

# XỬ TRÍ HO RA MÁU

**PGS.Ts. Ngô Quý Châu**  
**Trưởng khoa Hô Hấp BV. Bạch Mai**

# I. ĐỊNH NGHĨA

- Ho ra máu là máu từ đường hô hấp dưới được ho, khạc, trào, ộc ra ngoài qua đường miệng mũi.
- Ho ra máu là một dấu hiệu không đặc hiệu liên quan tới nhiều bệnh phổi - phế quản:
  - Nhiễm khuẩn.
  - Ung thư.
  - Bệnh lý tim mạch.
  - Chấn thương.
  - Bệnh tự miễn.
  - Thuốc hoặc độc tố.
  - Dị vật đường hô hấp dưới.

## II. CƠ CHẾ HO MÁU

- Do vỡ, loét, thủng, rách thành mạch.
- Rối loạn chức năng tuần hoàn động mạch phế quản:
  - Phì đại, tăng sinh, tăng áp lực động mạch phế quản.
  - Tăng số lượng khẩu kính các nhánh nối động mạch phế quản và động mạch phổi, hình thành đám rối mạch xung quanh phế quản, hình thành tĩnh mạch phổi giả u mạch v.v...
  - Tăng tuần hoàn đến phổi, xung huyết mạch phổi - phế quản
  - Rối loạn vận mạch phổi - phế quản dẫn đến hồng cầu thoát mạch
  - Tổn thương mạch phổi
  - Tắc mạch phổi, nhồi máu phổi
  - Tăng tính thấm thành mạch
- Các rối loạn trên thường không đơn độc mà luôn phối hợp

### **III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

# 1. TRIỆU CHỨNG BÁO HIỆU

- Người bệnh có thể cảm giác khó chịu, hồi hộp, cảm giác nóng ran sau xương ức, khó thở, khò khè, lợm giọng, ngứa cổ họng, có vị máu trong miệng, họng sau đó ho khạc, trào, ộc máu từ đường hô hấp dưới ra ngoài.

## 2. HO RA MÁU

- Máu ra lúc đầu thường màu đỏ tươi, có bọt, lẫn đờm, những ngày sau chuyển sẫm màu dần, gọi là đuôi khái huyết.
- Số lượng ho máu ít: có dây máu trong đờm, vài ml/24 giờ.
- Số lượng ho máu trung bình: vài chục đến vài trăm ml/ 24 giờ.
- Số lượng ho máu nặng: Trên 200 ml/ 24 giờ.
- Trong một số trường hợp có thể khó chẩn đoán: người bệnh lú lẫn, trả lời không chính xác, khi có nôn máu đồng thời hoặc chảy máu cam ở người bệnh mất ý thức.

### 3. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

- Dấu hiệu suy hô hấp cấp: từ nhẹ đến nặng thậm chí đe dọa tính mạng bệnh nhân do các cục máu lấp đầy khí phế quản
- Dấu hiệu thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, hạ huyết áp thậm chí tình trạng sốc giảm thể tích.
- Dấu hiệu của bệnh lý nguyên phát: ung thư phổi, lao phổi, giãn phế quản...

## **IV. CẬN LÂM SÀNG**



# 1. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH PHỔI

- X quang tim phổi: chụp phổi thẳng, nghiêng trái nếu lâm sàng không xác định hướng bên tổn thương.
- Chụp cắt lớp vi tính phổi: giúp xác định một số bệnh lý phế quản phổi mà phim X quang tim phổi không thấy rõ như giãn phế quản, u phổi nhỏ, các tổn thương ở vị trí gần tim, trung thất...
- Chụp động mạch phế quản: xác định vị trí giãn động mạch phế quản và gây bít tắc động mạch đó trong trường hợp điều trị nội khoa không kết quả.

# XÉT NGHIỆM KHÁC

## 2. Xét nghiệm máu

- Huyết học: Số lượng HC, tiểu cầu, xét nghiệm máu chảy, máu đông, tỷ lệ prothrombin, tỷ lệ INR, fibrinogen....
- Xét nghiệm sinh hoá: đường, men gan, chức năng gan, creatinin máu.

## 3. Soi phế quản

- Soi phế quản ống mềm sớm, nhất là khi đang ho ra máu có thể xác định bên, vị trí chảy máu và căn nguyên chảy máu, hút dịch phế quản, rửa phế quản phế nang làm xét nghiệm tế bào, vi khuẩn. Trong trường hợp chảy máu phế nang sẽ thấy dịch rửa phế quản phế nang có máu.

# XÉT NGHIỆM KHÁC

## 4. Xét nghiệm đờm

- Xét nghiệm trực tiếp, nuôi cấy tìm vi khuẩn thông thường, nấm và AFB trực tiếp, nuôi cấy tìm BK đờm.
- Xét nghiệm đờm tìm tế bào ác tính nhưng tỉ lệ thấy thấp.

