

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT

I. ĐỊNH NGHĨA: xuất huyết do bất thường thành mạch, tiểu cầu hay yếu tố đông máu. Bệnh nhân thường bị chảy máu kéo dài sau sinh, chấn thương hay phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh:

- Bệnh sử chảy máu:
 - Vị trí chảy máu: da, niêm mạc, khớp, nội tạng ...
 - Tính chất chảy máu: tự nhiên hay sau nhổ răng, phẫu thuật, sau va chạm. Chảy máu lần đầu hay tái phát.
- Hỏi tìm các dấu hiệu kèm theo: sụt cân, biếng ăn, sốt, đổ mồ hôi đêm.
- Hỏi tiền sử dùng thuốc hoặc tiếp xúc với hoá chất.
- Tiền sử gia đình: có người bệnh tương tự hoặc có bệnh sử ưa chảy máu

b. Khám lâm sàng:

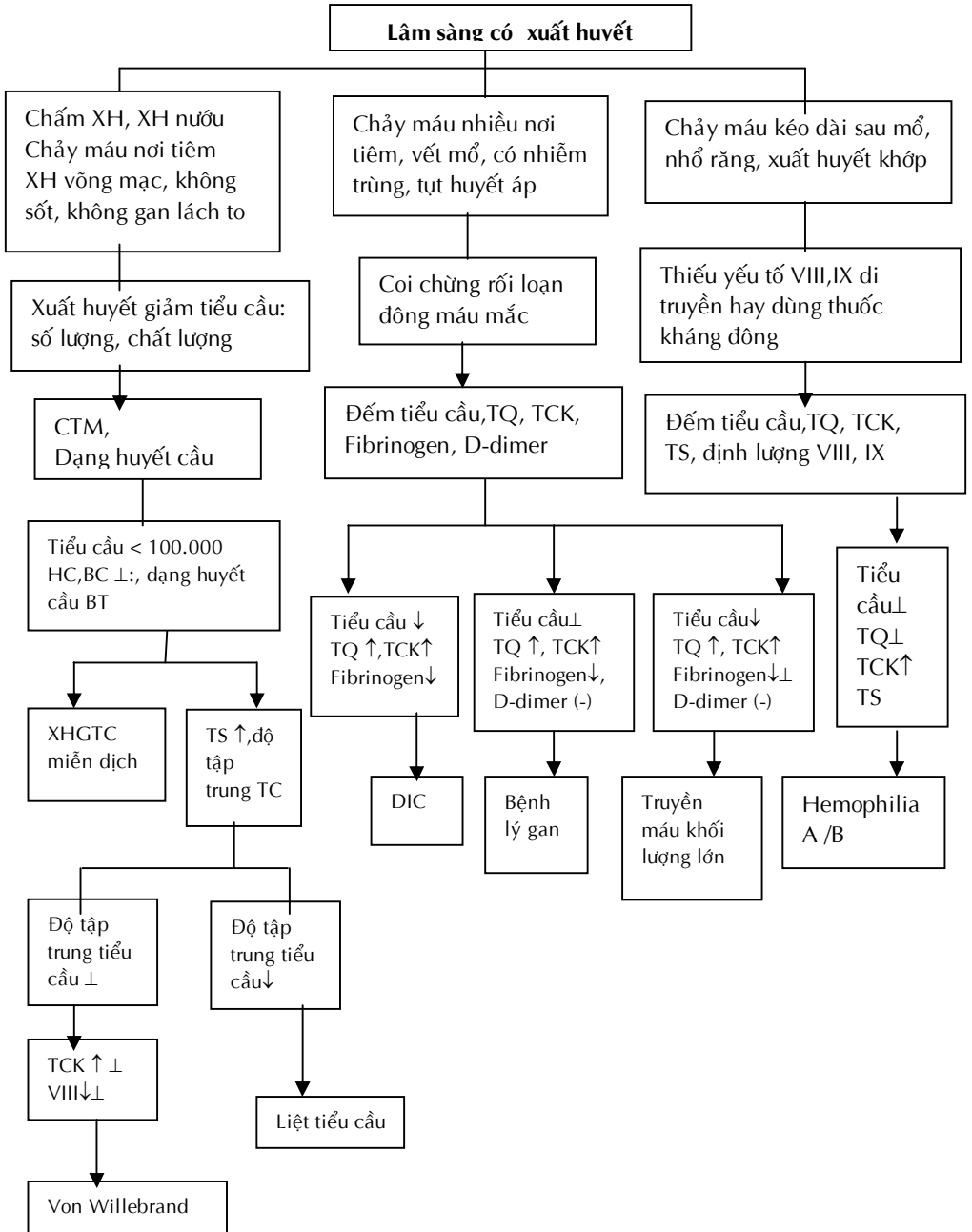
- Dấu hiệu chảy máu:
 - Xuất huyết da: dạng chấm hay vết bầm.
 - Xuất huyết niêm mạc: kết mạc mắt, niêm mạc mũi họng, vòm họng.
 - Xuất huyết nội tạng: ói máu, tiêu phân đen (quan sát phân hay thăm trực tràng) tiểu máu, xuất huyết não (cổ gờng, thay đổi tri giác, phù gai).
 - Xuất huyết cơ, xuất huyết khớp.
- Dấu hiệu mất máu:
 - Tổng trạng, tri giác và sinh hiệu.
 - Da niêm nhợt nhạt.
- Các dấu hiệu khác: gan lách hạch to. Vàng da.

