

HO RA MÁU

BS: Hồ Thị Thân

ĐỊNH NGHĨA

- Ho ra máu là máu từ đường hô hấp dưới được ho, khạc, trào, ộc ra ngoài theo đường miệng mũi. Chất ho ra có thể hoàn toàn là máu hoặc máu lẫn trong đờm.

SINH LÝ BỆNH

- Hai nguồn cấp máu cho phổi
 - Động mạch phổi
 - Các động mạch phế quản

CƠ CHẾ

- Do loét vỡ, thủng rách thành mạch
- Rối loạn chức năng tuần hoàn động mạch phế quản

NGUYÊN NHÂN

1. Tổn thương phế quản phổi

- ✓ Lao phổi: chủ yếu
- ✓ K phế quản
- ✓ Giãn phế quản
- ✓ Nhiễm trùng phế quản – phổi

2. Bệnh lý về tim mạch

- ✓ Hẹp khít van 2 lá
- ✓ Nhồi máu phổi
- ✓ Tăng huyết áp
- ✓ Tắc nghẽn mạch phổi
- ✓ Phù phổi cấp huyết động
- ✓ Dị dạng mạch máu phổi

3. Bệnh lý về máu

- ✓ Bệnh ưa chảy máu
- ✓ Bạch cầu cấp, mạn
- ✓ Suy tủy
- ✓ Rối loạn đông máu do sử dụng thuốc
- ✓ Đông máu rải rác trong lòng mạch
- ✓ Nhiễm khuẩn huyết.

4. Nguyên nhân khác

- ✓ Thủ thuật trên phế quản- phổi
- ✓ Các bệnh lý khác
- ✓ Không rõ nguyên nhân
- ✓ Chấn thương, vết thương phổi...

TRIỆU CHỨNG BÁO HIỆU

- Cảm giác khó chịu, hồi hộp, cảm giác nóng ran sau xương ức
- Khó thở, khò khè
- Lợm giọng, ngứa cổ họng
- Có vị tanh của máu trong miệng

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1. Lâm sàng:

Đặc điểm của ho ra máu

- ✓ Ho toàn máu, không có mủ
- ✓ Ho máu lẫn mủ
- ✓ Đờm bọt hồng
- ✓ Đờm có màu nâu đỏ

Triệu chứng thực thể

- ✓ Dấu hiệu suy hô hấp cấp: nhịp thở nhanh, tím môi, đầu chi.
- ✓ Dấu hiệu thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, hạ huyết áp,...
- ✓ Dấu hiệu bệnh lý nguyên phát

2. Cận lâm sàng:

- **Xquang tim phổi thẳng, nghiêng:** có thể thấy hình ảnh giãn phế quản, hình kính mờ, đông đặc nhu mô phổi, hình hang, thâm nhiễm nhu mô, ...
- **Chụp cắt lớp vi tính phổi:** cho thấy rõ các tổn thương nêu trên. Ngoài ra còn phát hiện các tổn thương nhỏ, tổn thương gân trung thất không thấy được trên Xquang phổi thường quy.
- Chụp cắt lớp vi tính ngực đa đầu dò (MSCT) 64 dãy có thể xác định các bất thường mạch máu phổi như tắc động mạch phổi, dị dạng động mạch phổi, thông động tĩnh mạch phổi...
- **Chụp động mạch phế quản:** chỉ định trong trường hợp ho máu nặng để phát hiện giãn động mạch phế quản và gây bít tắc.
- **Soi phế quản ống mềm:** cần thực hiện sớm để xác định vị trí chảy máu, đồng thời rửa phế quản, phế nang, hút dịch làm xét nghiệm tế bào, vi khuẩn (tìm lao, nấm, vi khuẩn thông thường).

