

THLS HO RA MÁU - BS.NGỌC

[Bổ sung thêm phần Note của Điều]

Mục tiêu chuyên biệt: Nhận diện, phân loại ho ra máu

Dữ liệu lâm sàng:

Bệnh nhân nam, 65 tuổi, nhập viện vì ho ra máu. Tiền căn: lao phổi cũ, suy van tĩnh mạch chi dưới, hút thuốc lá 30 gói/ngày. 1 ngày: ho ra máu, 3-4 mcf máu đỏ tươi => ho ra máu nhiều, không rõ lượng → nhập viện. Không sốt, không ho đàm, không đau ngực.

Khám: tỉnh, bứt rứt, huyết áp 90/60 mmHg, mạch 120 lần/phút, nhịp thở 28 l/p, nhiệt độ 36,7 độ C, vã mồ hôi, da niêm nhạt. Tim nhanh, đều; phổi: ít ran nổ hai đáy. Cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Dữ liệu cận lâm sàng: SpO2 92% (FiO2 28%), Hb 98 g/dL

Câu hỏi khởi động:

- Có thực sự là ho ra máu không?
- Phân loại mức độ ho ra máu như thế nào? Vì sao?

▼ Hướng tiếp cận ho ra máu?



Hình 1: Sơ đồ tiếp cận bệnh nhân ho ra máu

▼ Có thực sự là ho ra máu?

Bn khai ho ra máu thì mình phải phân biệt vs ói ra máu, chảy máu từ vùng hầu họng và những cái gì đó màu đỏ giống như máu.

Tuy nhiên mình nhớ ko có cái nào mà có cái đó thì 100% sẽ là của tiêu hóa rồi có cái đó thì 100% sẽ là của hô hấp, ko có cái tiêu chuẩn nào như vậy cả. Cái nào cũng có độ nhạy độ chuyên chứ ko có cái nào đạt được 100% hết, kể cả những trường hợp bn ói ra máu nó vẫn có thể trào vô trong đường thở, khi đó thì vừa ói ra máu mà vừa ho ra máu.

Những tính chất máu đỏ tươi, đỏ bầm, trong máu có bọt, đó chỉ là lý thuyết thôi, thực tế thì không như vậy. Phần lớn thì phù hợp như vậy. Nếu BN vô nói tôi không biết tôi ho hay là ói ra máu thì sao. Ói ra máu sau khi BN ngủ 8 tiếng thì trong máu cũng làm gì có thức ăn. Ví dụ bệnh nhân chảy máu chân răng chẳng hạn, ban đêm ngủ nó chảy vô họng, sáng dậy khạc ra thì sao?

Bây giờ mình dùng cách nào để mình thấy cái máu đó. Dễ nhất là mình phải nhìn thấy, nhìn thấy bằng cách nào, nội soi thấy máu nó đang chảy từ trong dịch đường ruột, hoặc ói ra máu sau đó tôi soi phế quản tôi thấy máu tùm lum trong

phế quản dù tôi ko thấy cái chỗ chảy máu nhưng bây giờ tôi thấy máu giả sử máu từ đường tiêu hóa ha, mà lúc dạ dày nó còn trống thì làm gì có thức ăn, thì đó nó trào vô trong đó mình thấy máu màu đen đen rồi cũng dính tùm lum tùm la ở trong đó thành ra khi đó thì cũng khó, khó nói được cái chỗ nào chảy máu, đôi khi nó là ho ra máu thực sự.

Rồi vừa ho ra máu vừa chảy máu tiêu hóa thì có được không. Được chứ có gì đâu mà không được, nên thành ra mình phải cẩn thận ha, đừng bao giờ mà chắc ăn quá về cái chẩn đoán của mình ha, không có gì 100% đâu. Tới tuyến chuyên khoa ở CR chẳng hạn người ta vẫn chẩn đoán nhầm giữa ho ra máu và ói ra máu như thường ha.

▼ Phân loại mức độ:

Chọn mốc 100ml vì người ta thấy 100ml là V máu mất mà có khả năng gây chết, nên họ chọn mốc 100ml để có thể can thiệp sớm hơn, không đợi tới 500, 700 gì nữa, 500, 700. là trễ rồi. Qua các nghiên cứu thì người ta nhận thấy 100ml là thể tích ít nhất có thể gây chết. Dù có nhiều định nghĩa nhưng bây giờ xu hướng người ta lấy V máu mất càng ngày càng thấp lại.