c. Đề nghị xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu
- Đếm tiểu cầu.
- Thời gian máu chảy (TS), thời gian máu đông (TC)
- Thời gian đông máu nội sinh (TQ), thời gian đông máu ngoại sinh (TCK).
Không cần thời gian máu đông nếu thực hiện được xét nghiệm này. TQ có thể được đánh giá cụ thể bằng trị số INR (international normalized ratio);
 $INR = TQ \text{ bệnh nhân} / TQ \text{ tham khảo của phòng xét nghiệm.}$
- Fibrinogen
- Dạng huyết cầu khi có rối loạn chảy máu nặng
- D-dimers

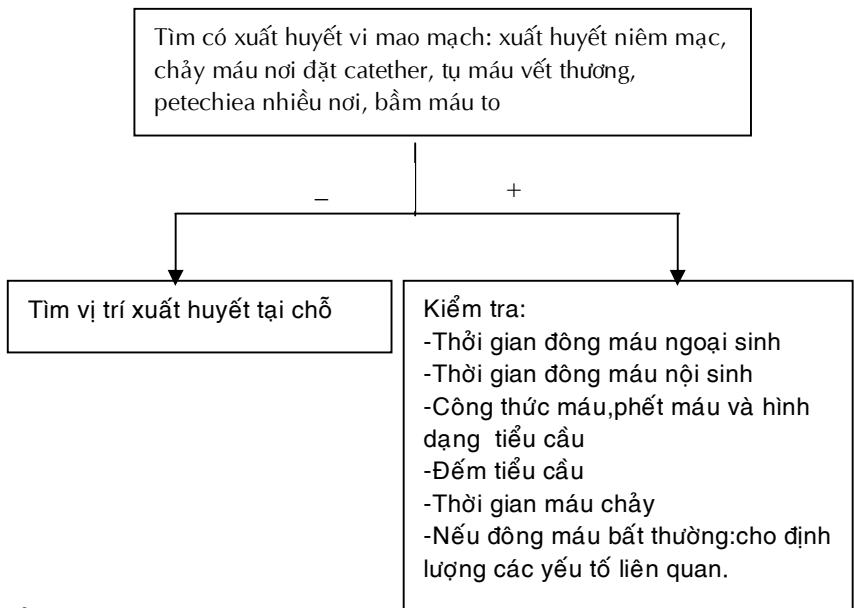
Tùy theo kết quả các xét nghiệm cơ bản trên, sẽ đề xuất các xét nghiệm tiếp theo để tìm nguyên nhân xuất huyết.

2. Lưu đồ chẩn đoán:



- Đối với bệnh nhân bị DIC cần làm tiếp các xét nghiệm sau để theo dõi: định lượng II, V, VIII và D-dimer để theo dõi .
- Đối với xuất huyết sau mổ, thường có một số nguyên nhân cần lưu ý:
 - Do vấn đề phẫu thuật
 - Do bệnh lý huyết học của bệnh nhân: Hemophilia A hay B hay Von Willebrand hay liệt tiểu cầu
 - Do hậu quả điều trị:
 - . Truyền máu khối lượng lớn: máu truyền thay thế máu mất hơn 10ml/kg
 - . DIC
 - . Dùng heparin để ngừa tắc mạch

Lưu đồ đánh giá nguyên nhân xuất huyết ở bệnh nhân sau phẫu thuật



III.XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc điều trị chung

- Cần xác định nguyên nhân xuất huyết:do rối loạn yếu tố cầm máu hay do nguyên nhân tại chỗ
- Cần đánh giá mức độ xuất huyết:nặng hay nhẹ
- Tránh các thuốc có liên quan tới dây chuyền cầm máu.

