

مسائل روزمره طب عمومی

تشخیص و درمان هموپتیزی

دکتر محمد مولوی *

معمولاً در هموپتیزیهای متوسط منظمی از مقدار خونریزی کاسته شده و در ظرف ۳-۴ روز اخلاط رنگ قرمز بسیار تیره بخود گرفته و بتدریج از مقدار خون آن کاسته و یا بکلی از بین رفته و یا اخلاط شکل چرکی بخود میگیرد.

تصویر رادیولوژیک درابتدای هموپتیزی ممکن است قدری همراه کننده باشد چه در برخی موارد علاوه بر بیماری هموپتیزی دهنده وجود خون در برنکیولها و در آلوئولها تصاویر ارزنی و یاندولر و حتی آپاسیته هایی را باعث میگردد که پس از چند روز از بین خواهند رفت در این زمان امتحان خلط جهت جستجوی باسیل کخ و در صورت امکان جستجوی سلولهای سرطانی ممکن است راهنمایی مفیدی برای اتیولوژی خونریزی باشد.

ریه منشاء خونریزی گاهی از طرف خود بیمار مشخص میگردد - وجود ناحیه ای دردناک توجه را به ریه آن سمت جلب خواهد کرد و بالاخره در معاینه بالینی ممکن است علائمی در یک ریه وجود داشته باشد که حدس خونریزی را به آن ریه بکشاند. البته امتحانات تکمیلی ۲-۳ روز پس از قطع هموپتیزی اتیولوژی را مشخص خواهد نمود مهمترین این امتحانات همانطور که اشاره رفت ابتدا یک رادیوگرافی استاندارد و نیمرخ چپ و راست رتین - امتحان خلط - امتحان خون در جستجوی یک بیماری خونی و یا اختلالات انعقادی و سیلانی کنترل فشار خون و امتحان دقیق قلب توموگرافی از ریتین و بالاخره یکی از مهمترین معاینات برنکوسکوپی و در صورت ضرورت برنکوگرافی خواهد بود البته در موارد نادر ممکن است احتیاج به آئزیوگرافی و اسکینگ و یا سنتی گرافی و مدیاستینوسکوپی پیدا شود که فقط در مراکز مجهز و توسط متخصصین ورزیده قابل اجرا و تفسیر هستند.

مقدار و اهمیت هموپتیزی همانطور که اشاره رفت در برخی موارد ممکن است بسیار جزئی و یا متوسط در بعضی موارد تکراری و سهولت به درمان جواب بدهد و بالاخره

تعریف: هموپتیزی خونریزی از راه دهان میباشد که منشاء آن ناحیه زیر گلو (Glott) است بدین ترتیب خونریزیهای دهان - حلق - بینی - مری و معده از آن مجزا میگردد.

تشخیص مثبت هموپتیزی: این تشخیص ممکن است بسیار ساده و گاهی پیچیده باشد در مواردی که هموپتیزی در حضور پزشک حادث میشود و یا بیماری است با سابقه ضایعه ریوی شناخته شده و یا خود بیمار و اطرافیانش شرح موقع را چنان تشریح مینمایند که شکی در تشخیص هموپتیزی باقی نماند - در موقعی پیچیده میشود که مقدار هموپتیزی بسیار زیاد و یا بالعکس کم اهمیت و ضمناً بیمار سابقه عوارض گوارشی داشته و شرح واقعه نیز از طرف بیمار و یا اطرافیانش ناقص و یا همراه کننده و در نتیجه تشخیص بین هموپتیزی و همتاز مشکل میگردد.

بطور کلی قبل از بروز هموپتیزی بیمار احساس گرما یا سوزش و یا خارش در ناحیه پشت استرنم نموده و احساس بوی «زنگ زده» در دهان مینماید و متعاقب سرفه و مختصر تنگ نفس و خس خس مقداری خون از دهان دفع میکند این خون اکثراً روشن و تازه و همراه حبابهای هوا میباشد (بخصوص نزد بیماری که ظاهراً کاملاً سلامت بنظر میرسیده است) و مقدار آن ممکن است بسیار زیاد و کشنده و ممکن است از چند خلط خون آلوده تجاوز ننماید.

اکثراً بیمار رنگ پریده و مضطرب و حتی در برخی موارد (باوجود هموپتیزی توسط) بیمار نبض سریع داشته فشار خونسقوط و ممکن است بحال سنکوپ بیافتد.