Nếu chọn mốc 200, 300 được không? Được, nó phụ thuộc vào những thứ mình đang có trong tay, mình đang có công cụ gì để điều trị cho bệnh nhân, không phải mọi bệnh nhân ho ra máu đều được chuyển tuyến.

Trong xuất huyết tiêu hóa, dùng tốc độ mất máu để xác định mức độ xuất huyết. Còn trong ho ra máu thì khác.

Tại sao ko như máu mất trong đường tiêu hóa? Mình nhớ là khoảng chết giải phẫu ở trong đường hô hấp nó có mấy trăm ml à, 100, 150ml thôi, đâu có nhiều đâu, thành ra máu 100ml là ngập đường thở rồi, không đợi tới 500, 700 như đường tiêu hóa. Máu đường thở mà tới 500ml là đảm bảo ngập đường thở và chết mất tiêu rồi, ko có nhiều tới mức đó.

Vậy ca này mình thấy là bn này có SHH rồi. Thứ nhất là mình thấy là nhịp thở 28 lần, tri giác thì hơi bứt rứt một chút dù tỉnh, thêm 1 cái là cái dấu hiệu ứng hộ gồm có dấu hiệu mạch nhanh, HA 90/60, nam giới mà HA 90/60 thì cũng hơi thấp á, ko có cao đâu, mặc dù nó nằm trong giới hạn bình thường. Thêm 1 điểm nữa là FiO2 là 28% tức là bn đang thở oxy 2l/p, SpO2 có 92% thôi, chứng tỏ bn này có SHH rồi. Như vậy thì ca này có SHH, có thể có rối loạn huyết động, ho ra máu mức độ nhiều, da niêm nhạt luôn chứng tỏ mất máu nhiều, ko phải ít, mức độ nặng ha, nhiều, hoặc là đe dọa tính mạng gì đấy.

Câu hỏi thảo luận:

- Tại sao lựa chọn ngưỡng >100 mL để phân mức độ nặng?
- Nếu không dựa trên thể tích hoặc không biết được thể tích, làm thế nào để đánh giá độ nặng của ho ra máu?

Rối loạn huyết động, rối loạn hô hấp tuần hoàn, nếu ít mà ko ảnh hưởng thì thường là mất máu mức độ nhẹ thôi.

Thường mất máu có 100ml thôi thì nó ít khi ảnh hưởng đến huyết động lắm, giống như trong XHTH, ít nhất phải > 500ml. Nhưng cái tốc độ mất máu mới là quan trọng. 500ml máu mà mất máu rỉ rả thì chả ảnh hưởng huyết động gì. Nhưng nếu như mất máu mà 500ml mất rất nhanh thì khi đó coi chừng nó ảnh hưởng tới huyết động, trong 1 thời gian ngắn nó sẽ ảnh hưởng tới huyết động.

Bên ho ra máu, dựa trên V máu mất chỉ là một phần thôi, dựa trên hậu quả của nó mang lại quan trọng hơn, đó là cái ho ra máu nó có gây ra SHH hay ko. Nếu có thì phải đánh giá mức độ nặng, ko thể đánh giá mức độ nhẹ được, tại vì nguy hiểm tới tính mạng rồi làm sao mà nhẹ được.

Đúc kết: Quan trọng nhất khi tiếp cận ho ra máu là có thực sự ho ra máu hay ko, 2 là nếu bây giờ mình dựa trên thông tin mà bn khai là ho ra 1 chén ăn cơm, ho ra nửa chén chẳng hạn thì mình nói bn ho ra máu lượng ít lượng nhiều gì đấy, nhưng mà nếu bn ko nói được, ko biết thì mình dựa vào dấu chứng nào, giống này giờ đã nói ha, để ý thêm cái đó.

HO RA MÁU 2

Kỹ năng tổng quát: Tiếp cận điều trị ho ra máu

Mục tiêu chuyên biệt: Chỉ định CLS tiếp cận ho ra máu

Dữ liệu lâm sàng:

Bệnh nhân nam, 65 tuổi, nhập viện vì ho ra máu. Tiền căn: lao phổi cũ, suy van tĩnh mạch chi dưới, hút thuốc lá 30 gói/ngày. 1 ngày: ho ra máu, 3-4 mcđ máu đỏ tươi => ho ra máu nhiều, không rõ lượng → nhập viện. Không sốt, không ho đàm, không đau ngực.

