

XỬ LÝ PHÙ PHỔI CẤP TRONG SẢN KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp là một tình trạng tràn ngập đột ngột thanh dịch từ huyết tương thấm qua mao mạch phổi vào phế nang rồi vào hệ thống phế quản, là tình trạng I lũy dịch ở mô kẽ và phế nang.

Phù phổi cấp là cấp cứu số một tại khoa có thể gặp trong thực hành sản khoa.

25% xảy ra trong thai kỳ, 50% xảy ra trong thời kỳ chuyển dạ và sổ nhau, 25% xảy ra ở thời kỳ hậu sản.

Tỷ lệ phù phổi cấp chiếm 10-15% các biến cố tim- sản và tử vong chiếm 50% các biến cố tim sản- tỷ lệ tử vong của phù phổi cấp còn cao (68%).

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Trong phù phổi huyết động: do mất cân bằng áp lực hai phía của màng phế nang mao mạch gây tăng lọc nước khoáng kẽ rồi tràn vào phế nang

- Hẹp van hai lá
- Tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật
- Nhồi máu cơ tim cấp
- Đợt mất bù của suy tim trái mạn tính
- Ứ dịch cấp: truyền dịch, suy thận cấp, mạn
- Nguyên nhân khác: xơ gan, nhồi máu phổi, sau hút khí, dịch màng phổi làm nở phổi quá nhanh...

2.2 Trong phù phổi tổn thương: do các tổn thương của màng phế nang - mao mạch, hậu quả cũng gây tăng lọc nước qua màng mao mạch phế nang bị tổn thương, không có thay đổi thông số huyết động.

- Hít phải dịch dạ dày trong rặn sanh và gây mê gây hội chứng Mendelson, làm tổn thương màng phế nang, viêm phổi hít; thiếu oxy rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.
- Hít phải các khí độc: phốt pho, NO₂, thuốc trừ sâu, các loại acide bay hơi mạnh.
- Các bệnh phổi cấp tính: Biểu hiện bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính ở phổi: Cúm ác tính, Cytomegalovirus do phế cầu, lao kê và do Legionellose, sốt rét ác tính thể phổi, Pneumocytose.
- Các tổn thương gián tiếp: Các tình trạng choáng nhiễm trùng, chấn thương và phản vệ.
- Các bệnh lý nhiễm khuẩn nặng: nhiễm trùng gram âm, viêm phúc mạc.
- Tình trạng ngộ độc các thuốc: heroin, an thần., aspirin, toan ceton do đái tháo đường và các chất cản quang.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Phù phổi cấp huyết động

3.1.1. Lâm sàng

- Con phù phổi cấp thường xuất đột ngột, tiến triển nhanh, hay gặp về đêm.
 - Bệnh nhân lo lắng, hoảng hốt, vã mồ hôi.
 - Khó thở, thở nhanh (trên 30l/p) phải ngồi dậy để thở, tím môi và đầu chi.
 - Có thể khạc ra đờm bọt hồng.
 - Nghe phổi đầy ran ẩm cả hai phổi, bắt đầu ở hai đáy phổi, dâng dần lên như nước triều dâng.
 - Nhịp tim nhanh (100-140 lần phút) , có thể nghe thấy nhịp ngựa phi trái, tĩnh mạch cổ nổi.
 - Huyết áp có thể bình thường hoặc tăng.
 - Phù phổi cấp kéo dài, muộn, bệnh nhân sẽ suy hô hấp nặng, tụt HA, rối loạn ý thức.
 - Các triệu chứng lâm sàng của bệnh lý nguyên nhân phù phổi cấp: rung tâm trương, tim ngựa phi, phù...
 - $SpO_2 < 92\%$ (tương đương với $PaO_2 < 60\%$).

3.1.2. Cận lâm sàng

- Khí máu: PaO_2 giảm, $PaCO_2$ bình thường hoặc giảm
- Đánh giá huyết động: áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) tăng $15\text{cmH}_2\text{O}$
- XQ phổi: nhiều đám mờ hai bên phổi, nhiều ở hai rốn phổi, lan từ rốn phổi ra (hình cánh bướm); có thể thấy bóng tim to (chỉ số tim- ngực $> 50\%$)
- Điện tâm đồ: có thể thấy dấu hiệu NMCT, đầy thất trái...
- Các xét nghiệm tùy theo nguyên nhân phù phổi cấp: tăng ure, creatinin trong suy thận; tăng CKMB, troponin trong nhồi máu cơ tim. Tăng bilirubin, men gan, giảm PT trong xơ gan...

