

# TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

ThS BS. Nguyễn Huy Dũng

## MỤC TIÊU:

1. Nhận biết một trường hợp tràn khí màng phổi.
2. Chẩn đoán được thể tích tràn khí màng phổi.
3. Nắm vững cách xử trí bước đầu một trường hợp tràn khí màng phổi.

## 1. Định nghĩa:

Tràn khí màng phổi tự phát được định nghĩa là sự tích tụ khí trong khoang màng phổi với xẹp phổi thứ phát, xảy ra không do chấn thương, hoặc không do thầy thuốc gây ra. Gọi là tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát khi tràn khí màng phổi tự phát xảy ra mà không có bệnh phổi căn nguyên phát hiện được trên lâm sàng; tràn khí màng phổi tự phát thứ phát khi tràn khí màng phổi tự phát xảy ra trong bệnh cảnh có bệnh phổi căn nguyên, thường do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Tràn khí màng phổi tự phát xảy ra do các bóng khí, thường ở đỉnh phổi, bị vỡ. Thành các phế nang ở đỉnh phổi có lực căng lớn nhất. Lực căng này tăng theo thời gian. Khi có bệnh phổi tắc nghẽn, lực căng này càng lớn. Dần dần các vách liên kết giữa thành các phế nang bị phá hủy, tạo thành bóng khí. Mặt khác, độ chênh áp lực giữa xoang màng phổi và phế nang lớn nhất ở vùng đỉnh. Vì thế sự vỡ các bóng khí thường xảy ra ở đỉnh phổi.

Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát có tiên lượng kém hơn nhiều so với tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát. Khi bị tràn khí màng phổi tự phát, BN có bệnh lý phổi tắc nghẽn mạn tính có nguy cơ tử vong tăng 3,5 lần.

## 2. Phân loại căn nguyên:

**2.1. Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát:** Thường luôn do vỡ những vùng mô liên kết dưới màng phổi (giữa lớp chun trong và ngoài), do vỡ những túi khí nhỏ nằm ở bên trong hay nằm ngay bên dưới màng phổi tạng. Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát thường gặp ở những người hút thuốc lá, gợi ý rằng các bệnh nhân này thực sự có một bệnh lý phổi nhưng không phát hiện được lâm sàng. Gần một nửa bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát lần đầu sẽ bị tái phát.

**2.2. Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát:** Hầu hết tràn khí màng phổi tự phát thứ phát là do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhưng tràn khí màng phổi thì có thể gặp do nhiều loại bệnh phổi được liệt kê trong bảng 1.

Bảng 1: Các nguyên nhân của tràn khí màng phổi tự phát thứ phát.

<b>Bệnh lý của đường dẫn khí:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính</li><li>✓ Suyễn</li><li>✓ Bóng khí phổi (bẩm sinh)</li><li>✓ Bệnh xơ nang</li></ul> <b>Bệnh mô kẽ phổi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Xơ hoá phổi chưa rõ nguyên nhân</li><li>✓ U hạt bạch cầu ái toan (Eosinophilic granuloma)</li><li>✓ Sarcoidosis.</li></ul>	<b>Bệnh nhiễm trùng ở phổi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Viêm phổi</li><li>✓ Áp-xe phổi</li><li>✓ Nấm phổi</li><li>✓ Lao phổi</li></ul> <b>U phổi nguyên phát và thứ phát</b> <b>Các bệnh lý khác:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Lạc nội mạc tử cung</li><li>✓ Hội chứng Ehlers-Danlos</li><li>✓ Tắc động mạch phổi</li><li>✓ Hội chứng Marfan.</li></ul>
---	---

## 3. Tần suất của tràn khí màng phổi tự phát:

- ✓ Nam thường bị tràn khí màng phổi tự phát nhiều hơn nữ (tỉ lệ nam/nữ bằng 6/1 trong trường hợp tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát, bằng 3/1 trong trường hợp tràn khí màng phổi tự phát thứ phát).
- ✓ Tuổi:
  - Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát: BN thường ở độ tuổi 30-40. Hiếm khi tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát xảy ra ở BN trên 40 tuổi.
  - Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát: BN thường lớn tuổi.

#### 4. Các yếu tố nguy cơ của tràn khí màng phổi tự phát:

- ✓ Thuốc lá: Làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi tự phát (cả nguyên phát và thứ phát) 10-20 lần.
- ✓ Chiều cao cơ thể: BN cao gầy sẽ có lực căng thành phế nang ở đỉnh phổi lớn hơn BN mập lùn, do đó nguy cơ bị tràn khí màng phổi tự phát lớn hơn.
- ✓ Yếu tố gia đình cũng ảnh hưởng đến nguy cơ xảy ra tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát.

#### 5. Chẩn đoán tràn khí màng phổi: Dựa vào các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng sau:

##### 5.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau ngực: Triệu chứng hằng định nhất
  - + Xảy ra đột ngột, có thể sau gắng sức.
  - + Đau 1 bên.
  - + Đau ít hoặc nhiều như dao đâm, tăng khi ho, gắng sức.
- Khó thở: Thở nhanh.
- Có thể không có triệu chứng, phát hiện tình cờ lúc chụp X quang.

##### 5.2. Triệu chứng thực thể: Khám phát hiện ở lồng ngực bị tràn khí màng phổi (so sánh với bên lành).

- Nhìn: Nửa ngực căng, giảm di động.
- Sờ: Rung thanh mất hoặc chỉ giảm.
- Gõ: Triệu chứng quan trọng: Gõ vang.
- Nghe: Âm phế bào giảm hoặc mất hẳn.

##### 5.3. X quang:

X-quang lồng ngực quy ước là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên để chẩn đoán xác định có tràn khí màng phổi hay không.

Khi xảy ra tràn khí màng phổi, lá tạng tách khỏi lá thành màng phổi. Chìa khoá của việc chẩn đoán tràn khí màng phổi trên X-quang là phải thấy được đường trắng của lá tạng màng phổi (hình 3b). Ở bên ngoài đường trắng lá tạng màng phổi, không thấy hình ảnh dấu ấn của phổi.

- Kỹ thuật: Chụp phim thẳng, nếu cần thiết chụp thêm phim nghiêng.

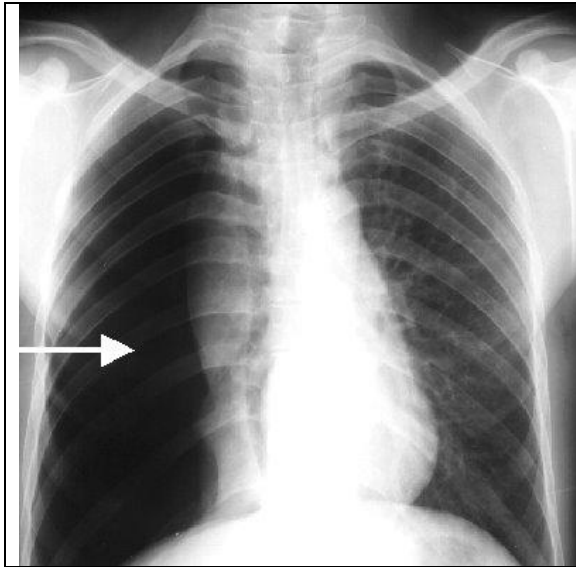
+ Hít vào gắng sức.

+ Thở ra gắng sức, đặc biệt hữu ích để phát hiện tràn khí màng phổi lượng ít và theo dõi diễn tiến (xem phổi nở hoàn toàn chưa).

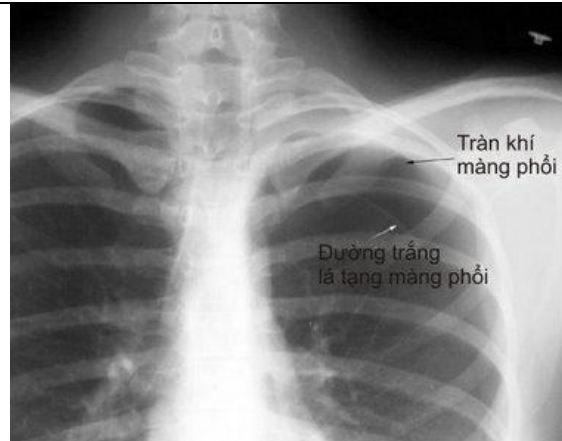
- Kết quả: Nếu có tràn khí màng phổi: hình ảnh tăng sáng (hyperclarté) chiếm một phần hay toàn thể nửa ngực, không có hình ảnh mạch máu ở phần phổi tăng sáng do tràn khí màng phổi.

**a. Trần khí màng phổi toàn phần lượng nhiều (hình 3a):**

- Tăng sáng ở đỉnh và ngoại biên, không có mạch máu ở phần phổi tăng sáng do tràn khí màng phổi.
- Phổi xẹp và co về rốn phổi.
- Trung thất không dời chỗ.