Dữ liệu cận lâm sàng:

SpO₂ 92% (FiO₂ 28%)

Hb 98 g/dL, Hct 30% PT 12s, aPTT 37s

Creatinin 1.2, BUN 48

pH 7.48, HCO₃ 28, PO₂ 67 mmHg, PCO₂ 30

X quang ngực: bình thường

Câu hỏi khởi động:

- Cận lâm sàng nào nên ưu tiên thực hiện cho bệnh nhân này lúc nhập viện? và tại sao?

Câu hỏi thảo luận:

- Bệnh nhân ho ra máu nhưng X quang ngực không bất thường, nguyên nhân nào PHẢI

▼ Đề nghị CLS

Cận lâm sàng:

- Công thức máu
- Đông cầm máu
- Bun, Creat, nước tiểu 10 thông số
- D-dimer
- AFB đàm, PCR lao, cấy lao
- SpO₂ và/hoặc khí máu động mạch
- ECG và siêu âm tim nếu lâm sàng nghĩ đến bệnh tim

Mất máu cấp thì tầm 24h, mà bn ho ra máu vô liên mà bảo đánh giá mức độ mất máu dựa trên CTM, đi thi cho rớt được chưa, đừng có nói bậy nha.

1. XQ phổi: Đánh giá sơ bộ có tổn thương hay không, định vị vị trí chảy máu, ước đoán, ước chừng thôi, ví dụ tổn thương ở thùy trên, bn có ho ra máu thì chắc là chảy máu từ thùy trên thôi, nhưng mà bây giờ nó vừa thùy trên, vừa thùy dưới, cùng 1 bên, giả sử bên phải, giờ nó ho ra máu chắc là bên phải thôi, giờ thùy trên bên trái, thùy dưới bên phải, chảy máu bên nào? Cái đó khó ha, cái đó chả biết là nó chảy từ bên nào ha, bên này có thể chảy qua bên kia, bên kia có thể chảy qua bên này, rất là khó, trong trường hợp đó ko phân định được,

vậy nó có thể định hướng 1 phần nguyên nhân vị trí chảy máu chỉ trong 1 số trường hợp thôi chứ ko phải tất cả.

Như vậy cái giá trị LS XQ thì nó cơ động, dễ thực hiện, có thể tại giường được nhanh có kết quả nhưng mà nó cũng có giá trị hạn chế, ví dụ dẫn phế quản đôi khi chẳng thấy được trên XQ. DPQ mà lớn rồi đọc được trên XQ chứng tỏ nó cũng dẫn nhiều rồi, thì khi đó mới thấy, còn nếu sớm sớm quá thì thường là ko thấy.

2. Đông cầm máu: Loại trừ nguyên nhân chảy máu toàn thân, ví dụ rối loạn đông máu gây ho ra máu nhưng mà ít khi gây ho ra máu lượng nhiều lắm, ho ra máu lượng ít ít thôi, chảy máu tùm lum tà la chứ ko phải đơn giản là ho ra máu không. Mặc chi mà nó ho ra máu mà nó ko phải, ví dụ chảy máu chân răng, tiểu ra máu, cầu ra máu, chảy máu mũi, xuất huyết tự nhiên, mặc chi đi ho ra máu, ít ha. Thấy SXH bn có thể có dấu hiệu giảm tiểu cầu nhưng mà rất ít trường hợp ho ra máu.

3. Bn này SHH nên phải làm cái KMĐM để coi có SHH ko.

Bn ho ra máu nào vô cũng tìm dấu chứng, ví dụ thuyên tắc phổi, SÂ tim rồi điện tim để tìm thuyên tắc phổi như bạn thì có vẻ nó ko phù hợp lắm. Thuyên tắc phổi thì người ta dựa trên nguy cơ thấp, nguy cơ cao người ta dùng cái D-dimer để coi nó cao hay nó thấp, ít ai dùng ECG để chẩn đoán thuyên tắc phổi, nó khó, nó ko nhạy, SÂ tim thì đồng ý là sẽ làm nhưng ko phải trong thời điểm cấp cứu, vì hiện ko nghĩ gì tới tim thì ko có làm. Nhưng một cái thiếu máu cấp xảy ra thì nó cũng có thể thúc đẩy vô tình trạng thiếu máu chỗ khác, ví dụ thiếu máu cơ tim chẳng hạn, đời này cái gì cũng xảy ra được.