3.1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Con hen phế quản: Phổi nhiều ran rít và ran ngáy, gõ vang lồng ngực căng.
- Viêm phổi - phế quản: Có nhiều loại ran: rít, ngáy, ran nổ, và ran ẩm, có vùng gõ đục.
- Suy tim do thiếu B1: Có nhiều dấu hiệu giống phù phổi nhưng không có ran ẩm dâng lên nhanh- Đáp ứng nhanh với B1 - phân xạ gân gối và gàn gót mắt.
- Hen tim: Cũng rất dễ nhầm với phù phổi, thường có khó thở thì thở ra, ran rít, thứ phát sau phù quanh phế nang.
- Phù phổi cấp tổn thương

3.2. Phù phổi cấp tổn thương

3.2.1. Lâm sàng

- Khó thở xanh tím, tím nhiều hơn tái, tiến triển từ vài giờ đến vài ngày tùy theo nguyên nhân gây bệnh (vài giờ vài ngày trong ngạt nước và ngạt hơi; 1-3 ngày trong hội chứng Mendelson).

- Thở nhanh, khó thở nặng dần, phổi có ran ẩm nhưng không dâng lên nhanh.
- $SpO_2 < 92\%$ (tương đương với $PaO_2 < 60\%$)
- Bệnh nhân vật vã, tím, thở oxy hoặc thông khí hỗ trợ với áp lực dương ngắt quãng (PPI hoặc IPPV: Intermittent Positive Pressure Ventilation/ Pressure Positive Intermittente) vẫn không cải thiện
- Tĩnh mạch cổ thường không nổi, không có phản hồi gan tĩnh mạch cổ
- Mạch nhanh huyết áp tăng sau đó sẽ trụy mạch.
- Các rối loạn nhịp tim có thể xảy ra.

3.2.2. Cận lâm sàng:

- Khí máu: PaO_2 (áp lực riêng phân của O_2 máu động mạch) giảm, hỗ trợ hô hấp với PPI mà PaO_2 không tăng.
- Các chỉ số huyết động không thay đổi: áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) không cao, có khi thấp; trong khi phù phổi do huyết động các chỉ số này đều cao.
- Dịch phế quản có Rivalta (+) (Protein > 30-50g/l).
- Xquang phổi: tổn thương khoảng kẽ lan tỏa hai bên, phổi trắng.
- Điện tim không thay đổi.

3.2.3. Chẩn đoán phân biệt

• Đợt cấp của suy hô hấp:

Bệnh nhân tím nhiều hơn tái, rên rít, rên ngáy nhiều. Có dấu hiệu suy tim phải, gan lớn, tĩnh mạch cổ nổi, có tiền sử và có sốt.

• Nhồi máu phổi sau sanh:

Tiền sử cá nhân về bệnh thuyên tắc, nằm lâu khi có thai hoặc sau đẻ. Đột nhiên đau ngực dữ dội, trụy mạch khó thở. Khạc ra máu

• Thuyên tắc ối.

Triệu chứng báo trước không đặc hiệu, xuất hiện đột ngột có thể xảy ra trong chuyển dạ sau khi vỡ ối, cơn co cường tính, trong khi mổ lấy thai hoặc thủ thuật, trên các sản phụ sanh nhiều...

Chẩn đoán dựa trên 3 hội chứng cơ bản: suy hô hấp cấp - suy tuần hoàn - chảy máu do rối loạn đông máu.