- **Xét nghiệm đờm:** tìm tế bào ung thư, AFB, soi và nuôi cấy tìm vi khuẩn thông thường.
- **Phản ứng Mantoux:** gợi ý chẩn đoán lao khi Mantoux > 12mm, hoặc có sẩn nước.
- **Xét nghiệm máu:** công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu để đánh giá mức độ thiếu máu, bệnh lí máu, bệnh lí gan thận có thể gây ra ho máu

CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ

Mức độ ho ra máu theo số lượng:

- ✓ Đuôi khải huyết
- ✓ Ho máu ít: $\Sigma < 50\text{ml}/24\text{h}$
- ✓ Ho máu trung bình: $\Sigma 50 - 200\text{ml}/24\text{h}$,
hoặc $< 100\text{ml}/1$ lần ho.
- ✓ Ho máu nặng: $\Sigma > 200\text{ml}/24\text{h}$ hoặc $> 100\text{ml}/1$ lần ho.
 - ❖ Ho máu sét đánh
 - ❖ Ho máu tắc nghẽn: ho ra máu nặng kèm theo suy hô hấp cấp tính

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Chảy máu do bệnh lí tai, mũi, họng: khám, nội soi tai mũi họng thấy điểm chảy máu, u, polyp, bất thường mạch máu, chấn thương sọ não...
- Chảy máu do bệnh lí răng hàm mặt: viêm, áp xe quanh răng, ung thư lưỡi...
- Bệnh lí tiêu hóa: loét dạ dày, ung thư dạ dày, thực quản, giãn vỡ tĩnh mạch cửa ở bệnh nhân xơ gan. Bệnh nhân thường nôn máu lẫn thức ăn, màu sẫm.

Bảng. Các nguyên nhân ho ra máu

Nguyên nhân ho ra máu	Các yếu tố gợi ý	Lâm sàng	Cận lâm sàng
Ung thư phế quản, phổi	Tiền sử hút thuốc, tuổi > 40, ho máu, gầy sút cân	Có thể có móng tay khum, ngón tay dùi trống, có tiếng rít khu trú phế quản	Xquang phổi, chụp cắt lớp vi tính phổi có đám mờ, hình tua gai, có thể có hạch trung thất. Soi phế quản có thể thấy u trong lòng PQ. Sinh thiết tổn thương cho chẩn đoán xác định
Giãn phế quản	Ho, khạc đờm thường xuyên, kéo dài	Nghe phổi có ran nổ, ran ẩm cố định, có thể có ran rít, ngáy, ngón tay dùi trống	Chụp cắt lớp vi tính ngực lớp mỏng 1mm độ phân giải cao thấy hình giãn phế quản (xem thêm bài giãn phế quản)
Lao phổi	Tiền sử tiếp xúc với người bị lao, biểu hiện sốt, ho khạc đờm kéo dài, gầy sút cân, ra mồ hôi đêm	Có thể thấy ran nổ, ẩm	Xquang phổi, chụp cắt lớp vi tính phổi: hình thâm nhiễm thường ở đỉnh phổi, có thể thấy hình hang. Xét nghiệm AFB đờm, dịch phế quản hoặc làm PCR-BK, cấy BK. Trường hợp khó sinh thiết tổn thương phổi thấy tổn thương viêm lao
Nấm phổi	Thường ở người bị suy giảm miễn dịch, nhiễm HIV, sau điều trị với thuốc ức chế miễn dịch	Phổi có thể có ran ẩm, nổ	Soi hoặc cấy dịch phế quản có nấm. Sinh thiết tổn thương phổi thấy nấm
Áp xe phổi	Ho khạc đờm, mủ, ho máu, tức ngực, khó thở	Hội chứng nhiễm trùng, phổi có ran nổ, ran ẩm, thổi hang	Xquang, chụp cắt lớp vi tính phổi thấy tổn thương có mức nước hơi. Soi phế quản có dịch mủ trong lòng PQ. Bạch cầu máu tăng cao
Viêm phổi	Sốt cấp tính, ho khạc đờm, đau ngực, khó thở	Ran nổ, ẩm	Bạch cầu máu tăng cao. Xquang có đám mờ, hình phế quản hơi
Suy tim	Tiền sử có bệnh lý tim mạch, khó thở gắng sức	Phù chân, gan to, có thể có tiếng thổi ở van tim	Xquang ngực thấy bóng tim to, điện tim thấy các dấu hiệu của suy tim, siêu âm tim cho chẩn đoán xác định
Tắc mạch phổi	Yếu tố nguy cơ: béo, bất động lâu, gãy xương, sau phẫu thuật vùng chậu... Triệu chứng: đau ngực, khó thở, ho máu	Có thể có ran nổ, ẩm, cọ màng phổi, tiếng thổi ở tim. Dấu hiệu tắc mạch chi dưới (sưng, đau bắp chân...)	Điện tim có S sâu ở DI, Q sâu ở DIII. D - Dimer > 500ng/ml. Siêu âm tim có tăng gánh thất phải. Chụp MSCT phổi có thể phát hiện huyết khối động mạch phổi
Dị dạng mạch phổi	Tiền sử ho máu tái phát nhiều lần		Chụp MSCT phổi có thể phát hiện dị dạng mạch máu
Hội chứng xuất huyết, viêm mạch	Triệu chứng bán cấp, có thể thấy đái máu, nổi ban, đau khớp	Ran nổ lan tỏa 2 bên, loét niêm mạc, ban trên da	Máu lắng, CRP tăng, kháng thể kháng nhân và yếu tố dạng thấp có thể (+)
Dị vật đường hô hấp dưới	Tiền sử có hội chứng xâm nhập. Có thể ho khạc đờm từng đợt	Viêm phổi, phế quản sau tắc: ran nổ, ran ẩm, hội chứng đông đặc	Soi phế quản phát hiện và lấy dị vật

ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- ✓ **Nguyên tắc chung:** Bất động, an thần, cầm máu, giảm ho, kháng sinh phòng bội nhiễm, nâng cao thể trạng và điều trị căn nguyên.
- ✓ **Mục tiêu điều trị:** Ngừng xuất huyết, ngăn ngừa tình trạng ngạt thở, giải quyết nguyên nhân.
- **Hồi sức ban đầu:**
 - Khai thông đường hô hấp, đảm bảo thông khí phế nang: hút máu, các chất tiết 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 để bù đủ lượng máu mất, đảm bảo khối lượng tuần hoàn, bồi phụ điện giải...

2.Điều trị cụ thể:

Chăm sóc chung ban đầu:

- ✓ Bất động, liệu pháp oxy
- ✓ Dinh dưỡng: Ăn lỏng, uống nước mát lạnh.
- ✓ An thần: Động viên, dùng thuốc:
 - Dùng thuốc an thần nhẹ:diazepam liều thấp. Nếu dùng liều cao có nguy cơ sặc khi ho máu nhiều và che lấp các dấu hiệu suy hô hấp.
 - Dùng thuốc phiện hoặc các chế phẩm

Các thuốc làm giảm ho máu

- Thuốc phiện hoặc các chế phẩm: Morphin ống 10mg, tiêm bắp 1 ống khi ho máu nặng.
- Thuốc giảm ho: Terpin codein uống 4 viên/ngày chia 2 lần.

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 khi số lượng, chất lượng tiểu cầu giảm. Suy gan hoặc thiếu vitamin K dùng vitamin K 1 ống 10mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm 1-4 ống/ngày (25 – 50mg/ngày).
- Adrenochrom (adrenoxyl, adona, adnosem): tăng cường sức đề kháng thành mạch. Liều dùng: viên 10mg uống 1-2 viên/ngày, ống 50mg truyền tĩnh mạch.
- Các thuốc chống tiêu sợi huyết (acid tranexamique): trường hợp cấp cứu tiêm tĩnh mạch chậm 1 – 2 ống 0,5g mỗi 8 giờ. Khi bệnh nhân ổn định: viên 250mg X 4 viên, chia 2 lần/ngày.
- Desmopressin: là peptid tổng hợp giống hormon chống bài niệu, được chỉ định trong trường hợp bệnh Hemophili A mức độ trung bình, bệnh VVilbrand, suy thận mạn với thời gian chảy máu kéo dài.

Các can thiệp để chẩn đoán và điều trị ho ra máu

- Soi phế quản ống mềm: giúp kiểm soát đường thở bằng cách chèn ống soi tại nơi chảy máu hoặc đặt 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 nhiều, thất bại với các điều trị nội khoa, cần chỉ định đặt nội khí quản, khai thông đường thở, để có thời gian thực hiện tiếp các can thiệp sau:
 - Đặt nội khí quản Carlen 2 nòng để cô lập bên phổi chảy máu và thông khí phổi lành khi chảy máu mà không xác định được điểm chảy máu.
 - Đặt ống thông Fogarty qua ống soi phế quản để tạm thời gây bít tắc phế quản nơi chảy máu.