Hình 3a: Trần khí màng phổi phải lượng nhiều. Phổi phải xẹp hoàn toàn. Trung thất hơi bị đẩy sang phía đối diện



Hình 3b: Trần khí màng phổi trái lượng ít với hình ảnh đường trắng của lá tạng màng phổi. Ở bên ngoài đường trắng, không thấy hình ảnh dấu ấn của phổi.

**b. Trần khí màng phổi toàn phần lượng ít (hình 3b):** Dễ bỏ qua, nên chụp ở tư thế thở ra gắng sức.

Trần khí màng phổi toàn phần gây nghẹt thở:

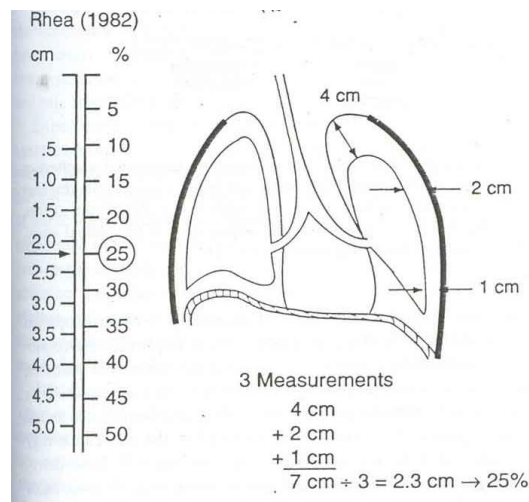
- + Tăng sáng chiếm hết nửa ngực.
- + Phổi xẹp co về rốn.
- + Trung thất lệch về bên kia.
- + Cơ hoành lộn ngược.
- + Khoảng liên sườn giãn rộng.

**c. Trần khí màng phổi khu trú:** Nếu chẩn đoán hội chứng tràn khí màng phổi tự do lượng lớn thường rõ ràng, để chẩn đoán bằng lâm sàng cũng như chẩn đoán bằng X quang; Thì trái lại, hội chứng tràn khí màng phổi cục bộ rất kín đáo, ít khi chẩn đoán được bằng lâm sàng vì:

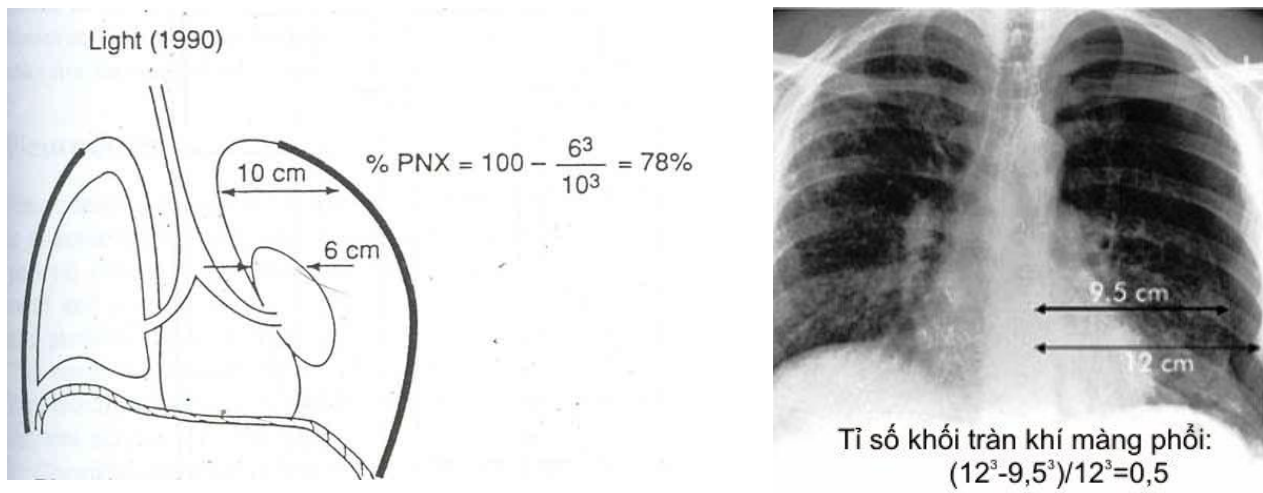
- Về chức năng: Người bệnh không khó thở chỉ hơi đau ngực.
- Về thực thể: Hội chứng tràn khí khu trú ở một vùng nhỏ cho nên rất khó phát hiện.