بیماری که در این وضع توسط پزشک معاینه شده است بایستی در وضع نیمه نشسته و استراحت کامل در اطاقی نسبتاً تاریک قرار و اگر امکان داشته باشد یک رادیوگرافی در همان وضع از وی انجام گیرد - معاینات حتی المقدور سطحی و فقط سعی گردد که از اضطراب و وحشت بیمار کاسته شود و امتحانات بالینی آزمایشگاهی و رادیولوژیک کامل پس از اطمینان از متوقف شدن خونریزی آغاز گردد.

اکثر بیماریهای حاد ریوی میتوانند منشاء هموپتیزی باشد که البته معمولاً مقدار خون خارج شده مختصر و ندرتاً بصورت خون کاملاً تازه میباشد و ضمناً این خون اغلب همراه ترشحات چرکی و یا مخاطی است در این ردیف بیماریها بیش از همه آسبه های ریوی، پنومونهای عفونی میکربی و یا ویروسی آمبولیهای ریوی، بیماریهای قارچی - شکل حاد سل ریوی و بالاخره برخی از موارد سرطان برنش که بشکل بیماری حاد و تب دار ریوی تظاهر کرده باشد.

۲ - سل ریوی تشخیص داده شده

همانطور که میدانیم تمام اشکال سل ریوی (وندرتا سل تراشه و برنشها) میتوانند باعث هموپتیزی باشند این هموپتیزی میتواند ندرتاً بسیار زیاد و حتی کشنده باشد ولی اکثراً بشکل هموپتیزی کم اهمیت و یا متوسط و در برخی موارد تکراری هستند اهمیت هموپتیزی در چنین شکل سل تشخیص داده شده، تفسیر آن و ارزشی خواهد بود که برای آن در پیشرفت بیماری قائل خواهیم شد:

- در بعضی موارد بروز هموپتیزی با وخامت ناگهانی حال عمومی و ضایعات ریوی همراه میگردد بخصوص اگر این هموپتیزی شدید و یا تکراری و به درمان سهولت جواب ندهد که ممکن است تا مرگ بیمار نیز متوقف نشود.

- در برخی موارد دیگر هموپتیزی بخودی خود خطری را بوجود نمی آورد ولی بروز آن علامت پیشرفت در بیماری است که در نتیجه با وخامت کم و بیش قابل ملاحظه علائم بالینی و رادیولوژیک همراه سدیمانتاسیون خون بالا و در اخلاط تعداد زیادی باسیل کخ قابل رویت میگردد.

= بالعکس در اشکال سل قدیمی فیبروتیک منتشر ولی بدون پیشرفت هر چند هموپتیزی فراوان و تکراراً مشاهده میگردد ولی معمولاً تغییری در چهره واقعی بیماری بوجود نمیآید و از نظر بالینی و رادیولوژیک و آزمایشگاهی اختلالی را باعث نمی گردد.

البته در بروز این هموپتیزها - خستگی مفرط - تغییرات ناگهانی هوا - نزدیکی قاعدگی تدریجاً - مسافرت به مناطق مرتفع و یا بالعکس - افراط در تغذیه و یا در مشروبات الکلی و بالاخره استفاده از داروهای شامل ید بی تأثیر نمیشوند.

با وجود کم خطر بودن این هموپتیزها معهذا نزد برخی بیماران (و همیشه در شرایط معینی) تکرار میگردند که ممکن است باعث کم خونی و یا در روحیه بیمار اثر نامطلوبی را برجای گذارد.

= هموپتیزی تزد بیمار بهبود یافته ای که مدت هاست سل ریوی او کاملاً خاموش و هیچگونه تظاهری نداشته مسلماً نگرانی فعال شدن ضایعات را بمیان می کشد ولی خوشبختانه همیشه این موضوع صادق نبوده و در برخی موارد این هموپتیزی يك علامت کاملاً زودگذر و بدون دنباله میباشد معهذا ناپستی زیاد خوشبین بود و فقط پس از امتحانات کامل

ندرتاً برق آسا و کشنده است در هموپتیزی تکراری ممکن است تب نیز عارض شود که این تب میتواند با اتیولوژی بیماری رابطه ای نداشته و در اثر وجود و جذب خون در آلوئولها حادث گردد.