Chỉ định phẫu thuật cấp cứu:

- Chảy máu nhiều ở một bên phổi khi không có điều kiện chụp động mạch phế quản gây bít tắc.
- Ho máu nặng sau khi gây bít tắc động mạch phế quản.
- Ho máu nặng ảnh hưởng tới huyết động, gây suy hô hấp.
- Can thiệp không hiệu quả
- Khi bệnh nhân có CNHH và tình trạng ổn định
- Chống chỉ định: K phổi giai đoạn cuối, CNHH kém

3.Điều trị theo mức độ

- **Theo dõi, tìm và điều trị nguyên nhân**

- **Có thể dùng một số nhóm thuốc:**

- + Morphine 10mg TDD

- + Nội tiết tố thùy sau tuyến yên: 5 UI pha 5ml huyết thanh, tiêm TMC.

- + Adrenosyl 50mg/ống x 1 – 2 ống TDD hay TB.

Ho ra máu trung bình

+ Morphine 10mg TDD

+ Nội tiết tố thùy sau tuyến yên: 5 – 20 UI/500ml huyết thanh sinh lý truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.

+ Adrenosyl 50mg/ống x 2 – 4 ống TDD hay TB hoặc truyền TM.

+ Truyền máu và truyền dịch

Ho ra máu nặng

- Khai thông đường hô hấp, đảm bảo thông khí phế nang.
- Thuốc: Morphin, atropin, nội tiết tố thùy sau tuyến yên, 1 hoặc nhiều lần trong ngày.
- Truyền dịch, bồi phụ khối lượng tuần hoàn, điện giải.
- Biện pháp khác: Làm bít tắc động mạch phế quản

Ho ra máu tắc nghẽn

- ✓ Xử trí như ho ra máu nặng.
- ✓ Trước tiên phải đảm bảo thông khí phế nang: đặt nội khí quản, mở khí quản, khai thông đường hô hấp, thở oxy, thở máy.

THỰC HÀNH TẠI KHOA CẤP CỨU

- Nhận định mức độ ho máu ban đầu, định hướng nguyên nhân và luân chuyển người bệnh
 - Ho máu trung bình trở lên điều trị tại Cấp cứu
 - Tùy nguyên nhân có thể vào: Lao, BPNT hoặc UB
- *Đông miên*: Doncoltral 0.1g (Dolardan 0.1g) +
 - Dimedrol 10mg
- * *Có thể dùng kèm* Aminazin (0,05g), Phenargan 0,025g
- * *Các thuốc cầm máu*: Adrenoxin 1,5mg; Cyclonamine 12%

Các điều trị hỗ trợ:

- + Chú trọng tìm nguyên nhân.
- + Kiểm soát công thức máu và điện giải đồ với BN ho máu trung bình trở lên
- + Theo dõi sát tiến triển bệnh

Dự phòng ho ra máu tiến triển: Ho máu tắc nghẽn, ho máu sét đánh: cần kết hợp các biện pháp điều trị với BN ho ra máu ở khoa CC, đánh giá kỹ BN trước khi chuyển khoa điều trị

4. Điều trị nguyên nhân

- Lao phổi:
 - + Dùng thuốc chống lao theo phác đồ của WHO.
 - + Ngoại khoa: Cắt phổi, thùy phổi, kết hợp dùng thuốc chống lao khi có chỉ định.
- Viêm phổi, viêm phế quản: Dùng kháng sinh.
- Giãn phế quản: Giải quyết các đợt bội nhiễm.
- K phế quản: Cắt bỏ khối u khi có chỉ định mổ, nếu không mổ có thể dùng hóa chất hoặc xạ trị.
- Tắc động mạch phổi: Heparin, thông chống đông kháng vitamin K.
- Phù phổi cấp: thuốc lợi tiểu, trợ tim...

TIÊN LƯỢNG

- Tốc độ mất máu
- Mức độ mất máu
- Bệnh nguyên nhân
- Các bệnh đi kèm

KẾT LUẬN

- Ho máu là một cấp cứu nội khoa, gây nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh
- BN ho máu cần được đưa ngay đến cơ sở y tế gần nhất. Quá trình vận chuyển cần để BN nghỉ ngơi tuyệt đối, tránh vận động lồng ngực mạnh
- Đảm bảo lưu thông đường hô hấp cần đặc biệt lưu ý đầu tiên khi xử trí
- Các trường hợp ho ra máu nặng cần có can thiệp sớm kết hợp các chuyên khoa để có thể cứu sống người bệnh

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN