**VIÊM MÀNG PHỔI**

**TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI - TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI**

Thời gian: 2 tiết

Giảng viên: BS Dương Nguyễn Hồng Trang

Đối tượng: SV Y3- CT3

Năm học: 2010- 2011

**MỤC TIÊU**

1- Nắm vững triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định TKMP, TDMP

2- Xác định nguyên nhân

3- Phương pháp điều trị và phòng ngừa

**DÀN BÀI**

**A.VIÊM MÀNG PHỔI**

**B.TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI**

I.ĐỊNH NGHĨA

II.PHÂN LOẠI

III.DỊCH TỄ HỌC

IV.NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

V.LÂM SÀNG

VI.CẬN LÂM SÀNG

VII.CHẨN ĐOÁN

VII.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

VII.2.CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN.

VII.3.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

VIII. ĐIỀU TRỊ

VIII.1. Điều trị nội khoa

VIII.2 .Điều trị ngoại khoa

IX.BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

IX.1. BIẾN CHỨNG

IX.2.TIÊN LƯỢNG

**C.TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

I.ĐỊNH NGHĨA

II.SINH LÝ CỦA KHOANG MÀNG PHỔI

III.CƠ CHẾ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

IV.NGUYÊN NHÂN

IV.1.DỊCH THẤM

IV.2.DỊCH TIẾT

V.LÂM SÀNG

V.1.Triệu chứng cơ năng

V.2.Triệu chứng thực thể

VI.CẬN LÂM SÀNG

1.XQ phổi

2.Siêu âm

3.Chọc dò và phân tích dịch màng phổi

4.Sinh thiết màng phổi

**A.VIÊM MÀNG PHỔI (viêm màng phổi khô)**

\* Nguyên nhân:Viêm phổi, lao phổi,nhồi máu phổi, u phổi, chấn thương,độc chất, thuốc, do bệnh lý từ dưới cơ hoành lan lên.

\* Giải phẩu bệnh lý:

+ Giai đoạn sớm: Màng phổi bị phù nề, xung huyết, thâm nhiểm các tế bào viêm, tạo thành dịch fibrin ở bề mặt màng phổi. Dịch xuất tiết có thể được hấp thu hoàn toàn hay trở thành sợi fibrin.

+ Giai đoạn trể: màng phổi bị dầy lên, xơ hóa, vôi hóa.Tuy nhiên trong tiền sử bệnh không ghi nhận được giai đoạn viêm màng phổi cấp.

**B.TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI(TKMP)**

**I.ĐỊNH NGHĨA**

TKMP là có sự hiện diện khí trong khoang màng phổi

**II.PHÂN LOẠI**

**II.1.TKMP tự phát**

\* TKMP tự phát -nguyên phát : ở người không có bệnh phổi hoặc không có nguyên nhân thứ phát.

\* TKMP tự phát- thứ phát : ở người có bệnh lý ở nhu mô phổi trước đó.

**II.2.TKMP thứ phát**

\* Do chấn thương :chấn thương kín hoặc vết thương hở ở lồng ngực

\* Do điều trị : thứ phát sau các thủ thuật nội – ngoại khoa

**III.DỊCH TỄ HỌC**

**III.1.Tần xuất**: Các số liệu tại Mỹ cho thấy

\* Nam: - TKMP tự phát nguyên phát: 7,4 ca/100.000 dân/năm

- TKMP tự phát thứ phát: 6,3 ca/100.000 dân/năm

\* Nữ: - TKMP tự phát nguyên phát: 1,2 ca/100.000 dân/năm

- TKMP tự phát thứ phát: 2,0 ca/100.000 dân/năm

\* TKMP ở bệnh nhânbệnh phổi tắc nghẽn mãn tính: 26 ca/1000 dân/năm

\* TKMP do chấn thương thường xảy ra hơn TKMP tự phát với tỉ lệ

ngày càng cao nhất là do tai nạn giao thông

**III.2. Giới:**

* Đối với TKMP tự phát tiên phát, tỉ lệ Nam: Nữ = 6,2:1.

- Đối với TKMP tự phát thứ phát tỉ lệ Nam: Nữ = 3,2:1.

Giới nam bị TKMP tự phát nhiều hơn nữ có lẽ do hút thuốc nhiều hơn

**III.3. Tuổi:**

- TKMP tự phát tiên phát xảy ra ở người từ 20 – 40 tuổi và hiếm khi gặp ở người > 40 tuổi

- TKMP tự phát thứ phát thường gặp hơn ở những bệnh nhân 60 - 65 tuổi.

**IV.NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH**

**IV.1.TKMP tự phát nguyên phát**

- Thường xảy ra ở người trẻ, tầm vóc cao gầy, không có bệnh lý nhu mô phổi trước đó.

- Là hậu quả của tình trạng bể các bóng khí nhỏ nằm dưới màng phổi tạng ở vùng đỉnh do tăng lực xé tại đỉnh phổi ( áp lực trong khoang màng phổi ở đỉnh âm hơn ở đáy).

- Thuốc lá là một yếu tố nguy cơ đặc biệt quan trọng gây TKMP tự phát. Trong số những bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát, 91% bệnh nhân đang hút thuốc hoặc đã từng hút thuốc. Nguy cơ bị TKMP tự phát nguyên phát liên quan trực tiếp đến số lượng và thời gian hút thuốc (nguy cơ tăng 100 lần đối với bệnh nhân hút thuốc lá 1 gói mỗi ngày so với chỉ 20 lần đối với bệnh nhân hút ½ gói mỗi ngày) dù không có bệnh lý nhu mô phổi nặng. Khoảng 80% những bệnh nhân này trên CT scanner có những thay đổi dạng khí phế thũng cùng bên hoặc đối bên đặc biệt ở vùng đỉnh.

**IV.2.TKMP tự phát thứ phát:**

- Thường xảy ra trên những bệnh nhân có bệnh lý phổi nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao phổi, hen phế quản.

- Các bệnh lý khác có thể gây TKMP tự phát thứ phát là

+ Bệnh phổi mô kẽ: sarcoidosis, bệnh xơ nang (cystic fibrosis),xơ hoá phổi vô căn

+ Bệnh ác tính,

+ Viêm phổi do vi khuẩn :Staphylococcus,Pneumocystis carinii.

+ Nhồi máu phổi

+ Lạc nội mạc tử cung tại lồng ngực có thể gây TKMP (chủ yếu ở phụ nữ 30 – 40 tuổi vàcó liên quan chu kỳ kinh nguyệt)

**IV.3. TKMP do chấn thương**

- Trong chấn thương kín: có thể gây tổn thương trực tiếp phế nang , phế quản hoặc gẫy xương sườn đâm thủng phế nang làm khí từ phế nang đi vào khoang màng phổi.

- Trong vết thương xuyên thấu ngực:

• Khí từ ngoài theo lỗ thủng lồng ngực hoặc từ phổi theo lỗ thủng

phế nang đi vào khoang màng phổi.

• Có thể có tràn máu màng phổi kèm theo do đứt một mạch máu

(thường là mạch máu liên sườn).

• Có thể tạo ra van một chiều chỉ cho khí đi một chiều vào khoang

màng phổi gây TKMP căng .

**IV.4. TKMP do điều trị:**

• Là một biến chứng của các thủ thuật nội – ngoại khoa.

• Các thủ thuật thường gây TKMP là:

- Chọc dò màng phổi - Sinh thiết màng phổi

- Đặt catheter TM trung ương - Sinh thiết xuyên phế quản

- Thông khí nhân tạo áp lực dương - Đặt nội khí quản thiếu thận trọng

- Phong bế thần kinh liên sườn

- Chọc dò màng phổi gây biến chứng TKMP 30% khi được thực hiện bởi một thầy thuốc kém kinh nghiệm trong khi chỉ là 4% đối với một thầy thuốc nhiều kinh nghiệm.

**IV.5. TKMP căng:**

- Thường xảy ra trong khoa săn sóc đặc biệt ở những bệnh nhân được thông khí nhân tạo.

- Màng phổi tạng bị tổn thương tạo thành van một chiều làm cho khí đi một chiều từ phế nang vào trong khoang màng phổi.

**V.LÂM SÀNG**

**V.1. Bệnh sử:**

- Hầu hết các đợt TKMP tự phát xảy ra khi nghỉ, không liên quan đến chấn thương hoặc stress. Hai triệu chứng chính là đau ngực,khó thở và 64% bệnh nhân có cả hai triệu chứng này.