نکته مهم اینکه مقدار خون دفع شده همیشه مبین خطر بیماری نیست - در برخی موارد بدنبال چند خلط خونی بی اهمیت ناگهان يك خونریزی کشنده پیش میآید و در بعضی موارد دیگر خونریزی بسیار شدید با درمان ساده و تزریق مقداری خون تازه به بیمار قطع میگردد و هیچ موقع دیگر تکرار نمیشود.

تشخیص افتراقی: این تشخیص ابتدا با همتامز مطرح میگردد - البته در خونریزی معده معمولاً عوارض گوارشی قبلی وجود داشته خون بصورت استفراغ خارج و باقی مانده غذا مخلوط است و در روزهای بعد Meiaena نیز ظاهر میگردد سابقه مصرف کورتیکوئید و یا اسید سالیسیلیک و یا داروهای مشابه - سابقه سیروز کبدی و یا واریسهای مری نیز اهمیت خاصی دارند ولی در برخی موارد موقع شروع استفراغ سرفه نیز عارض بیمار میگردد و تشخیص را با هموپتیزی مشکل مینماید بالعکس در مواردی از هموپتیزی خون بلعیده شده بصورت استفراغ دفع میشود. در هر صورت در مواقع بروز شك امتحانات تکمیلی تشخیص بین خونریزی از معده و یا ریه را جدا خواهند نمود.

البته خونریزیهای ته حلق و حنجره و گاهی دهان بیشتر باعث اشتباه میشوند و اینست که در موارد لازم امتحان کامل حلق و بینی و حنجره ضرورت خواهد داشت.

تشخیص اتیولوژی هموپتیزی

الف: علت هموپتیزی میتواند کاملاً واضح باشد که مشخص تر از همه عبارتند از:

۱ - خونریزی ناگهانی کشنده تزد بیماری که دچار يك انورسم آئورت شناخته شده میباشد و نیز تزد بیماران با فشار خون بسیار بالا.

۲ - هموپتیزی در اثر ضربه و یا تصادف که باعث شکستگی دنده و یا ضایعات ضربه ای تراشه و یا بروشها شده باشد و یا هموپتیزی بعد از عمل های جراحی ریه یا قلب.

۳ - خونریزی بیماران مبتلا به سل ریوی و یا سرطان برنش و یا برنشکنازی و یا هر عارضه شناخته شده ریوی و برنشیک دیگر.

۴ - هموپتیزی بیماران قلبی که بیماریشان تشخیص و تحت نظر و یا درمان هستند.

۵ - هموپتیزی تزد بیماران مبتلا به بیماریهای خونی و یا اختلالات انعقادی و سیلانی خون.

ب: هموپتیزی تزد شخصی که بیماری او مبتلا تشخیص داده شده است.

۱ - هموپتیزی در جریان يك بیماری حاد ریوی حادث شده است.

— در برخی موارد هموپتیزی بدنبال يك سندرم کلاسیک انفارکتوس ریوی ظاهر میگردد در این سندرم درد مختصر تب — تنگ نفس — اضطراب و پس از مدت زمان کوتاهی يك منطقه مملو از راههای برونشیک و حتی فروتمان جنبی و یا علائم پلورزی و بالاخره در رادیوگرافی منظره انفیلترا یا اپاسیته ویاپلورزی در همان سمتی که در دوران موجود است مشاهده میگردد .

البته شکل اختلاط بیشتر سیاه چسبنده و بوی «ترشیده» مخصوصی دارد .

— در برخی موارد دیگر این انفارکتوس فقط همراه مختصر هموپتیزی خون تازه میباشد واز علائم دیگر اثری نیست — اکثراً این خونریزی نزد زنان چند روز قبل از قاعدگی و همراه سرفه های تحریکی — طیش قلب و مختصر تنگی نفس بوده و بمحض آغاز قاعدگی متوقف میشود .

= بالاخره هموپتیزی در نارسائی های حاد ریوی مثل ورم حاد ریه و یا در آندوکاردیتهای عفونی نیز مشاهده میگردد .

۵ — هموپتیزی نزد بیماران مبتلا به بیماری های خونی و یا اختلالات انعقادی وسیلانی — بسیاری از بیماریهای خونی بخصوص در مراحل پیشرفته و نهائی بیماری میتواند باعث هموپتیزی شوند که شرح يك يك آنها در این جا زائد بنظر میرسد .