⇒ Trên bệnh nhân này: KMĐM Suy hô hấp giảm oxy máu đã bù trừ. pH kiềm, kiềm hô hấp và kiềm chuyển hóa

Điện giải đồ lúc này nó nói thì nó cũng ko phải là cái thường quy mà mình làm cho mọi bn nhập viện, cũng như là ko phải thường quy trên mọi bn ho ra máu.

4. Chức năng thận: đánh giá bằng BUN và Cre, đơn giản, dễ có, dễ kiểm, dễ dùng.

Gan nhiều chức năng lắm, chức năng tổng hợp đánh giá bằng Albumin, Protein, chức năng bài tiết Bilirubin, tình trạng hoại tử tế bào gan thì làm men gan, thành ra men gan nó ko phải chức năng gan, đánh giá các tình trạng hoại tử tb gan thôi. Do đó khi nói đánh giá chức năng gan mà đánh giá bằng AST ALT là mất kiến thức căn bản nha.

Chức năng thận: Hội chứng phổi thận, tiểu đạm, tiểu máu kèm ho ra máu thì nghĩ nguyên nhân do hc Goodpasture hoặc bệnh tự miễn → Anh Ngọc: Cái đó đúng nhưng ko cần thiết trong lúc ban đầu. Nếu nguyên nhân hội chứng Goodpasture thì em điều trị gì, chả phải lúc này.

Mình đề nghị CT cản quang thì mình xem xét bn có suy cn thận ko để sử dụng thuốc cản quang → Anh Ngọc: Câu trả lời này rất hay. Mình phải đánh giá chức năng thận trước vì bn có bị **mất máu nên nó sẽ ảnh hưởng 1 phần tới chức năng thận là 1, thứ 2 là mình sẽ phải cho bn chụp CT ngực có cản quang, và bn có thể phải can thiệp mạch là phải bơm thuốc cản quang vào**. Nếu cn thận của bn xấu quá thì sẽ phải hạn chế lại, còn không thì cứ xài như quy ước. Tùy tình hình, y tế huyện chả có gì ngoài XQ thì đề bn ra làm cn thận làm gì, chuyển bn cho lẹ chứ ôm làm gì, tới bn huyện giờ cũng chẳng có phương tiện gì, có chụp CT ra thì cũng ko làm được gì hết, chuyển lẹ, đảm bảo ABCD sinh hiệu ổn định lo chuyển, nên tùy vị trí mình làm việc, tùy theo cái nơi mình có gì mà mình sẽ chỉ định CLS cho nó phù hợp.

CLS nào chẩn đoán được dẫn phế quản, u phổi, thuyên tắc phổi: **CT ngực có cản quang đm phổi**. Mình chụp CT ngực có cản quang là muốn làm sáng cấu trúc mạch máu trong lồng ngực, nếu thuốc vô nó sáng cả đm chủ và đm phổi thì chẳng phân biệt được đâu là đm chủ đâu là đm phổi nữa. Khi chụp thuyên tắc phổi, người ta mong muốn chụp ở thì đm phổi tức là máu nó vừa tưới lên đm phổi thôi, như vậy là chụp CT đm phổi thì người ta mới canh giờ ha, còn nếu chỉ nói chụp CT có cản quang thì người ta chỉ cần chụp mạch máu thôi. Khi chụp CT thì vừa thấy được u phổi, vừa thấy được DPQ, thấy được mạch máu nên có tiêm thuốc cản quang và chụp ở thì đm phổi.

Khi nghi ngờ thuyên tắc phổi, thì chụp CT người ta sẽ canh thì động mạch phổi. U là khối mô, sẽ tăng bắt thuốc trong thì động mạch phổi.

U phổi ko thấy trước trên XQ: có những vị trí khuất như **vùng phía dưới của cơ hoành, cơ hoành hình vòm, cục u phía sau, nằm trong rãnh sườn hoành** sau chẳng hạn thì khi đó mình sẽ ko thấy được (Rãnh sườn hoành ở đây là trên phim XQ nghiêng). Tổn thương nhỏ đôi khi trên XQ cũng bị bỏ sót, **đặc biệt là u nằm trong cây khí phế quản, u nội lòng phế quản** thì làm sao mình thấy được trên XQ, khi đó chỉ có CT mới thấy thôi, nhưng mà thỉnh thoảng CT vẫn ko thấy được lý do là lát cắt của mình quá lớn, ví dụ khoảng cách từ lát này tới lát kia 5 cm chẳng hạn thì làm sao mà thấy được, thì CT tùy kỹ thuật chứ ko phải CT nào cũng như nhau.

Cục u phía sau tim thì trên XQ có dấu xóa mờ.

