

XUẤT HUYẾT PHỔI

Khoa Sơ Sinh – BV Từ Dũ

A.ĐẶT VẤN ĐỀ:

Xuất huyết phổi là hiện tượng trào máu từ ống nội khí quản. Tần suất thay đổi từ 0.8 – 12/1000 trẻ sanh sống. Tỷ lệ > 11% ở trẻ sanh <1500g điều trị surfactant và 5 – 7% trẻ nhẹ cân suy hô hấp. Bệnh xảy ra phổ biến ở trẻ có bệnh lý cấp tính cần thở máy trong 2 – 4 ngày tuổi đầu. Tỷ lệ tử vong cao hơn ngay sau bị xuất huyết phổi và có thể cao đến 50%.

B.CÂU HỎI CẦN ĐẶT RA:

1.Trẻ có dấu hiệu hay triệu chứng bất thường không?

Xuất huyết phổi thường gặp ở trẻ thở máy nhẹ cân, đa thai, 2 – 4 ngày tuổi (thường trong tuần lễ đầu tiên). Trẻ già tháng xuất huyết phổi thường có điểm số APGAR 1 và 5 phút thấp. Trẻ bị suy giảm chức năng hô hấp đột ngột thiếu oxy, thở rút lõm nặng và có biểu hiện xanh xao, sốt, ngưng thở, chậm nhịp tim và tím tái.

2.Trẻ có bị thiếu oxy?

Trẻ có được truyền máu không? Thiếu oxy máu hoặc tăng thể tích máu (thường do truyền máu quá nhiều) có thể làm gia tăng cấp tính áp lực mao mạch phổi và dẫn đến xuất huyết phổi.

3.Có chảy máu ở nơi nào khác không?

Nếu có chảy máu ở nhiều vị trí, có thể có bất thường về bệnh lý đông cầm máu, cần thiết phải làm bilan về đông máu. Có thể hỗ trợ bằng bổ sung dung dịch cao phân tử hoặc các sản phẩm máu nếu cần.

4.Hct của máu trong nội khí quản là bao nhiêu?

Nếu kết quả gần bằng Hct tĩnh mạch, chứng minh là xuất huyết thật sự, và bắt nguồn từ sang chân, hít phải máu mẹ hoặc xuất huyết nội tạng. Nếu Hct thấp hơn Hct tĩnh mạch 15 – 20%, thì xuất huyết thường là dịch phù xuất huyết. Thường gặp trong phần lớn các trường hợp xuất huyết phổi (ví dụ như là xuất huyết thứ phát từ còn ống động mạch PDA, liệu pháp surfactant, suy tim trái...)

C.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1.Chấn thương trực tiếp

Chấn thương đường thở do đặt nội khí quản, hút nhớt mạnh bạo. Chấn thương phổi do đặt ống dẫn lưu màng phổi cũng có thể gây xuất huyết.

2.Hít dịch dạ dày hay máu mẹ

Thường gặp trong trường hợp sanh mổ. Phần lớn máu được tìm thấy trong ống thông dạ dày, có thể thấy trong nội khí quản.

3.Bệnh lý về đông máu

Do nguyên nhân nhiễm trùng hay thiếu các yếu tố đông máu bẩm sinh. Vai trò của bất thường đông máu trong xuất huyết phổi chưa rõ ràng hoặc có thể chỉ là làm nặng thêm tình trạng xuất huyết.

4. Một số rối loạn khác liên quan với xuất huyết phổi

a. **Thiếu oxy / Ngạt:** Suy thất trái cấp do ngạt là yếu tố quan trọng gây nên xuất huyết phổi.

b. **Tăng thể tích tuần hoàn:** Do truyền quá nhiều hoặc quá tải dịch.

c. **Bệnh tim bẩm sinh / Suy tim sung huyết (đặc biệt phù phổi gây bởi PDA)**

d. **Bệnh lý hô hấp:** Suy hô hấp, phù mô kẽ phổi, tràn khí màng phổi, hít ối phân su, và viêm phổi (do vi trùng Gram âm).

e. **Liệu pháp surfactant**

Xuất huyết phổi xảy ra trong vòng vài giờ sau bơm surfactant và có thể liên quan đến sự gia tăng nhanh chóng lưu lượng máu phổi do sự cải thiện chức năng phổi. Tăng lưu lượng máu phổi có thể gây phù phổi xuất huyết. Nhiều báo cáo cho thấy có mối liên hệ đáng kể giữa xuất huyết phổi và bệnh lý PDA trên trẻ điều trị surfactant. Một số tài liệu gần đây cho thấy điều trị surfactant cấp cứu không làm tăng nguy cơ xuất huyết phổi nhưng điều trị dự phòng thì có.