ج — هموپتیزی اولیه

در اینجا هموپتیزی بعنوان اولین علامت ظاهر میگردد . هنوز تشخیص اتیولوژیک بیماری مشخص نیست . این موارد نسبتاً فراوان و هموپتیزی که معمولاً باعث وحشت بیمار و اطرافیانش میباشد بیمار را خیلی زود نزد پزشک هدایت میکند و در نتیجه تشخیص بیماری هموپتیزی دهنده سرعت انجام گرفته و درمان لازم آغاز میگردد .

بطور خلاصه این هموپتیزی ها اعلام خطر جالب و قابل توجهی است که باعث کشف هرچه زودتر بیماری میگردد و هیچگاه نباید آنرا بی اهمیت تلقی نمود و تارسیدن به تشخیص اتیولوژیک آن نایستی از پای نشست .

همانطور که اشاره شد این هموپتیزی ها نزد شخص بظاهر سالم خود نمائی مینماید و برای تشخیص — امتحان بالینی — رادیولوژیک — باکتریولوژیک — بیولوژیک خون و بالاخره نریکوسکوپی ویا نریکوگرافی امتحانات کاملاً ضروری هستند چه سه علت اصلی هموپتیزی : ضایعات ریوی سلی و یا سرطانی — ضایعات برونشیک و بالاخره تنگی دریچه میترا در اینجا نیز صادق میباشد .

۱ — در برخی موارد يك رادیوگرافی ساده ریتین ضایعهای مشکوک نشان میدهند که جهت اتیولوژی آن امتحانات تکمیلی ذکر شده در فوق یکی پس از دیگری انجام خواهد گرفت البته سابقاً بروز این چنین هموپتیزی را نشانه

بالینی — رادیولوژیک و باکتریولوژیک و بیولوژیک است که میتوان بیمار را مطمئن نمود که این هموپتیزی يك علامت اتفاقی و با پیشرفت بیماری همراه نمیشد البته برخی از این هموپتیزیها نتیجه يك برونشکتازی باقی مانده ضایعات سعی بهبود یافته و یا اینکه در اثر جراحت و زخم کوچکی است که بعضی از کالسیفیکاسیونها در جدار برونشها بوجود آورده و خونریزی را باعث میگرددند .

= بغیر از هموپتیزی فوق الذکر که معمولاً کم اهمیت و یا خونریزی متوسطی هستند و اکثراً نیز هموپتیزی مسلولین باین صورت میباشد گاهی خونریزیهای ناگهانی بسیار خطرناک و حتی کشنده پیش میآید . در برخی موارد خون خارج شده چندان زیاد نیست ولی بیمار ناگهان وارد کلاپسوس شد و اگر فوراً درمان و ترانسفوزیون نشود ازدست خواهد رفت — این حالت معمولاً نتیجه يك خونریزی شدید داخلی است سرعت آن و حالت کولاپسوس به بیمار اجازه نداده است که تمام خون را خارج نماید .

۳ — هموپتیزی در بیماریهای مزمن ریوی

— سرسلسله این بیماریهای مزمن هموپتیزی دهنده اتساع برونش میباشد که در کلیه اشکال کلینیکی آن هموپتیزی دیده میشود البته اکثراً خونریزی با اختلاط چرکی کم و بیش فراوان همراه میباشد ولی در برخی اشکال خونریزی دهنده ترشحات چرکی وجود نداشته فقط گاه گاه هموپتیزی دیده میشود که این اشکال را خونریزی دهنده خشک تعریف کرده اند .

= از بیماریهای هموپتیزی زای فراوان در کشور ما کیست هیداتیک را باید نام برد که معمولاً هموپتیزیهای مختصر تکراری را که ندرتاً با اختلاط چرکی همراه است باعث میگردد — در برخی موارد این هموپتیزی کوچک با برخی علائم عمومی همراه و معمولاً نشانه يك دوره رشد پارازیت میباشد .

= هموپتیزی در سیکیلوز ریوی نیز نسبتاً فراوان میباشد ولی مشکل تشخیص در موقع روبرو شدن با این علامت این است که مشخص گردد آیا ضایعات فیبروتیک — سیکیلوز باعث خونریزی شده اند و یا يك عفونت سلی (که نزد این بیماران نسبتاً زیاد است) و یا يك نئوپلاسم در میان است بهمین خاطر امتحانات تکمیلی باکتریولوژیک و سیتولوژیک اهمیت خاصی پیدا میکند .

= بالاخره کیست های برونشیک و ریوی — سارکوئیدوز — بیماریهای قارچی ریوی نیز ندرتاً باعث هموپتیزی میگرددند .