Thì khi thấy XQ ngực bình thường, bn ho ra máu thì mình phải nghĩ tới những nguyên nhân: DPQ, thuyên tắc phổi, ung bướu. Ung bướu là quan trọng, nhất là trên 1 bn có YTNC K như là YTNC ung thư phổi (**nam, tuổi > 50 và HTL > 20 gói.năm, ngưng hút thuốc lá trong vòng 15 năm**). Bây giờ độ tuổi ung thư có thể sớm nhưng mà đối tượng nào cần tầm soát thì là người > 50 tuổi người ta mới tầm soát, ko có tầm soát người 40 tuổi, 50-80 ha. > 80 tuổi người ta ko tầm soát K phổi nữa vì kỳ vọng sống ngắn, tầm soát chắc là ko giải quyết được vấn đề gì. Tầm soát sớm cải thiện chất lượng cuộc sống, kéo dài tuổi thọ, chứ 80 tuổi thọ rồi nên thành ra khi đó ko có đặt vấn đề tầm soát K phổi nữa. Nên người ta tầm soát trên những người > 50 tuổi, có tiền sử HTL > 20 gói năm.

Với u nội lòng phế quản thì quan trọng nhất vẫn là nội soi phế quản thì sẽ thấy được. Nên nếu bn XQ ngực bình thường, ko loại trừ được u nội lòng phế quản thì nên nội soi phế quản, ko phải ca nào cũng nội soi. Nhớ **nguyên nhân ho ra máu thường hay gặp nhất**, nó nằm từ trên xuống dưới liệt kê từ đầu đến cuối á, nhớ cái nguyên nhân **viêm phế quản cấp**. Mà viêm phế quản cấp thì bn **có ho ra máu, XQ phổi bình thường, CT ngực cũng có thể bình thường**. Nên ko phải XQ ngực bình thường, CT bình thường đều được đem đi nội soi, tùy theo YTNC bn này là gì, YTNC làm thay đổi cái xác suất tiên nghiệm của 1 cái bệnh.

Nếu CT thấy thuyên tắc phổi, dẫn phế quản, u nội lòng phế quản thì làm gì?

5. Nội soi phế quản phải tuyến trung ương mới làm. KHÔNG PHẢI MỌI BỆNH NHÂN HO RA MÁU ĐỀU CẦN SOI PHẾ QUẢN

Nội soi phế quản chỉ định khi nào? Khi mình chưa rõ nguyên nhân ho ra máu, không phân biệt được ho ra máu hay ói ra máu, soi để điều trị.

Vừa có nội soi vừa có Adre thì phải chọn Adre. Để thực hiện được nội soi, bn phải đừng kích thích quá ko soi được trừ khi cho an thần cho bn mê, mà ko biết liều bao nhiêu cho đủ, bn nhỏ con, lớn tuổi đôi khi liều thấp, bn to khỏe tha hồ xài thuốc ko có ngủ gì hết, khó lắm ko có dễ đâu. Ho ra máu lượng nhiều dùng an thần có thể ức chế hô hấp, khi đó phải đặt NKQ.

Nội soi để cầm máu trong sách viết rất là nhiều nhưng thực tế thì tới đâu.

Nội soi ống mềm vai trò trong ho ra máu rất là hạn chế, rất là khiêm tốn vì cái kênh của nó nhỏ, khả năng hút máu của nó ko có được tốt, vô đó mà gặp cục máu đông là ko có hút được nữa, nó tắc, chỉ có nội soi ống cứng thì mới làm được cái chuyện đó, mà để khởi động ekip nội soi ống cứng nó ko có phải dễ. Thứ nhất chúng ta phải chuẩn bị phòng mổ, thứ 2 là kiếm được người. Người làm nội soi ống cứng ở VN được bao nhiêu người, rất ít, bn ĐHYD ko có người

làm, CR thất truyền, bác Truyền ở PNT cũng nghỉ hưu, coi như gần hết rồi. Miền Bắc có BV Bạch Mai, BV phổi trung ương. NS ống cứng nhiều nguy cơ lắm chứ ko phải là đơn giản, ống cứng thì nó tiện, đặt ống to ơ là to, nhiều máu cũng hút được hết, nhưng mà nó ko dễ, với ống mềm cũng tương tự. Ống mềm soi mà bơm nước, bơm thuốc vô trong đó thì nó dễ trọng việc bơm mấy cái đó, định vị vị trí chảy máu cũng dễ tại vì nó cơ động, nó linh động, nó linh hoạt, nhưng mà những chuyện khác ví dụ cầm máu cũng được, ví dụ thấy được chỗ chảy máu có thể đẩy ống soi chèn vào chỗ đấy, chèn vào bít luôn cái lỗ phế quản đang chảy máu. Nói dễ chứ vô đó thấy máu me chảy tùm lum, rất khó.