f. **Thông khí cơ học hoặc liệu pháp oxy / ngộ độc**

g. **Các rối loạn về huyết học**

Bất đồng Rh nặng, giảm tiểu cầu, bệnh lý xuất huyết sơ sinh (do thiếu vitamin K).

h. **Non tháng, chậm phát triển trong tử cung, đa thai**

i. **Hạ thân nhiệt nghiêm trọng**

j. **Nhiễm trùng huyết**

Là nguyên nhân quan trọng gây xuất huyết phổi và có khuynh hướng gây đông máu nội mạch lan toả.

k. **Khiếm khuyết chu trình urê với tăng amoniac máu.**

l. **Một số nguyên nhân ít gặp**

Một trường hợp báo cáo xuất huyết phổi xảy ra sau điều trị RhDNase trên trẻ non tháng bệnh phổi mãn, trên trẻ 32 tuần thai có viêm nhiều vi mạch thứ phát từ truyền MPOANCA mẹ, và trên trẻ non tháng kết hợp với Enterobacter cloacae kháng đa thuốc. Có 1 trường hợp báo cáo trẻ sơ sinh thiếu đoạn nhiễm sắc thể 22q11, có nhiều đoạn phình mạch máu phổi, được xem là nguyên nhân gây xuất huyết phổi.

D. CHẨN ĐOÁN:

1. Khám lâm sàng

Trẻ đột ngột trở nặng và trào máu từ đường thở. Trẻ có thể tái nhợt, mềm nhũn và phản xạ kém, chống lại máy thở hoặc cũng có thể bình thường. Chú ý những vị trí xuất huyết khác, các dấu hiệu của viêm phổi, nhiễm trùng, suy tim sung huyết. Quan sát dấu hiệu phù ngoại vi, gan lách to, âm thổi ở tim. Nghe phổi kiểm tra có giảm phế âm 2 bên.

2. Kết quả cận lâm sàng

- Công thức máu và đếm tiểu cầu

Kết quả có thể bất thường trên viêm phổi, nhiễm trùng huyết và những nhiễm trùng khác. Có thể kèm theo giảm tiểu cầu. Cần làm Hct để kiểm tra có mất quá nhiều máu.

- Xét nghiệm về chức năng đông máu

(Prothrombin time, partial thromboplastin time, thrombin time và fibrinogen) có thể cho thấy những rối loạn đông cầm máu.

- Khí máu động mạch: đánh giá tình trạng giảm oxy và toan chuyển hoá
- Apt test: khi nghi ngờ hít phải máu mẹ.

3. Các kết quả hình ảnh học

- Xquang ngực thẳng:

Giúp loại trừ viêm phổi, bệnh màng trong và suy tim sung huyết. Hình ảnh Xquang xuất huyết phổi cho thấy xuất huyết khu trú (đốm, vết, hay một nốt nhỏ) hoặc lan toả (hình ảnh phổi trắng xoá toàn bộ).

- Siêu âm tim: đánh giá còn ống động mạch (PDA).

E. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí cấp cứu:

- Hút máu trong nội khí quản (có thể mỗi 15 phút) cho đến khi máu được cầm. Điều này rất quan trọng vì luôn có nguy cơ dịch tiết làm tắc nghẽn đường thở. Nghiệm pháp gõ cần thận trọng và không có giá trị cao trong xuất huyết phổi.
- Tăng nồng độ Oxy trong khí hít vào
- Cân nhắc sử dụng thông khí cơ học
- Nếu tăng áp lực dương cuối kỳ thở ra đến 6 – 8 cm H₂O có thể tạo được áp lực chèn vào mao mạch phổi. Đôi khi cần áp lực cao để cầm máu.
- Cân cân nhắc gia tăng áp lực hít vào đỉnh nếu chảy máu không cầm được để cải thiện thông khí và gia tăng áp lực trung bình đường thở.

2. Xử trí chung:

- Điều chỉnh huyết áp bằng bồi hoàn thể tích và dịch cao phân tử.
- Huyết áp và Hct cần được duy trì bằng truyền hồng cầu lắng. Tuy nhiên có nhiều trường hợp trẻ không mất nhiều máu, do vậy truyền quá nhiều dịch có thể làm tình trạng nặng thêm (làm tăng nguy cơ phù phổi).
- Điều chỉnh toan chuyển hoá. Truyền Bicarbonate cần thiết khi đã bảo đảm tốt thông khí.
- Điều trị các bệnh căn nguyên.