۴ — هموپتیزی بیماری های قلبی

مابین بیماریهای قلبی بیشتر از همه تنگی میترا باعث هموپتیزی است که تابلوی بالینی بیماری میتواند اشکال مختلفی را بخود بگیرد .

۶ - یکی دیگر از علل نادر هموپتیزی ها وجود آدنوم کوچکی در برنشهای اصلی است (آدنوم ژاکسون Jackson) که معمولاً خونریزی کم و تکراری و رادیو-گرافی سالم بنظر برسد و در اینجا نیز تشخیص اکثراً بوسیله برنکوسکوپی میسر می باشد .

۷ - بالاخره پس از عدم تشخیص اتیولوژی های نامبرده در فوق به هموپتیزی های میرسیم که تراکتوبرونشیت های هموپتیزی را نام گذاری نموده و معمولاً با حالت عمومی خوب - بدون تب همراه می باشند - تعداد آنها نسبتاً زیاد و بخصوص در اپیدمی های گریپ زیادتر دیده میشوند - در برنکوسکوپی فقط قسمتی از مخاط تراشه و یا دهانه يك یا چند برنش متورم و سهولت باعث خونریزی های مختصر می گردند .

۸ - بعنوان یادآوری عوامل نادری مانند آتریوما تورتراشه یا برنشیک یا ریوی اسپروکتوز - دیستوماتوز - ورود زالو در تراشه در موقع خوردن آب در شب و در نهر و غیره نیز میتوانند هموپتیزی ایجاد نمایند .

پاتوژنی هموپتیزی : در مورد پاتوژنی هموپتیزی بخشهای گوناگونی بمیان آمده است - البته در مواردی مثل انورسم آئورت و یا ضایعات مخرب سرطانی و غیره که باعث پارگی عروق و خونریزی می گردند صحبتی نمی نمائیم همچنین مسلم است که در انفارکتوس ریوی و یا خونریزی بیماریهای قلبی اکثراً خونریزی در اثر ترمبوزهای عروقی در نتیجه ترشح و تراوش خون از سوج و آلئولهای ریوی اطراف ضایعه عروقی است .

در ضایعات سلی البته برخی هموپتیزها در نتیجه پارگی عروقی ولی عده ای دیگر در نتیجه ضایعات عفونی جدار عروق (آندارتیت) و حتی اختلالات عصبی نورو وژتاتیف و آلرژی میکربی را نیز بمیان کشیده اند و ممکن است هیستامین نیز در این بین وظیفه ای داشته باشد .

بالاخره برخی از هموپتیزها نیز نتیجه ضایعات مخاطی خود برنشا می باشد که سهولت خونریزی دهند میشوند .

درمان

در هموپتیزی های مختصر درمان اتیولوژیک و یا مراقبت بیمار تا تشخیص قطعی کافی و فقط باید بادره های مسکن سرفه او را آرام و در صورت لزوم بادره های آرام بخش از اضطراب بیهوده جلوگیری نمود .

ولی در هموپتیزهای متوسط و سخت درمان فوری خود هموتیزی قبل از درمان اتیولوژیک مطرح میشود .

اصول این درمان **استراحت مطلق** حتی المقدور در اطاق نیمه تاریک و در وضع نیمه نشسته و قطع هرگونه تغذیه از راه دهان کرد و فقط به جویدن یخ و یا مایعات سرد اکتفا خواهد شد .

يك سل ریوی مسلم میدانستند ولی متأسفانه در حال حاضر سرطان برنش ها نیز جای محکمی در ایتولوژی هموپتیزی های اولیه باز نموده است .

۲ - در برخی موارد این رادیوگرافی در ریتین ضایعه ای نشان نمیدهد در چنین موردی معاینات دقیق بالینی بطرف يك عارضه دریچه ای میترا ل متوجه خواهد شد جستجو در سابقه بیمار از نظر عوارض رماتیسمی - الکتروکاردیو-گرافی - امتحان مکرر اخلاط در جستجوی باسیل کخ و امتحانات تکمیلی لازم تشخیص را مسلم خواهد نمود فقط یادآور میشویم که يك بیمار مبتلا به عارضه دریچه ای میترا ل ممکن است دچار يك عارضه سلی ریوی نیز بشود و اینست که با کشف يك تنگی میترا ل نزد بیماری که هموپتیزی نموده است نباید فوراً قضاوت نمود بلکه بایستی بیمار را تحت نظر داشت تا از عدم وجود عارضه سلی پیشرونده مطمئن گشت .