Ý tưởng nội soi cũng là ý hay nhưng phải có người có kinh nghiệm thì khi đó mình mới làm chứ còn ko có làm được.

6. CTM: mất máu cấp thì 12 - 24h mới thể hiện trên CTM, vậy có một nguyên nhân khác làm bệnh nhân thiếu máu

7. Creatinine 1,2, BUN 48 có vấn đề gì không?

Câu hỏi thảo luận:

- Bệnh nhân ho ra máu nhưng X quang ngực không bất thường, nguyên nhân nào PHẢI nghĩ tới và cần loại trừ? Cần chỉ định cận lâm sàng nào tiếp theo?
- Khi nào cần nội soi phế quản ở bệnh nhân ho ra máu?

Đúc kết minicase:

Câu hỏi khởi động:

- Lúc nhập viện, nên xử trí cấp cứu bệnh nhân này như thế nào?

Câu hỏi thảo luận:

- Nếu bệnh nhân không đáp ứng [vẫn còn ho ra máu] với các biện pháp cầm máu ban đầu, can thiệp nào nên ưu tiên chọn lựa cho bệnh nhân này?
- Nếu bệnh nhân có tiền sử huyết khối tĩnh mạch chi dưới, có nên dùng các thuốc như tranexamic acid hay không?

Đúc kết minicase:

▼ Xử trí:

1. Đảm bảo đường thở thông thoáng. Miệng có máu nhót nhớ cho bn khạc ra.
2. Đảm bảo hô hấp. O₂ 92% với FiO₂ 28%. Mục tiêu oxy là bao nhiêu? Người bình thường không có YTNC, ko phải cơ địa nhạy cảm O₂, ko tăng CO₂ chẳng hạn thì mục tiêu SpO₂ **94%**, mình sẽ điều chỉnh FiO₂ sao để đạt SpO₂ 94% là được rồi. Còn nếu bn COPD, tiền sử HTL sợ COPD, sợ tăng CO₂ thì mục tiêu

88-92% là đủ. (Tại SpO2 90% thì PO2 khoảng 60 mmHg). Trên bệnh nhân này tiền căn HTL, nhớ chú ý

3. Tới ABC. Rối loạn huyết động mạch nhanh, HA thấp. [Thắng: Lập đường truyền tm truyền NaCl 0.9% 500ml XXX giọt/phút – Thầy ko bình luận chỗ này]

4. Ức chế ho, đừng cho nó ho nữa. Chỗ này nó sẽ có mâu thuẫn là bn ho ra máu tạo máu cục bít tắc đường thở, gây SHH, cần bn ho để khạc ra, nhưng khi bn ho khạc vậy thì cục máu đông trong phổi ở chỗ chảy máu nó đông lại cầm máu giờ ho lại bực mấy chỗ cục máu đông nhỏ nhỏ đó ra, thế là chảy máu tiếp. Như vậy càng ho càng chảy máu, cho tới khi nào đường thở sạch thì bn sẽ bớt ho. Vậy khi nào máu hết chảy thì bn sẽ hết ho. Máu còn chảy có dùng cầm ho cỡ nào thì nó cũng sẽ ho ra thôi. Nên mấy cái thuốc ví dụ Terpin Codein dùng được, nhưng hiệu quả chỉ phần nào đó thôi. Nhưng mà khi mà sử dụng mấy thuốc Terpin Codein để giảm ho ức chế trung ương như vậy nó tiềm ẩn nguy cơ, **sử dụng an thần quá mức bn sẽ SHH, ức chế trung khu hô hấp, đối tượng người già, lớn tuổi, bệnh gan hoặc trẻ em.** Nên dùng thuốc phải biết tác dụng phụ. Bn kích thích bứt rứt vật vã gì đó thì hãy chích an thần, bn tỉnh như sáo luôn, ko có kích thích, ko có bứt rứt, ko có vật vã gì hết, cũng ko lo lắng tôi ho ra máu nhiều lần rồi chưa chết, bình tĩnh hết sức thì cũng ko cần an thần làm chi. An thần mục tiêu để giảm bớt lo âu cho bn thôi, nhưng mà nó cũng có hiệu quả cho việc ức chế ho, bn ho nhiều có thể dùng được. An thần thì dùng gì? Nhóm **BZD ha, ko có dùng Morphine, ít dùng Morphine lắm.** Nếu đã chích BZD thì phải biết đặt nội khí quản cho bệnh nhân

⇒ Bệnh nhân này không đến nỗi già, thuốc ho thì vẫn có thể dùng trên BN này.