## 5. Phản ứng Mantoux

- Nếu kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính là một yếu tố giúp thêm cho hướng chẩn đoán có thể bệnh nhân ho máu do lao.

## 6. Xét nghiệm nước tiểu

- Tổng phân tích nước tiểu, cận Addis nếu có các dấu hiệu nghi ngờ các bệnh tự miễn. Số lượng hồng cầu, trụ hồng cầu có thể tăng ở các bệnh tự miễn

# V. CHẨN ĐOÁN

# 1. CĐ XÁC ĐỊNH, MỨC ĐỘ NẶNG

## *1.1. Ho ra máu nhẹ*

- Ho ra máu ít, chỉ thành từng vệt trong chất khạc hoặc vài ml máu đến dưới 50 ml/ 24 giờ

## *1.2. Ho ra máu trung bình*

- Ho ra máu từ 50 ml / 24 giờ đến 200 ml một lần ho.

## *1.3. Ho ra máu nặng*

- Ho ra máu >200 ml một lần hoặc >500ml/ 24 giờ

## *1.4. Ho ra máu tắc nghẽn*

- Lượng máu ho ra bằng hoặc nhiều hơn trong ho máu nặng và có các dấu hiệu suy hô hấp cấp tính do tràn ngập máu phế nang và phế quản.

## 2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cần phân biệt với chảy máu do nguyên nhân ở tai mũi họng (chảy máu cam, ung thư ), răng hàm mặt, nôn ra máu (máu thường màu đen khạc ra trong lúc nôn) tuy nhiên khi nôn ra máu nhiều máu đỏ có thể bị sặc vào phổi rồi ho khạc ra.

### **3. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN**

## 3.1. CÁC BỆNH PHỔI-PHẾ QUẢN

- Lao phổi: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, xét nghiệm tìm trực khuẩn lao trong đờm.
- Bệnh phổi không do lao:
- Viêm phổi.
- áp xe phổi.
- Bụi phổi.
- Nấm phổi: *Aspergillus*.
- Sán lá phổi.
- U nang bào sán.
- U phổi lành tính
- K phổi nguyên phát, K phổi thứ phát.



## **3.1. CÁC BỆNH PHỔI-PHẾ QUẢN**

- Phù phổi cấp tổn thương.
- Lạc nội sản mạc tử cung vào phổi: ho ra máu theo chu kỳ kinh nguyệt.
- Chảy máu phế nang
- Bệnh phế quản
- Viêm phế quản cấp.
- Giãn phế quản.
- Dị vật phế quản.

## 3.2. CÁC BỆNH TIM MẠCH

- Tăng huyết áp.
- Vỡ phình động mạch chủ ngực.
- Tắc nghẽn mạch phổi.
- Còn ống động mạch.
- Hẹp van hai lá.
- Phù phổi cấp (huyết động) do suy tim trái.
- Dị dạng mạch máu phổi như thông, dò động tĩnh mạch phổi

### **3.3. CÁC BỆNH TOÀN THÂN**

- Bệnh sinh chảy máu.
- Thể tạng chảy máu.
- Rối loạn đông máu do dùng các thuốc chống đông, thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu.
- Đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Nhiễm khuẩn huyết do các nhiễm trùng nặng như viêm phổi.

### ***3.4. NGUYÊN NHÂN NGOẠI KHOA, DO THẦY THUỐC***

- Chấn thương, đụng giập lồng ngực, phổi phế quản.
- Các thủ thuật trên phổi - phế quản: sinh thiết phổi, nội soi phế quản sinh thiết phế quản, chải phế quản, sinh thiết xuyên vách phế quản, chọc dò màng phổi...

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

# 1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Mọi bệnh nhân ho ra máu phải được chuyển đến bệnh viện để được làm các thăm dò chẩn đoán và điều trị sớm.
- Một khi tình trạng bệnh nhân tương đối ổn định cần làm sớm các thăm dò chẩn đoán và điều trị vì ho ra máu có thể tái phát bất cứ lúc nào.
- Muốn điều trị ho máu có kết quả phải đồng thời điều trị cầm máu và phát hiện điều trị nguyên nhân.
- Hồi sức đảm bảo thông khí phế nang, cung cấp đủ o<sub>2</sub>, bồi phụ dịch tuần hoàn bị mất.

## 2. HỒI SỨC

- Khai thông đường hô hấp. Đảm bảo thông khí phế nang:
  - Hút máu, các chất tiết, đờm rãi trong đường hô hấp.
  - Đặt nội khí quản, mở khí quản, thở oxy, thở máy nếu có suy hô hấp nặng ...
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn: đặt đường truyền cỡ lớn
- Truyền máu: bù đủ lượng máu mất.
- Bồi phụ nước và điện giải: Truyền dịch đảm bảo khối lượng tuần hoàn, bồi phụ điện giải theo lượng điện giải thiếu hụt.