۳ - در صورت رد کردن تشخیص ضایعه سلی و یا يك عارضه دریچه ای میترا ل نزد بیماری که برای اولین بار هموپتیزی داشته است لازم است در جستجوی يك ضایعه سرطانی برنشا برود . در اینجا همانطور که اشاره نمودم امتحان سیتولوژیک اخلاط و بخصوص توموگرافی و برنکوسکوپی و بیوپسی برنشیک و یا آسپیراسیون ترشحات برنشا و امتحان سیتولوژیک آن توسط آسیب شناسی ورزیده و بالاخره در صورت امکان اسکنینگ میتواند کمک شایانی باشد .

البته جستجوی متاستاز احتمالی و بخصوص غدد لنفاوی فوق ترقوه و گردنی و یازیربغل و یانواحی دیگر - سابقه مصرف دخانیات زیاد نزد بیمار نسبتاً مسن و بالاخره در صورت منفی بودن تمام امتحانات فوق کنترل های منظم بالینی و رادیولوژیک در هفته های بعد از هموپتیزی کاملاً ضروری است .

۴ - ضایعات سلی تراشه و برنشا نیز ممکن است هموپتیزیه ای مختصری را باعث گردند و رادیوگرافی ریتین کاملاً سالم بنظر برسد در اینجا امتحانات مکرر اخلاط باسیل کخ را مشخص خواهد نمود البته تشخیص قطعی بوسیله برنکوسکوپی بعمل خواهد آمد که ضایعات سلی منتشر و یا محدودی را همراه تنگی در قسمتی از تراشه و یا دهانه یکی از برنشا نشان خواهد داد .

۵ - در پریموانفکسیون سلی نیز ممکن است هموپتیزی کوچکی حادث شود که اکثراً در نتیجه وجود گانگلیون کوچکی است که در جدار برنش باز شده است این آدنوپاتی ممکن است در رادیوگرافی قابل رویت نباشد . در برخی پریموانفکسیونهای بهبود یافته و یا حتی ضایعات سلی قدیمی بهبود یافته گانگلیونهای کالسیفیه شده میتوانند جدار برنشا را زخم و باعث هموپتیزی گردند و حتی ندرتاً دیده شده که این ضایعات کالسیفیه باعث پارگی جدار یکی از عروق بزرگ شده و هموپتیزی بسیار شدید و حتی کشنده ای را باعث گردیده است .

تزریق داخل عضلانی مرفین و در صورت وجود دلیلی برای عدم استعمال آن تزریق عضلانی فنوباربیتال و یا یک آرام بخش دیگری ضروری است .

البته در موارد نارسائی تنفسی چه قبل از بروز هموپتیزی و چه در همان موقع باید از تزریق مرفین صرف نظر شود .

تزریق داخل وریدی عصاره قسمت قدامی هیپوفیز که یک منقبض کننده عروقی محیطی و نیز فشار خون داخل عروق ریه را پائین می آورد کمک بسیار ذیقیمتی است تزریق داخل عضلانی ریتین نیز با پائین آوردن فشارخون نزدیمازان مبتلا به هیپرتانسیون کمک مفیدی است .

استفاده از داروهای ضد خونریزی و یا داروهای انعقادی مثل کلروورکالیم - ویتامین (ث) ویتامین (پ) و بخصوص ویتامین (K) کلاسیک ولی روی اثر آنها نباید

زیاد تکیه نمود تزریق داخل عضلانی کورتیکوئید و یا داخل وریدی آن گاهی اثر بسیار موثری خواهد داشت بشرطی که موردی برای عدم استعمال آن در میان نباشد تزریق خون تازه گاهی بعلت خونریزی زیاد وزمانی بعلت اثر انعقادی آن ضرورت پیدا میکند .

تزریق نوکائین داخل رگ و یا انفیلتراسیون گانگلیون ستاره ای - تزریق ۲۰۰ تا ۵۰۰ سانتیمتر مکعب اکسیژن زیر جلد ناحیه قفسه صدری اثر (فیکسی قابل توجهی برای قطع خونریزی دارد وحتی تحریک مخاط بینی نیز ممکن است بی اثر نباشد .

بالاخره در موارد انفارکتوس های تکراری بستن وریدهای اندام تحتانی و ندرتاً در هموپتیزیهای شدید عمل جراحی فوری ریه برای بستن شریان یا ورید خونریزی دهنده توصیه شده است .