5. Nãy có đưa nói chích Adrenoxyl, thì nó ko được khuyến cáo nhiều, bằng kiến thức của mình tôi cũng ko biết luôn, tôi ko có đọc cái chỗ nào nó bảo dùng Adrenoxyl được, ngoại trừ cái tờ brochure. Thuốc đó cũng là thuốc cầm máu nhưng mà trong ho ra máu thì tôi chưa thấy. Thường trong ho ra máu thấy người ta hay chích Tranexamic acid hơn, có vẻ hay dùng cái này hơn.

Ngoài chuyện chích Tranexamic acid thì có một số nghiên cứu mới người ta phun khí dung Tranexamic acid.

⇒ Nên nhớ bệnh nhân có tiền căn suy van TM chi dưới, có nguy cơ huyết khối.

6. Chuyện nằm đầu cao. Tại sao nằm đầu cao, nằm nghiêng trái là để cô lập thôi. Cái này tổn thương dẫn phế quản ở thùy trên mình cho bn nằm đầu chốc xuống chứ, chúc xuống thì như vậy máu nó khu trú ở thùy trên thôi, đầu chảy xuống phía dưới, nằm đầu cao thì máu đổ xuống phía dưới rồi, thùy trên đổ

xuống thùy dưới rồi. Câu hỏi nằm đầu cao hay nằm đầu thấp, cái tư thế nào cho bn dễ ho khạc chắc là tư thế ngồi, nằm khó ho khạc hơn.

Nếu không biết tổn thương bên nào, thì nghiêng bên nào. Tư thế nào bệnh nhân thấy dễ chịu nhất thì để bệnh nhân nằm bên đó.

7. Adrenaline: Thường người ta pha loãng thành 1/10.000 hoặc 1/20.000 để cầm máu tại chỗ. Nếu nội soi người ta có thể bơm thuốc cầm máu, thuốc co mạch vô trong đó, không thì cho phun khí dung Adre giống như nãy giờ nói.

Y lệnh

- Lập đường truyền
- Oxy canula 4L/phút
- NaCl 0.9% 500 ml/ chai TTT xxx giọt/phút
- Adrenaline 1mg/1ml 1/2A PKD
- Acid tranexamic 500 mg 1 ống x3 TMC

⇒ Mạch bệnh nhân 120 lần/phút thì PKD adrenaline thì có ngại không? Cần biết mạch nhanh này do gì? Do cường giao cảm, hay do mất máu? Cần cân nhắc nguy cơ, lợi ích, nếu việc ho ra máu trước mắt nguy hiểm hơn thì nên phun adrenaline. Bản thân anh cũng chưa gặp TH nào vì phun adrenaline mà vô loạn nhịp.

Cấp cứu ho ra máu nội khoa

§ Thông đường thở, đủ oxy

- § Khuyến khích ho khạc
- § Hỗ trợ hút máu
- § Nội soi PQ ống cứng/Nội khí quản 8mm
 - § Chỉ định: suy hô hấp
 - § Thông khí vùng không ngập máu

§ Oxy

§ Cô lập chỗ chảy máu: Ngăn lan rộng vùng ngập máu

- § Hạ thấp chỗ tổn thương
- § Nội khí quản

Cấp cứu ho ra máu nội khoa

§ Thuốc co mạch:

- § Vasopressin
- § Glypressin/Adrenaline
- § Adona/Adrenoxyl

§ Thuốc ảnh hưởng đông máu

- § Truyền TC/Huyết tương
- § Transenamic acid
- § Ngừng kháng đông/aspirin/clopidogrel

§ An thần

§ Ước chế ho: lượng máu, SHH?

§ Khác

- § Khoa Phổi/ Săn sóc tích cực-NKQ/Oxy
- § Theo dõi sát
- § Đường truyền
- § Trấn an/Giải thích
- § Nhịn ăn

▼ NỘI SOI PHẾ QUẢN

Nếu team nội soi mạnh, có thể làm được nhiều chuyện thì vẫn có thể nội soi, chèn bóng trong trường hợp này. Chứ nhiều trường hợp nội soi xong vẫn lại chảy máu tiếp.

