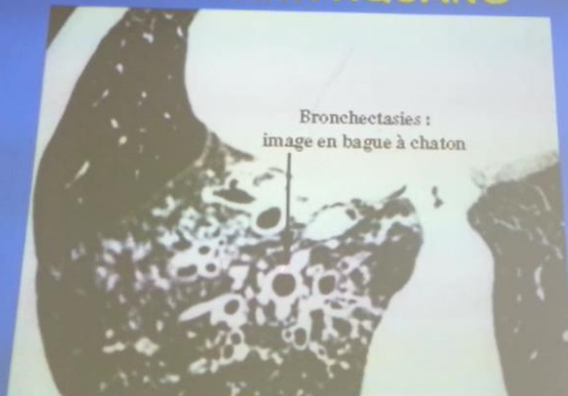
- ✓ GPQ diện tích nhỏ
- ✓ Ho máu tái phát nhiều
- ✓ Nhiễm trùng tái phát gần nhau
- ✓ Có nguy cơ suy hô hấp mạn tính

HÌNH ẢNH XQUANG



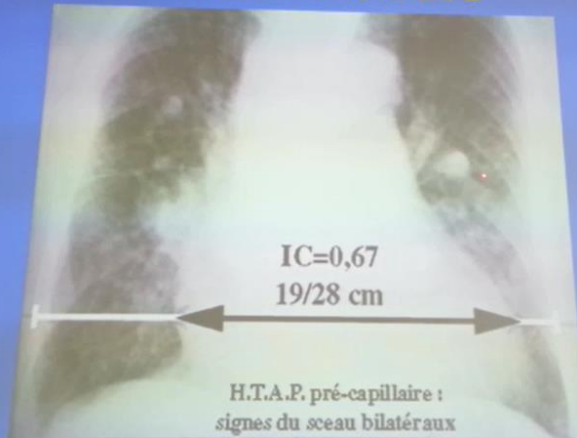
PA radiograph of a 67-year-old nonsmoker with severe obstructive lung disease since a childhood infection with *B. Pertussis*. He carried a presumptive diagnosis of bronchiolitis obliterans. HRCT scans (middle and right) show bronchiectasis.

HÌNH ẢNH XQUANG



Bronchiectasies :
image en bague à chaton

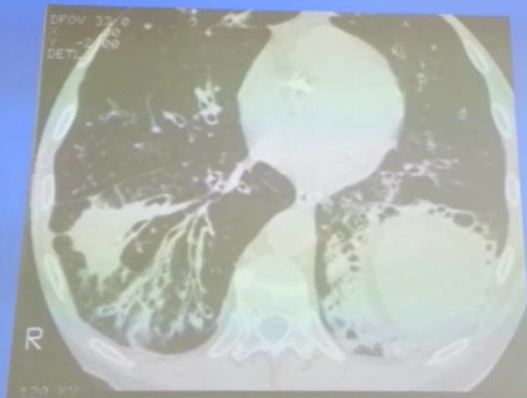
HÌNH ẢNH XQUANG



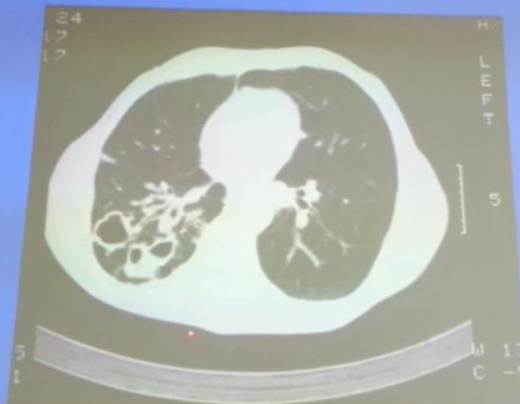
HÌNH ẢNH XQUANG



HÌNH ẢNH XQUANG



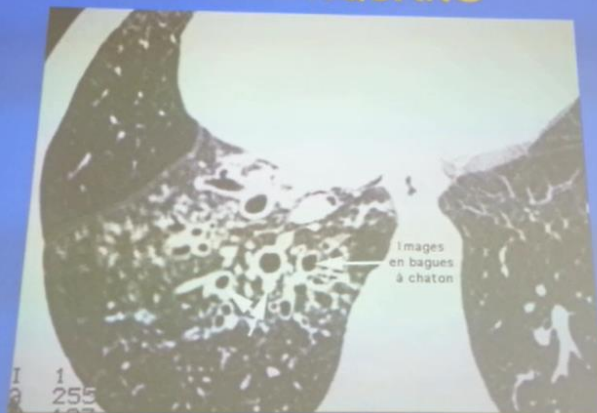
HÌNH ẢNH XQUANG



HÌNH ẢNH XQUANG



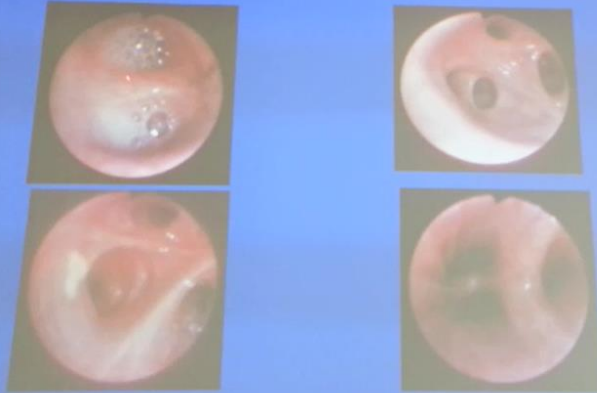
HÌNH ẢNH XQUANG



HÌNH ẢNH XQUANG



HÌNH ẢNH NỘI SOI



XQUANG TRONG GPQ