- Đau ngực khởi phát đột ngột, cường độ dữ dội hoặc đau nhói, lan lên vai cùng bên và tăng lên khi hít vào (đau ngực kiểu màng phổi)

- Khó thở đột ngột, khó thở nặng nề hơn trong trường hợp TKMP tự phát thứ phát do phổi đã giảm chức năng trước đó

- Ít gặp hơn là lo âu và ho

**V.2. Khám thực thể:**

\* Dấu hiệu toàn thân

• Vã mồ hôi

• Tím tái (khi có TKMP căng)

\*Dấu hiệu sinh tồn

• Thở nhanh nông

• Tim nhanh (thường gặp, nếu > 135 lần/phút nghĩ đến TKMP căng)

• Mạch nghịch,tụt huyết áp (trong TKMP căng)

\* Khám lồng ngực

• Lồng ngực kém di động bên TKMP. Nếu TKMP lượng nhiều lồng ngực có thể có thể căng phồng rõ rệt, trung thất và khí quản lệch về bên đối diện

• Rung thanh giảm hoặc mất bên tràn khí

• Gõ vang bên tràn khí

• Rì rào phế nang giảm hoặc mất bên tràn khí

\*Tĩnh mạch cổ nổi (TKMP căng)

\* Rối loạn tri giác

**VI.CẬN LÂM SÀNG**

**VI.1. X quang phổi:**

- Rẻ tiền, sẵn có để khẳng định có TKMP.

- Đường màng phổi tạng với phần khí ngoại vi không có bóng mạch máu, bên trong là phần phổi bị xẹp lại.

- Trung thất có thể bị đẩy qua bên đối diện nếu TKMP lượng nhiều.

- Thường có tràn dịch màng phổi nhẹ, tràn dịch sẽ tăng lên khi TKMP không thoái lui.

- Đôi khi cần chụp Xquang ngực khi thở ra hết để phát hiện TKMP lượng ít.

**VI.2.Chụp XQ xương sườn** : khi bệnh nhân có đau khu trú tại xương sườn nhất là sau chấn thương để phát hiện gãy xương sườn.

**VI.3.CT scanner lồng ngực:**

- Phân biệt bóng khí lớn và TKMP

- Xác định tình trạng khí phế thũng hoặc những thay đổi dạng khí phế thũng

- Xác định chích xác mức độ TKMP nhất là khi TKMP lượng ít

- Thiết lập chẩn đoán TKMP ở bệnh nhân chấn thương đầu cần thông khí nhân tạo

Tuy nhiên phương tiện nàychi phí cao, không có sẵn ở những cơ sở y tế nhỏ, không thực hiện thường qui mà chỉ thực hiện trong những trường hợp đặc biệt.

**VI.4.Khí máu động mạch:**

- Được thực hiện ở bệnh nhân có bệnh lý phổi cơ bản nặng và ở bệnh nhân có suy hô hấp kéo dài

- Giảm oxy máu có khuynh hướng nặng hơn và thường kèm tăng CO2 máu ở những bệnh nhân bị TKMP tự phát thứ phát.

**VII.CHẨN ĐOÁN :**

**VII.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

**1.Bệnh sử:**

- Đau ngực đột ngột kiểu màng phổi hoặc đau ngực sau chấn thuơng

- Khó thở: có thể thay đổi từ không khó thở hoặc khó thở ít (TKMP tự phát nguyên phát) cho đến khó thở nặng thậm chí suy hô hấp (TKMP tự phát thứ phát)

**2. Khám:**

\* Tam chứng (Galia:2 giảm, 1 tăng)

• Rung thanh giảm hoặc mất

• Gõ vang

• Rì rào phế nang giảm hoặc mất

\* Các dấu hiệu khác xuất hiện khi bệnh nhân trong tình trạng nặng

- Thở nhanh nông - Tim nhanh

- Vã mồ hôi - Tím tái

- Mạch nghịch - Tụt huyết áp

- Tĩnh mạch cổ nổi - Rối loạn tri giác

**3. X quang phổi:** là phương tiện nhanh chóng và chính xác cho hầu hết các trường hợp TKMP .

**VII.2.CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN.**

\* **TKMP trên bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính** khó chẩn đoán hơn. Thông thường,tình trạng khó thở cấp trên những bệnh nhân này luôn cảnh giác xem có TKMP hay không nhất là khi nghe âm phế bào một bên giảm nhiều hơn bên kia hoặc bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị chuẩn. Trong trường hợp này hầu hết bệnh nhân phải được dẫn lưu khí màng phổi dù TKMP chỉ lượng ít.

\* **Bệnh nhân đang được thông khí nhân tạo** đột ngột xuất hiện mạch nhanh, vã mồ hôi, tụt huyết áp, độ bão hòa oxi trong máu (SpO2 hoặc SaO2) giảm, áp lực đường thở gia tăng nghĩ ngay đến TKMP căng do biến chứng của thở máy.