### 3. CHĂM SÓC CHUNG, CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG HO RA MÁU

- Thở o<sub>2</sub> tùy theo mức độ khó thở, mức độ giảm SpO<sub>2</sub> nếu có điều kiện theo dõi.
- Nằm nghỉ tuyệt đối ở nơi yên tĩnh, tránh vận động lồng ngực mạnh.
- Ăn lỏng, uống nước mát, lạnh.
- Dùng thuốc an thần nhẹ: diazepam liều thấp. Không dùng an thần mạnh vì nguy cơ sặc khi ho ra máu nhiều và che lấp các dấu hiệu suy hô hấp.
- Dùng thuốc phen hoặc các chế phẩm:
  - Có tác dụng ức chế thần kinh trung ương, gây ngủ, ức chế trung tâm ho, trung tâm phó giao cảm, tác động lên vỏ não làm giảm cảm ứng ngoại biên, trên các trung tâm vỏ não làm giảm đau, điều chỉnh hoạt động thần kinh thực vật, tăng sức chứa của các tĩnh mạch chi dưới, giảm lượng máu qua phổi, gián tiếp điều hòa tuần hoàn phổi.



## 4. CÁC THUỐC CO MẠCH

- Post-hypophyse: hypantine, glandutrine (nội tiết tố thùy sau tuyến yên)....
- Liều dùng: tiêm tĩnh mạch chậm mỗi lần 5 UI hoà trong 5 ml huyết thanh hoặc truyền nhỏ giọt tĩnh mạch 2 - 4 ống trong dịch truyền. Chống chỉ định trong trường hợp nhồi máu cơ tim cũ hay có nguy cơ nhồi máu cơ tim.

## 5. ĐIỀU CHỈNH CÁC RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU, CẦM MÁU

- Truyền huyết tương tươi nếu có rối loạn đông máu, INR kéo dài, truyền tiểu cầu nếu có giảm số lượng hoặc chức năng của tiểu cầu. Ngừng các thuốc gây rối loạn đông máu. Vitamin K1 ống 10mg - tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm 1- 3 ống/ngày khi có giảm prothrombine do bệnh gan hoặc thiếu vitamine K.
- Adrenochrome (adrenoxyl, adona, adrenosem): là dẫn chất oxy hoá của adrenalin có thể tăng cường sức đề kháng thành mạch. Liều dùng: viên 10 mg - 1-2/ngày; ống 50 mg - truyền tĩnh mạch.
- Các thuốc chống tiêu sợi huyết (axít tranexamique): có tác dụng ức chế các chất hoạt hoá plaminogen. Chỉ định khi có tăng tiêu sợi huyết hoặc biến chứng ho ra máu ở bệnh nhân dùng thuốc tiêu sợi huyết. Trường hợp cấp cứu có thể tiêm tĩnh mạch chậm 1-2 ống 0,5g x mỗi 8 giờ.
- Desmopressin: là peptid tổng hợp giống hormon chống bài niệu, được chỉ định trong trường hợp bệnh ưa chảy máu hemophili A mức độ trung bình, bệnh Wilbrand, suy thận mạn với thời gian máu chảy kéo dài.