Nếu bệnh nhân SHH tệ quá, không nội soi được thì cũng có thể xem xét DSA trước

▼ Phương pháp ngoại khoa

Làm hết điều trị nội khoa rồi, bn vẫn tiếp tục ho ra máu thì làm gì tiếp trên bn này tới CR rồi đó. [Ở tuyến dưới, ho ra máu ko ổn, tiếp tục diễn tiến, ko có phương tiện gì khác phải chuyển tuyến]

Thuyên tắc đm phế quản. Ho ra máu nặng từ đm phế quản áp lực lớn hơn còn đm phổi áp lực thấp nên thường ho ra máu nhẹ hơn. Nên ca này mình nên đi thuyên tắc đm phế quản. Trong thuyên tắc đm phế quản thì nó cần phải có một cái team để can thiệp. Trước khi thuyên tắc cần phải định vị được chỗ chảy máu, bên trái hay phải, trên hay dưới để tìm khu trú, nếu ko chụp hết rất là lâu, bn ăn tia X rất là nhiều, tốn thời gian cực nhiều và đôi khi sẽ sót. Nên trước chụp mình khu trú bằng CT ngực để khu trú lại, thứ 2 là cần nội soi phế quản trước sẽ thấy được chỗ chảy máu thùy trên hay dưới. Thuyên tắc đm phế quản là 1 trong những lựa chọn hợp lý trong trường hợp này.

Vậy nếu giờ cái chỗ em ko có thuyên tắc đm phế quản em làm gì. Có nên đi mổ ko. Khi nào thì nên mổ?

SV: Tỷ lệ tử vong 2-18% dao động khoảng đó → Anh Ngọc: Mổ cấp cứu thì tử vong nó cao hơn, còn nếu mổ chương trình thì sẽ thấp, hơn, tùy mổ cấp cứu hay chương trình. Phẫu thuật cắt phổi hay cắt thùy phổi thì tùy nhưng mà nó

phải cái phổi còn lại nó phải còn chức năng còn ko mà em cắt, cắt xong rồi bn cũng nằm đó hoài thử ko được. Thứ 2 nữa là chỗ đó nó phải khu trú, chứ còn DPQ cả 2 phổi luôn thì em cắt chỗ nào. Khi mà cái phổi bên phải ngày xưa nó bị ho ra máu, DPQ cắt 1 lần rồi, giờ DPQ tiếp phía bên kia có cắt nữa không. Thì tùy theo chức năng phổi còn lại còn bao nhiêu coi có khả năng cắt được hay không thì cắt. Cắt thì vẫn là phẫu thuật triệt căn nhất nguyên nhân ho ra máu. Khi nào ho ra máu mà ko đáp ứng với điều trị nội khoa thì mình nên cắt.

Đối với nội soi thì ở VN mình nội soi phế quản ở VN ko có phát triển lắm. Mình còn những biện pháp khác để cầm máu như nút silicon chèn vào lỗ phế quản, thông qua đút vô bít lại khỏi chảy máu, hoặc là dùng điểm đông tức là dùng clip kẹp, đốt để nó hết chảy máu, hoặc là bóng chèn, giống như sonde plasma vậy đó, bơm cái bóng lên chèn là nó hết chảy máu, đó là những biện pháp cầm máu cơ học thôi, ở ngoài VN thì người ta làm chớ VN ít làm lắm, làm những cái thứ nào mà kiếm được tiền chẳng hạn vậy thôi, còn 3 cái thứ nguy cơ cao lây nhiễm tùm lum, kỹ thuật thì khó, bn nặng nề, ít tiền chả ai làm hết, kì cục vậy, có lợi cho bn nhiều chứ nhưng mà người ta ko có làm.

Cấp cứu ho ra máu : BAE

§ Vai trò

- § Xác nhận Chỗ chảy máu
- § Điều trị thủ thuật **tạm thời**: cầm máu

§ Chỉ định: Ho máu lượng nhiều, tiến triển không đáp ứng điều trị nội

§ Phương tiện

- § DSA

§ Chứng cứ: nhiều

§ Các vấn đề kỹ thuật

- § Tránh biến chứng liệt: dm tủy sống
- § Các dm phế quản/liên sườn
- § Tái phát

§ Yêu cầu bn

- § Tương đối ổn định
- § Chỗ chảy máu được xác nhận từ trước