**VII.3.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

1.Nhồi máu cơ tim cấp

2.Viêm màng ngoài tim cấp

3.Thuyên tắc phổi

4.Co thắt tâm vị

**VIII. ĐIỀU TRỊ:** Việc điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

+ Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân

+ Nguyên nhân gây tràn khí màng phổi

+ Bệnh lý phổi sẳn có

+ Tiền căn có tràn khí màng phổi

+ Nguy cơ tái phát

+ Phương tiện và khả năng của thầy thuốc và cơ sở y tế.

**VIII.1. Điều trị nội khoa:**

- Nên dùng oxy cho mọi bệnh nhân (oxy làm tăng hấp thu khí qua màng phổi tăng lên 4 lần so với thở không khí phòng).

- Hầu hết bệnh nhân đều phải nhập viện để theo dõi và chọc hút khí.

- Điều trị TKMP tự phát nguyên phát gồm theo dõi đơn thuần, chọc hút và đặt dẫn lưu màng phổi.

- Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát cũng như TKMP do chấn thương cần đặt dẫn lưu màng phổi trong hầu hết các trường hợp.

- TKMP do điều trị thường chỉ cần theo dõi và chọc hút khí nếu cần.

- TKMP căng là một cấp cứu nội khoa cần giải áp ngay bằng kim chọc vào khoảng liên sườn 2 đường trung đòn sau đó đặt dẫn lưu màng phổi.

- TKMP tái phát cần có những biện pháp điều trị mạnh hơn để phòng ngừa

**VIII.2 .Điều trị ngoại khoa:**

\* Đặt ống dẫn lưu màng phổi

\* Làm dính màng phổi:

- Làm dính lá thành và lá tạng với nhau để bít khoang màng phổi.

- Qua nội soi lồng ngực hoặc phẩu thuật ,các tác nhân gây xơ hóa được bơm vào khoang màng phổi: kháng sinh( tetracycline,doxycycline minocycline) , bột talc

- Ngừa tái phát > 90%

- Nội soi màng phổi cắt các bóng khí lớn và/hoặc bơm chất gây xơ hoá vào làm dính màng phổi

\* Phẫu thuật lồng ngực được chỉ định khi khí tiếp tục dò ra > 7 ngày, TKMP tái phát cùng bên, TKMP đối bên, TKMP 2 bên, TKMP lần đầu trên bệnh nhân có nghề nghiệp nguy cơ cao (thợ lặn hoặc phi công).

**IX.BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG**

**IX.1. BIẾN CHỨNG**

- Suy hô hấp giảm oxi máu

- Tràn khí – máu màng phổi

- Tràn khí màng phổi căng

- Dò phế quản màng phổi

- Phù phổi do tình trạng nở phổi trở lại nhanh .

**IX.2.TIÊN LƯỢNG**

- Tái phát thường xảy ra trong vòng 6 tháng – 3 năm.

- Tỉ lệ tái phát toàn bộ khoảng 30% đối với TKMP tự phát nguyên phát và 43% đối với TKMP tự phát thứ phát trong vòng 5 năm.

- Tái phát thường xảy ra ở những bệnh nhân hút thuốc, bị COPD (nhất là những bệnh nhân có FEV1 < 1 L hoặc FEV1/FVC < 40%) và bệnh nhân bị AIDS.

- Các yếu tố tiên báo tái phát là có xơ hoá phổi, tuổi trẻ, tăng tỉ lệ chiều cao/cân nặng

\* TKMP tự phát nguyên phát thường lành tính và hồi phục tốt.

\* TKMP tự phát thứ phát có tỉ lệ tử vong cao. Đặc biệt, những bệnh nhân COPD có nguy cơ cao nhất với tỉ lệ tử vong tương đối tăng 3,5 lần.

\* Một nghiên cứu cho thấy 5% bệnh nhân COPD bị TKMP đã chết trước khi kịp đặt ống dẫn lưu ngực. Bệnh nhân bị AIDS cũng có tỉ lệ tử vong trong bệnh viện cao tới 25%, và thời gian sống trung bình sau bị TKMP chỉ là 3 tháng

**C.TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

**I.ĐỊNH NGHĨA**:

Là sự tích tụ dịch bất thường trong khoang màng phổi

**II.SINH LÝ CỦA KHOANG MÀNG PHỔI:**

-Bình thường trong khoang màng phổi có một ít dịch ( 10- 20ml) có tác dụng bôi trơn tạo điều kiện cho 2 lá màng phổi trượt lên nhau dễ dàng trong quá trình hô hấp.