## **6. CÁC CAN THIỆP TRONG HO RA MÁU**

## 6.1. SOI PHẾ QUẢN VÀ CÁC CAN THIỆP CÓ LIÊN QUAN

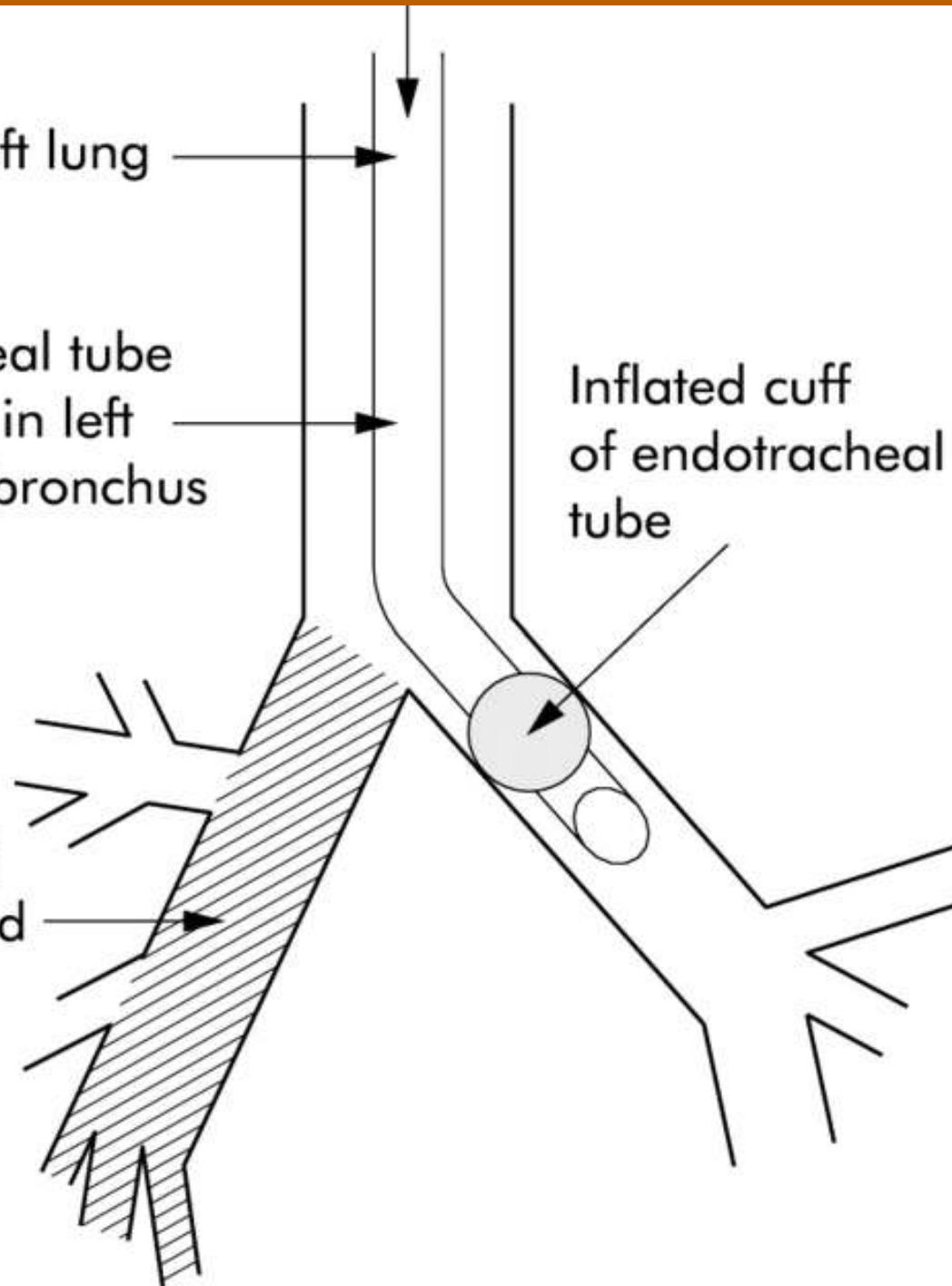
- Soi phế quản ống mềm có thể giúp làm ngừng chảy máu, kiểm soát đường thở bằng cách chèn ống soi tại nơi chảy máu hoặc đặt ống nội khí quản riêng bên lành, đốt điện đông cao tần cầm máu, nhét gạc có tẩm thuốc cầm máu vào phế quản chảy máu.
- Nếu chảy máu tiếp tục nhưng không xác định được nơi chảy nguyên phát thì có thể đặt ống nội khí quản hai nòng để cô lập phổi chảy máu, thông khí phổi bên lành. Có thể đặt sonde Forgaty vào tạm thời gây bít tắc phế quản nơi chảy máu. Nếu chảy máu nhiều quá không cho phép quan sát rõ khí phế quản thì có thể phải soi phế quản ống cứng hoặc chụp động mạch phế quản và gây bít tắc động mạch phế quản cấp cứu.