2. Điều trị ban đầu

2.1-Điều trị tại chỗ:

- Cầm máu vết thương ngay lập tức

- Giảm đau bằng paracetamol, gây tê hay chườm lạnh tại chỗ
 - Hạn chế vận động mạnh, tránh va chạm
- 2.2-Điều trị đặc hiệu: điều trị nguyên nhân xuất huyết, bù các yếu tố bị thiếu hụt
- 2.3.Điều trị hỗ trợ: nếu mức độ xuất huyết nặng sẽ cho truyền máu, truyền dịch, thuốc co mạch để chống suy tuần hoàn trong khi chờ yếu tố thiếu.
- 2.3.1.Điều trị khi bị xuất huyết nặng: cần xem lại khối lượng máu trung bình và các chỉ số bình thường ở trẻ để đạt mục tiêu là duy trì thể tích tuần hoàn.
- Tính khối lượng máu trung bình ở trẻ

Bảng khối lượng máu trung bình ở trẻ em

Non tháng	Đủ tháng	>1 tháng	>1 tuổi	>12 t
100ml/kg	85-90	80	80	70

Bảng trị số sinh hiệu bình thường ở trẻ em

Tuổi	Mạch (lần /phút)	HA tâm thu (mmHg)	Nhịp thở (lần /phút)	Khối lượng máu (ml/kg)
<1 uổi	120-160	70-90	30-40	85-90
1-5 t	100-120	80-90	25-30	80
6-12t	80-100	90-110	20-25	80
>12 t	60- 100	100-120	15-20	70

3.Điều trị tiếp theo: tùy vào mức độ chấn thương và thời gian hồi phục của chấn thương cần truyền bổ sung các yếu tố bị thiếu hụt liên tục đạt nồng độ an toàn cầm máu.

4.Nguyên tắc điều trị một số tình huống thường gặp

- 4.1 .Xuất huyết do thiếu vitamine K sơ sinh: vit K 1-5mg/IV, truyền huyết tương tươi đông lạnh.
- 4.2. Xuất huyết do thiếu vitamine K muộn; dùng vitamine K hoà tan trong nước
- 4.3. Xuất huyết do giảm tiểu cầu:điều trị tùy vào nguyên nhân gây giảm tiểu cầu.
- 4.4. Hemophilia: chưa xác định thì dùng huyết tương tươi10-20ml/kg
- 4.5.Von Willebrand:kết tủa lạnh hay huyết tương tươi.
- 4.6.Đông máu nội mạch rải rác: khi bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng xuất huyết và:
- Nếu TQ,TCK dài:Truyền máu mới và huyết tương tươi đông lạnh
 - Nếu fibrinogen thấp hay TCK dài hay thời gian thrombin dài: truyền kết tủa lạnh
 - Nếu tiểu cầu đếm < 50.000/mm³: truyền tiểu cầu.
- 4.7.Xuất huyết tiêu hoá:
- Hồi sức bệnh nhân tùy vào mức độ xuất huyết
 - Tìm nơi xuất huyết (nếu được cho nội soi)

- Cho thuốc ức chế H₂ (Cimetidine)

- Hội chẩn ngoại khoa khi ổn

4.8. Bệnh nhân có rối loạn chảy máu cầm máu di truyền có chỉ định phẫu thuật: (như bệnh Hemophilia hay liệt tiểu cầu)

- Cần đánh giá loại hình phẫu thuật, thời gian mổ, thời gian lành vết mổ, tình trạng hiện nay của bệnh nhân, kỹ thuật gây mê.

- Truyền yếu tố thiếu hụt trước 1-2 ngày và tiếp tục 5-10 ngày sau mổ, tùy vào nguy cơ có xuất huyết sau mổ.

- Truyền tiểu cầu: chỉ định khi có xuất huyết nhiều nơi và đếm tiểu cầu <50.000/mm³.

4.9. Bệnh nhân đang dùng thuốc có liên quan tới chức năng tiểu cầu như aspirine và kháng viêm không có steroide: ngưng thuốc 10 ngày trước phẫu thuật.

IV. PHÒNG BỆNH

- *Nếu trẻ sơ sinh:* tiêm vitamin K₁ 0,001 g/TM lúc sanh (dù tháng hay đẻ non)

- *Nếu là bệnh chảy máu di truyền, khi cho xuất viện cần:*

- Giải thích cho thân nhân biết nguyên nhân, tình hình và diễn tiến bệnh.

- Tránh dùng các thuốc có nguy cơ chảy máu

- Tránh va chạm, vận động nặng.

- Cần báo cho bác sĩ biết bệnh ưa chảy máu khi đi khám bệnh, nhổ răng hoặc làm phẫu thuật.

- Khi bị chấn thương cần nhập viện ngay.

- Kiểm tra huyết học các anh chị em trong gia đình để tầm soát người lành mang bệnh.

- *Nếu là bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật, cần chú ý:*

- Kỹ thuật hạn chế chảy máu

- Kỹ thuật giải phẫu