-Sự thoát dịch vào khoang màng phổi phụ thuộc vào áp lực thủy tĩnh và áp lực keo trong khoang màng phổi và trong các mạch máu tại 2 lá màng phổi

MP thành Khoang MP MP tạng

P thủy tĩnh(cmH20) 30 -5 11

P keo 34 8 34

Tổng cộng : 4………………13…………… 23

Kết quả dịch đi từ màng phổi thành vào màng phổi tạng

**III.CƠ CHẾ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

III.1.Tăng áp lực thủy tĩnh:

- Mao mạch hệ thống: suy tim phải

- Phổi: suy tim trái

III.2.Giảm áp lực keo tại mao mạch do giảm protein máu

- Hội chứng thận hư,

- Suy dinh dưỡng, xơ gan.

III.3.Giảm áp lực trong khoang màng phổi: xẹp phổi

III.4.Tăng tính thấm mao mạch: viêm màng phổi

III.5.Suy giảm sự dẫn lưu của mạch bạch huyết:

- U phổi

- TDMP cận viêm phổi

III.6.Thấm dịch từ khoang màng bụng qua những khe hở của cơ hoành hoặc qua những mạch bạch huyết xuyên cơ hoành: báng bụng,thẩm phân phúc mạc

**IV.NGUYÊN NHÂN**

**IV.1.DỊCH THẤM**:

- Suy tim ứ huyết

- Xơ gan

- Hội chứng thận hư

- Giảm protid máu

- Thẩm phân phúc mạc

- Phù niêm

- Hội chứng Demons-Meigs

**IV.2.DỊCH TIẾT**:

• Nhiểm trùng

- Viêm màng phổi do lao

- Viêm màng phổi do vi khuẩn

- Viêm màng phổi do virus

• Ung thư

- Ung thư di căn màng phổi: từ phế quản, phổi ,vú

- Ung thư nguyên phát màng phổi: mesothelioma

• Bệnh tạo keo

- Lupus đỏ hệ thống

- Viêm đa khớp dạng thấp

• Các nguyên nhân khác:

- Nhồi máu phổi

- Viêm tụy cấp

- Abcess gan, dưới hoành

- Chấn thương lồng ngực

- Tăng ure máu

- Hội chứng Dressler

**V.LÂM SÀNG**

**V.1.Triệu chứng cơ năng**

- Đau ngực:

+ Có thể đau nhiều kiểu màng phổi( đau nhói, nông, tăng lên khi hít sâu hoặc khi ho)

+ Có thể chỉ đau tức khó chịu 1 bên lồng ngực

+ Có thể không có cảm giác đau ngực, chỉ phát hiện tình cờ khi chụp XQ ngực thường quy

- Ho khan tự nhiên hoặc khi thay đổi tư thế,có thể có đàm nếu có viêm nhu mô phổi kèm theo

- Khó thở: khi tràn dịch lượng nhiều

**V.2.Triệu chứng thực thể**

- Nhìn: lồng ngực bên tràn dịch có thể hơi phồng, kém di động

- Sờ: rung thanh giảm

- Gõ: đục

- Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất

- Các triệu chứng khác tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh

**VI.CẬN LÂM SÀNG**

**1.XQ phổi:**

\* Tư thế đứng: Mờ đồng nhất phần thấp của phế trường,mất góc sườn-hoành, đường cong Damoiseau, khoang liên sườn giãn rộng nếu lượng dịch lớn, có thể đẩy trung thất về bên đối diện.

\* Tư thế nằm nghiêng : mờ đồng nhất ở phần thấp

**2.Siêu âm :**

Xác định có dịch trong khoang màng phổi,có fibrin hay không, có vách ngăn trong khoang màng phổi