3. Một số phương pháp khác khi không đáp ứng điều trị (còn gây bàn cãi)

Cân nhắc dùng Epinephrine (0.1 ml/kg dung dịch 1/10.000) qua ống NKQ. Giúp co thắt mao mạch phổi. Một nghiên cứu cho thấy sử dụng epinephrine kèm hoặc không kèm với 4% cocaine (4 mg/kg) có lợi góp phần vào sự gia tăng MAP trong điều trị xuất huyết phổi.

Cân nhắc thông khí cao tần: Chưa biết có lợi ích trên thông khí truyền thống hay không nhưng đã có 3 nghiên cứu cho thấy thông khí cao tần giúp cải thiện tình trạng sống còn.

Xem xét sử dụng 1 liều surfactant vì thuốc giúp cải thiện tình trạng hô hấp thông qua chỉ số oxy hoá (OI). Một số báo cáo cho thấy lợi ích đạt được trên trẻ đủ tháng. Các kết quả tổng quan

mang lại nhiều hứa hẹn tuy nhiên vẫn còn thiếu các thử nghiệm lâm sàng được khuyến cáo trên toàn cầu.

Steroids: Do tình trạng viêm mãn được tìm thấy trên sinh thiết phổi của trẻ có xuất huyết phổi, và có nhiều trẻ bị xuất huyết phổi sống sót với điều trị steroids, có thể cân nhắc sử dụng steroid cho những đối tượng này. Methylprednisolone 1mg/kg mỗi 6 giờ trong thời gian nằm viện và 1mg/kg mỗi ngày sau đó, và ngưng điều trị sau thời gian 4 tuần được báo cáo là mang lại lợi ích.

Hoạt hóa yếu tố VII tái tổ hợp (rFVIIa): Một nghiên cứu trên 2 trẻ rất nhẹ cân không đáp ứng với điều trị truyền thông đã thành công với điều trị bằng rFVIIa hoạt hoá (50mcg/kg một liều x 2 lần/ngày tiêm tĩnh mạch cách nhau 3 giờ trong 2 – 3 ngày). Đây là chất dung tích thấp thay thế cho các sản phẩm máu và có hiệu quả như 1 chất cầm máu. Thường được sử dụng trong xuất huyết nghiêm trọng trên những bệnh nhân hemophilia A và B. Liều tối ưu của rFVIIa ở trẻ nhẹ cân vẫn chưa được thiết lập.

Chất đông máu kết hợp với thông khí cơ học: Nghiên cứu tiến hành trên 41 trẻ điều trị xuất huyết phổi với chất gây đông (0.25 KU (đơn vị Klobusitzky) qua ống nội khí quản mỗi 4 – 6 giờ kết hợp với thông khí cơ học, tỷ lệ tử vong đều giảm so với nhóm chứng. Điều trị dự phòng chất gây đông máu trên trẻ thở máy giúp làm giảm tần suất và thời gian xuất huyết phổi theo một số báo cáo.

Thuốc lợi tiểu: Vẫn còn bàn cãi trên sử dụng thuốc lợi tiểu (Furosemide 1mg/kg) để điều trị quá tải dịch.

4. Điều trị đặc hiệu

- Chấn thương khi đặt nội khí quản: Nếu xuất huyết lượng nhiều xuất hiện ngay sau đặt nội khí quản, chấn thương là nguyên nhân nghĩ đến nhiều nhất, cần có hội chẩn phẫu thuật.
- Hít phải máu mẹ: Nếu trẻ ổn định, không cần điều trị thêm gì do bệnh sẽ tự giới hạn.
- Bệnh lý đông máu:
 - Bệnh lý xuất huyết trẻ sơ sinh. Cần thiết dùng Vitamin K1, 1mg tiêm tĩnh mạch.
 - Các bệnh lý đông máu khác: Truyền huyết tương tươi đông lạnh 10ml/kg mỗi 12 – 24 tiếng. Nếu số lượng tiểu cầu thấp, truyền 1 đơn vị tiểu cầu và theo dõi sát. Đo lường Prothrombine time/ Partial thromboplastin time, đếm tiểu cầu và fibrinogen.
- PDA: Nếu gây ảnh hưởng huyết động học, cân nhắc điều trị nội khoa hay phẫu thuật.
- Nhiễm khuẩn huyết: Cần khởi đầu điều trị kháng sinh ngay lập tức.

Nguồn:

Tricia Lacy Gomella : Neonatology; Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs 2009; P 360 - 362