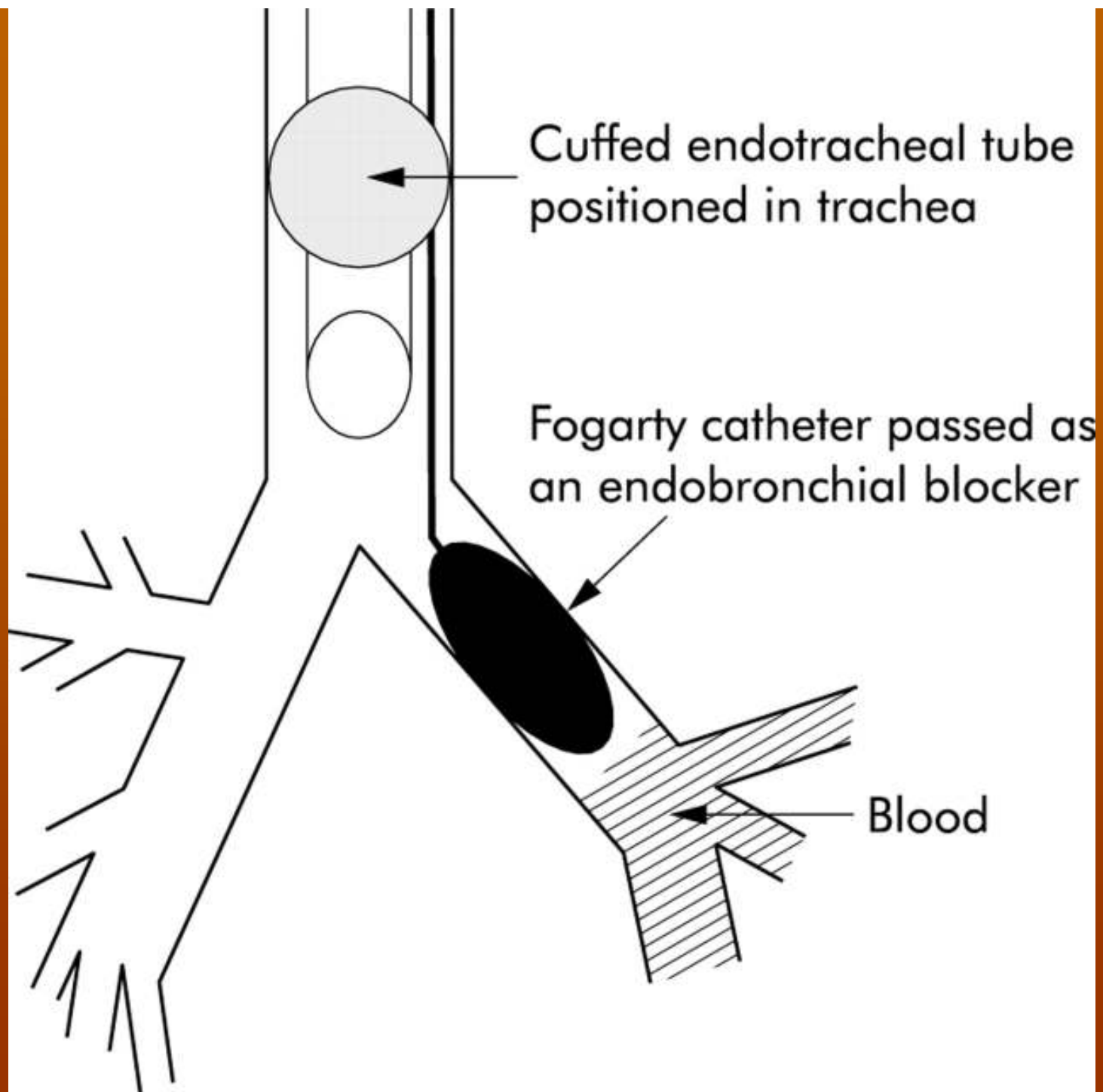
Selective left lung  
ventilation

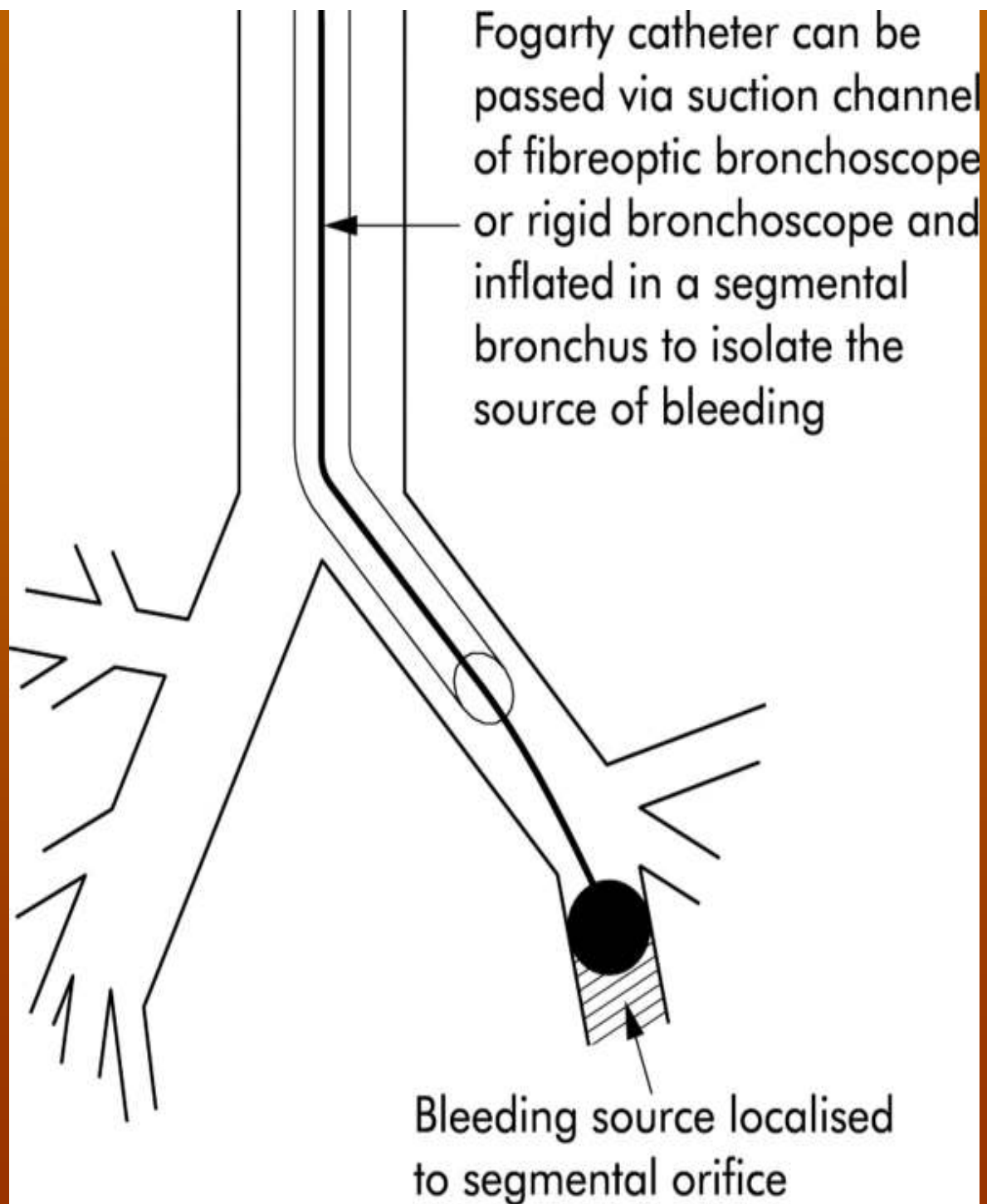
Endotracheal tube  
positioned in left  
mainstem bronchus

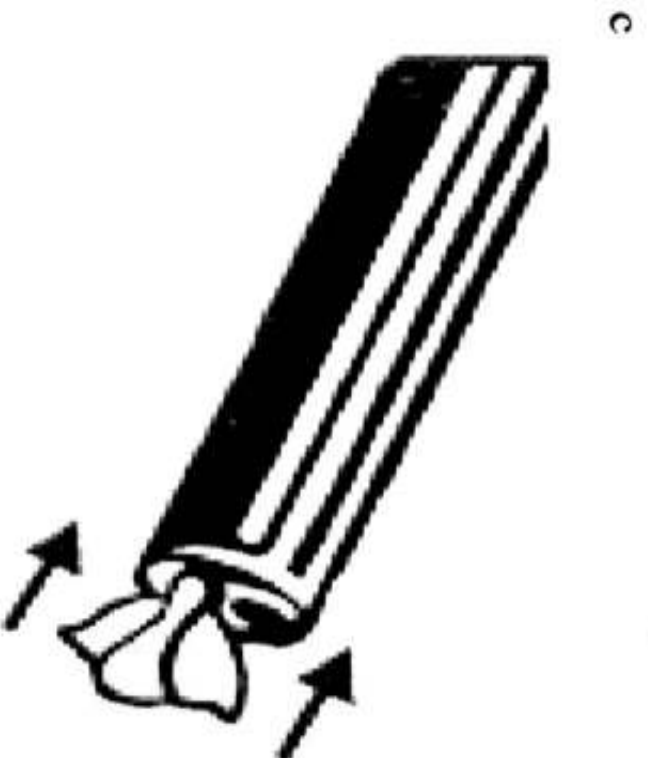
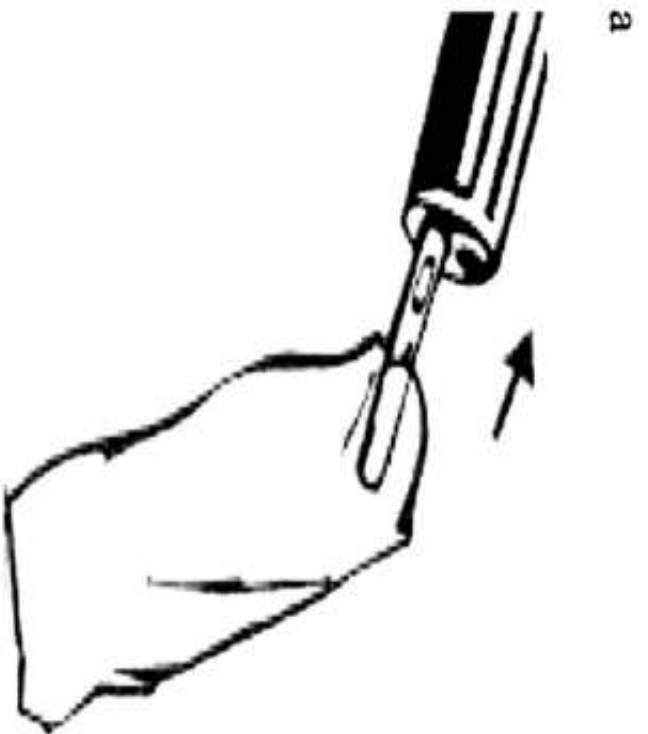
Inflated cuff  
of endotracheal tube

Right sided  
airway filled  
with blood





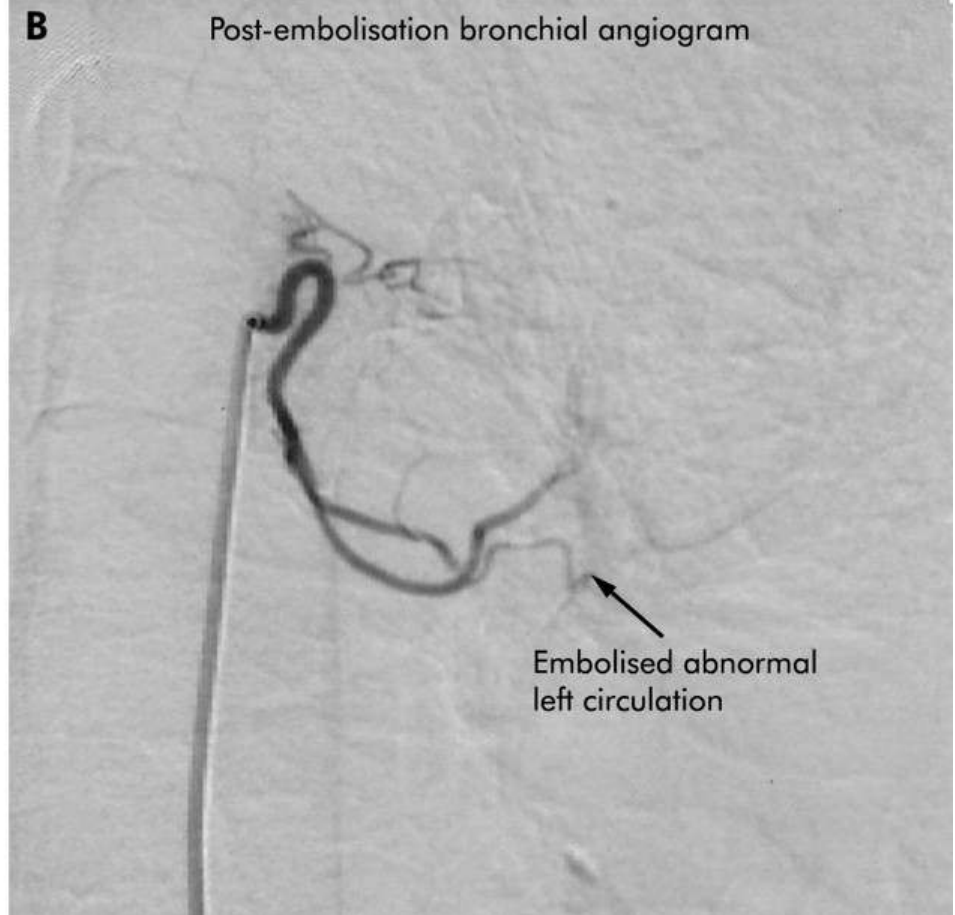
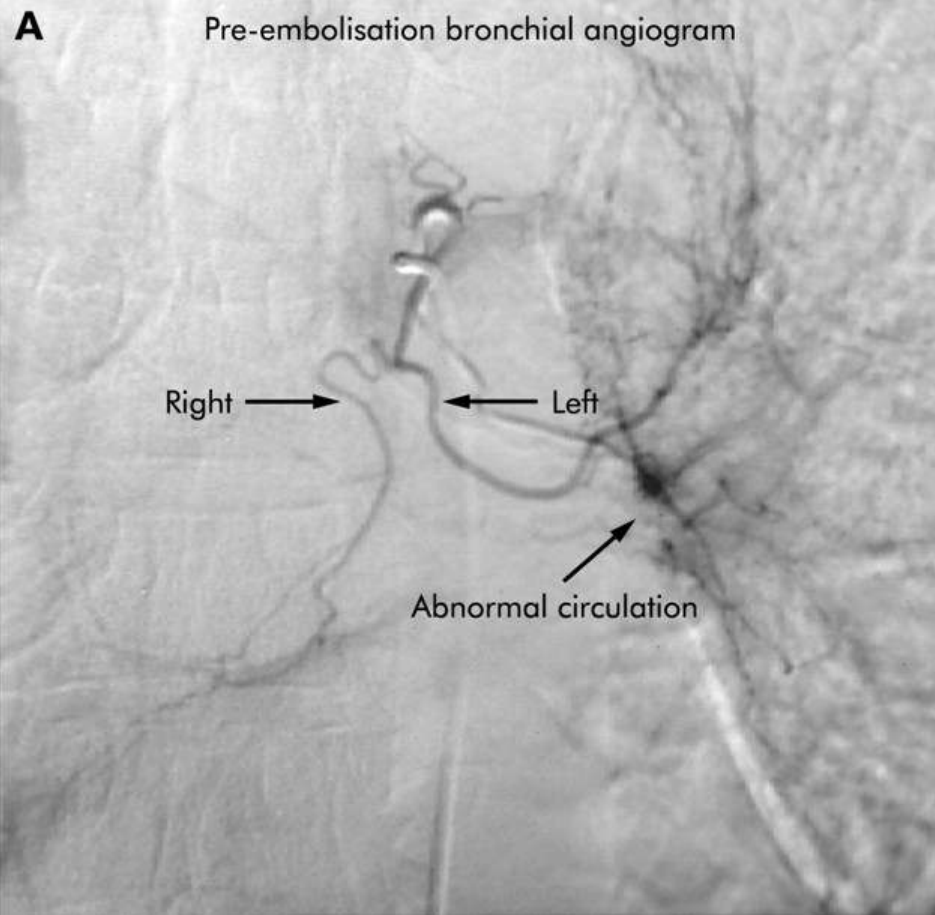








## 6.2. CHỤP ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN VÀ GÂY BÍT TẮC ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN CẤP CỨU



## 6.3. PHẪU THUẬT

- Thường ít có chỉ định ngoại khoa cấp cứu trong lúc đang ho ra máu
- Phẫu thuật được chỉ định khi máu chảy nhiều ở một bên phổi, khi không có điều kiện chụp động mạch phế quản và gây bít tắc động mạch phế quản cấp cứu, khi tiếp tục ho máu mặc dù đã gây bít tắc động mạch phế quản hoặc khi ho ra máu nặng gây ảnh hưởng tới huyết động và suy hô hấp.
- Chỉ định ngoại khoa trì hoãn thường chỉ tiến hành ở những bệnh nhân có tổn thương khu trú, khi tình trạng toàn thân, chức năng hô hấp cho phép.
- Chống chỉ định phẫu thuật ở các bệnh nhân ung thư phổi ở giai đoạn không mổ được, chức năng hô hấp làm trước khi ho ra máu đã quá kém không cho phép cắt phổi.

## **7. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THEO MỨC ĐỘ HO RA MÁU**

## **7.1. HO RA MÁU NHẹ**

- Ho ra máu ít, máu chỉ thành từng vệt trong chất khạc: chủ yếu là theo dõi, tìm và điều trị nguyên nhân.
- Ho ra máu từ vài ml đến  $< 50$  ml/ 24 giờ: có thể dùng một số nhóm thuốc sau:
  - Morphin 10mg tiêm dưới da
  - Nội tiết tố thùy sau tuyến yên: 5 UI pha 5ml huyết thanh - tiêm tĩnh mạch chậm.
  - Adrenoxyl 50 mg/ ống x 1-2 ống tiêm dưới da hay tiêm bắp.

## ***7.2. HO RA MÁU MỨC TRUNG BÌNH***

- Morphin 10 mg tiêm dưới da
- Nội tiết tố thụ thai sau tuyến yên 5- 20 UI, pha trong 500 ml huyết thanh sinh lý truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Adrenoxyl 50 mg/ống x 2-4 ống tiêm bắp, tiêm dưới da hoặc truyền tĩnh mạch.
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn, cân bằng điện giải bằng truyền máu và truyền dịch.

## 7.3. HO RA MÁU NẶNG

- Khai thông đường hô hấp. Đảm bảo thông khí phế nang.
- Thuốc: Morphine, atropin, nội tiết tố thụỳ sau tuyến yên.
- Truyền dịch, truyền máu bồi phụ khối lượng tuần hoàn, điện giải.
- Biện pháp khác:
- Làm bít tắc động mạch phế quản nếu có điều kiện, chỉ định cho bệnh nhân ho ra máu nhiều, ho máu dai dẳng và hay tái phát.

## 7.4. HO RA MÁU TẮC NGHẼN

- Xử trí như ho ra máu nặng.
- Trước hết phải đảm bảo thông khí phế nang: đặt ống nội khí quản, mở khí quản, hút các cục máu đông gây tắc, hút sạch các chất xuất tiết phế quản, khai thông đường hô hấp, cho thở oxy, thở máy.



## 8. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

- Lao phổi
  - Dùng thuốc chống lao theo phác đồ chống lao của tổ chức Y Tế Thế giới.
  - Ngoại khoa: Cắt phổi, cắt thùy phổi, kết hợp với thuốc chống lao khi có chỉ định.
- Viêm phổi, viêm phế quản: dùng kháng sinh
- Ung thư phế quản: cắt bỏ khối u nếu có chỉ định mổ, nếu không mổ được có thể dùng hoá chất chống ung thư, tia xạ,...
- Tắc động mạch phổi: heparin, thuốc chống đông kháng vitamin K.
- Phù phổi cấp: thuốc lợi tiểu, trợ tim ...

## VII. KẾT LUẬN

- Ho máu là một cấp cứu nội khoa. Vì vậy khi phát hiện bệnh nhân ho máu cần ngay lập tức đưa bệnh nhân tới cơ sở y tế nơi gần nhất. Trong quá trình vận chuyển bệnh nhân cần lưu ý để bệnh nhân nghỉ tuyệt đối, tránh vận động lồng ngực mạnh. Việc điều trị phải đặc biệt lưu ý đến việc đảm bảo khai thông đường thở. Đối với những trường hợp ho máu nặng cần có can thiệp sớm kết hợp các chuyên khoa để có thể cứu sống người bệnh.