Gíup định vị chọc dịch màng phổi

**3.Chọc dò và phân tích dịch màng phổi**

+ Các xét nghiệm DMP thường được thực hiện

- Xét nghiệm sinh hóa: định lượng: - đạm - đường (glucose),

- LDH - pH

- Đếm tế bào trong dịch màng phổi

- Vi trùng: nhuộm gram, nhuộm tim vi trùng lao, cấy

- Cellblock( đóng khối tế bào): lấy khoảng 100ml dịch màng phổi

gửi xét nghiệm giải phẩu bệnh

+ Phân biệt dịch thấm và dịch tiết: dựa trên 3 tiêu chuẩn sau

1.Đạm DMP/ Đạm huyết thanh > 0.5

2.LDH DMP/ LDH huyết thanh > 0.6

3.LDH DMP>2/3 giới hạn cao nhất của trị số bình thường LDH trong máu

- Dịch thấm: không đạt cả 3 tiêu chuẩn

- Dịch tiết: chỉ cần đạt một tiêu chuẩn

- Các xét nghiệm khác của DMP: tùy theo nguyên nhân gây bệnh

**4.Sinh thiết màng phổi**

5.Các xét nghiệm khác tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Roger D ,Yusen, Martin L.Mayse, Murali Chakinala, Tonya Russell, and Daniel B, Rosenbluth, 2007, Pleural Effusion,Pulmonary Disease, The Washington Manual of Medical Therapeutics 32nd Edition, p.252-256.

2. Daniel Goodenberger, 2007, Pneumothorax, Medical Emergencies,The Washington Manual of Medical Therapeutics 32nd Edition, p.705-707.

3. Deborah J.Levine, Edward Y.Sako, Jay Peters, 2008, Pneumothorax, Disorders of the Pleural Space, Fishman's Pulmonary Disease and disorders ,p.1517-1518.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

1.Tràn khí màng phổi (TKMP) ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính gọi là:

A. TKMP thứ phát

B. TKMP tự phát nguyên phát

C. TKMP tự phát thứ phát

D. TKMP căng

2. Câu nào sau đây không đúng đối với TKMP tự phát nguyên phát

A. Thường xãy ra ở người trẻ

B. Thể trạng mập

C. Không có bệnh lý ở nhu mô phổi trước đo

D. Thuốc lá là một yếu tố nguy cơ quan trọng

3.Triệu chứng cơ năng chính của tràn khí màng phổi :

A.Đau ngực, ho đàm, sốt , khó thở

B. Đau ngực, khó thở, ho khan

C.Đau ngực, khò khè, ho đàm, sụt cân

D.Đau ngực, sốt, ho ra máu, khó thở.

4.Triệu chứng thực thể điển hình của tràn khí màng phổi:

A. Rì rào phế nang giảm, gõ đục, rung thanh giảm

B. Rì rào phế nang giảm, gõ vang, rung thanh tăng

C. Rì rào phế nang giảm, gõ vang, rung thanh giảm

D. Rì rào phế nang bình thường, gõ đục, rung thanh tăng.

5.Cận lâm sàng nào không cần thiết để chẩn đoán tràn khí màng phổi:

A. Xquang lồng ngực thắng

B. CT Scanner lồng ngực

C. Khí máu động mạch

D. Chức năng hô hấp

6.Câu nào không đúng khi nói về cơ chế tràn dịch màng phổi:

A. Tăng áp lực thủy tĩnh

B. Giảm áp lực keo

C.Tăng áp lực trong khoang màng phổi

D.Tăng tính thấm mao mạch.

7.Nguyên nhân nào gây tràn dịch màng phổi dịch tiết:

A. Suy tim

B. Nhồi máu phổi

C. Thẩm phân phúc mạc

D. Hội chứng Demons- Meigs

8.Câu nào sau đây không đúng với tràn dịch màng phổi:

A. Hội chứng ba giảm, đau ngực,khoang liên sườn giãn,khó thở

B. Hội chứng ba giảm, khoang liên sườn hẹp, ho khan, đau ngực

C. Hội chứng ba giảm,đau ngực , ho khan, khó thở

D. Hội chứng ba giảm, ho khạc đàm đục, đau ngực , khó thở.

9.Câu nào sau đây không đúng khi nói về áp lực trong khoang màng phổi:

A. Áp lực thủy tĩnh màng phổi thành lớn hơn màng phổi tạng

B. Áp lực thủy tĩnh màng phổi thành nhỏ hơn khoang màng phổi

C. Áp lực keo màng phổi thành bằng màng phổi tạng

D. Áp lực keo màng phổi thành lớn hơn khoang màng phổi

10.Câu nào sai đối với tràn dịch màng phổi (DMP) dịch thấm:

A. Đạm trong DMP/ đạm máu < 0,5

B. LDH trong DMP/ LDH máu < 0.6

C. LDH trong DMP > 1/3 giới hạn cao của giá trị bình thường LDH máu

D. Phản ứng Rivalta âm tính

**ĐÁP ÁN**

1.C 6.C

2.B 7.D

3.B 8.B

4.C 9.B

5.D 10.C