4. PHÁC ĐỘ XỬ TRÍ PHÙ PHỔI

CẤP DO HUYẾT ĐỘNG

4.1. Nguyên tắc

- Đảm bảo thông khí cho bệnh nhân

- Giảm tiền gánh và hậu gánh
- Tăng co bóp cơ tim
- Điều trị nguyên nhân

4.2. Nội khoa

- Đẻ bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi, hai chân thông (mục đích giải phóng cơ hoành, giảm hồi lưu tĩnh mạch)
- Thở oxy qua mặt nạ có bóng hoặc Mapleson C 5- 10 lít/phút.
- + Nếu không đáp ứng (thể hiện: SpO₂<92% tương đương với PaO₂<60%) thì chuyển qua thở máy có hỗ trợ áp lực hoặc đặt nội khí quản thở máy (điều chỉnh FiO₂ để duy trì SpO₂>92% hoặc PaO₂>60%)
- Nitroglycerine (tác dụng nhanh) ngậm dưới lưỡi (0,3-0,4mg trong 10- 15 phút), hoặc xịt dưới lưỡi (2-4 nhát), hoặc truyền tĩnh mạch (Nitroglycerin truyền tĩnh mạch 5 - 20 mcg/phút tùy thuộc vào huyết áp, chỉ sử dụng khi huyết áp tâm thu \geq 100mmHg). Phải giảm liều hoặc ngưng nếu huyết áp tụt nhịp tim quá nhanh. Nếu không nitroglycerine có thể dùng Isosorbid.
- + Cách pha: 10mg/10ml pha trong 40ml glucose 5%, truyền qua bơm tiêm 0,15ml/giờ-0,6ml/giờ.
- Lợi tiểu (tác dụng chậm hơn, nhưng dài): Furosemid tiêm tĩnh mạch 40mg/lần có thể tiêm nhắc lại sau 15 nếu chưa cải thiện, có thể dùng đến 200mg (trong trường hợp suy thận)
- Hạn chế nước
- Morphine 5 - 10mg tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch
- Thuốc giãn phế quản: Aminophyllin 240mg tiêm tĩnh mạch chậm
- Nếu tăng HA: Nicardipin truyền mạch (1-5mg/giờ) (phác đồ tăng huyết áp) hoặc Nitroglycerine
- Tăng co bóp cơ tim: Digoxin 0,5- tiêm TM (rụng nhĩ nhanh, suy tim trái cấp); Dopamin: nếu HA tụt; Dobutamin: nếu suy tim trái cấp; liều 5-20mcg/kg/phút

4.3 Xử trí sản khoa: Xử trí sản khoa khi cơn phù phổi cấp được kiểm soát

- Nên chấm dứt thai kỳ: xem xét mổ sanh ở những trường hợp chưa chuyển dạ (có hay không kết hợp triệt sản)
- Trong lúc chuyển dạ:
 - + Rút ngắn chuyển dạ: có thể phá ối sớm
 - + Giúp sanh Forceps khi đủ điều tránh cho bệnh nhân rạn sanh
 - + Hạ thấp chân sau sanh
 - + Tư vấn triệt sản

5. PHÁC ĐỒ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP TỒN THƯƠNG

5.1. Nội khoa:

- Tư thế nửa ngồi
- Đặt nội khí quản, hút đàm dãi để khai thông hô hấp
- Thở máy với áp lực dương cuối thì thở ra PEEP (positive end expiratory pressure) khoảng + 5-10cmH₂O, điều chỉnh FiO₂ sao cho SpO₂ >92% hoặc PaO₂>60%
- Đảm bảo huyết động bằng cách truyền Dopamin hoặc Dobutamin (5-20mcg/kg/phút truyền TM liên tục).

Điều trị nguyên nhân gây bệnh:

- Kháng sinh mạnh.
- Hạn chế diễn tiến phù phổi bằng Corticoide với Methylprednisolon 30- 60 mg mỗi 4 giờ.

5.2 Xử trí sản khoa:

- Nguy cơ sẩy thai, sanh non do bệnh lý mẹ
- Nếu điều trị hiệu quả có thể giữ thai
- Nếu điều trị không kết quả mà thai vẫn sống và phát triển thì phải xử trí như phù phổi cấp do huyết động.

6. DỰ PHÒNG

6.1 Phù phổi cấp huyết động

Phối hợp cả các biện pháp nội khoa và sản khoa: với những bệnh nhân có nguy cơ:

- Giảm đau tốt trong chuyển dạ, chú ý tránh các thuốc có thể làm tăng nhịp tim
- Thở đầy đủ oxy trong chuyển dạ và sau sanh.
- Tránh để chảy máu quá mức sau sanh vì rất khó hồi sức, hạn chế sử dụng thuốc co bóp tử cung ở giai đoạn này nếu không có tình trạng chảy máu.
- Các bệnh nhân tim sản độ III và IV không cho con bú.
- Tư vấn sau sanh các biện pháp tránh thai

6.2 Phù phổi cấp tổn thương

- Chuẩn bị tiền phẫu tốt (nhịn ăn uống trước mổ)
- Đề phòng các bệnh nhiễm trùng phổi cấp tính.
- Khi chấn thương phải được giảm đau tốt.
- Điều trị sớm và đúng mức các trường hợp nhiễm trùng nặng.