Chẩn đoán tràn khí màng phổi cục bộ thường là một phát hiện của X quang: thấy một hình hơi ở rìa phổi giữa nhu mô phổi và lồng ngực.

Thể tích tràn khí màng phổi (TKMP) được tính theo cách thức của Rhea (hình 4) hoặc của Light (hình 5).



Hình 4: Phương pháp tính thể tích TKMP theo Rhea



Hình 5: Phương pháp tính thể tích TKMP theo Light

Thể tích TKMP < 20% thể tích lồng ngực: TKMP lượng ít.

Thể tích TKMP ≥ 20% thể tích lồng ngực: TKMP lượng nhiều.

Theo American College of Chest Physicians (2001), khi khoảng cách từ mặt trong lồng ngực vùng đỉnh phổi đến đỉnh vùng phổi co lại do tràn khí màng phổi < 3 cm, ta gọi là TKMP lượng ít. Khi khoảng cách này > 3 cm, ta gọi là TKMP lượng nhiều.

Đường kính trong của Chest tube theo Argyle:

20F = 4,72 mm; 24F = 5,87 mm; 28F = 6,88 mm; 32F = 7,95 mm; 36F = 9,09 mm

#### 5.4. CT scan:

CT scan là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán tổn thương (nguyên nhân).

Khi chụp CT với thuốc cản quang trong lồng ngực, khả năng thấy bóng khí là 80-90%.

CT có khả năng chẩn đoán phân biệt giữa tràn khí màng phổi thể khu trú và kén khí lớn bằng hình ảnh “bờ đôi”.

#### 5.5. Triệu chứng áp lực kè:

Cần phải biết để phân biệt hội chứng tràn khí màng phổi. Ta thường đo áp lực không khí trong ổ màng phổi bằng máy Kuss, có 3 trường hợp xảy ra:

a. Áp lực tràn khí màng phổi bằng áp lực khí trời: Đó là tràn khí mà phổi mở, vẫn còn lỗ thông giữa màng phổi với không khí bên ngoài.

b. Áp lực tràn khí màng phổi thấp hơn áp lực khí trời: Đó là tràn khí màng phổi đóng chỗ thủng đã được gắn lại, không khí không vào thêm được nữa. Loại này tiên lượng tốt.

c. Áp lực tràn khí màng phổi cao hơn áp lực khí trời: Không khí vào ổ màng phổi được, nhưng không ra được nên thể tích không khí càng ngày càng tăng, làm cho người bệnh càng khó thở, đó là tràn khí màng phổi có van, loại này rất nặng, thường thì người bệnh chết ngay vì ngạt thở và sốc.

Nếu không có máy Kuss ta có thể dùng ống bơm tiêm:

- Nếu pittông (Piston) đứng yên: Tràn khí màng phổi mở.
- Nếu pittông (Piston) bị hút vào: Tràn khí màng phổi đóng.
- Nếu pittông (Piston) bị đẩy ra: Tràn khí màng phổi có van.

Tràn khí màng phổi áp lực là tình trạng khí hiện diện trong khoang màng phổi dưới áp lực. Triệu chứng của tràn khí màng phổi áp lực thể hiện bằng hai hội chứng: Hội chứng suy hô hấp cấp và hội chứng suy tim cấp. Tiên lượng của tràn khí màng phổi áp lực; Vì thế, kém hơn nhiều so với tràn khí màng phổi không áp lực (tràn khí màng phổi đơn giản). Chấn thương ngực và các thủ thuật điều trị là các nguyên nhân chính của tràn khí màng phổi áp lực. Tràn khí màng phổi áp lực cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân bị tràn khí màng phổi tự phát.

#### 6. Biện chứng của tràn khí màng phổi tự phát:

- ✓ Suy hô hấp cấp.
- ✓ Ngưng tim ngưng thở.
- ✓ Tràn máu - tràn khí màng phổi.
- ✓ Dò phế quản - màng phổi.

Nguy cơ tràn khí tái phát sẽ cao hơn nếu:

- ✓ BN bị tràn khí màng phổi tự phát thứ phát.
- ✓ BN có thể tạng cao hay gầy.
- ✓ BN còn trẻ tuổi.
- ✓ BN đã có hơn một lần tràn khí trước đó. Nguy cơ tràn khí tái phát sẽ càng cao nếu số lần tràn khí trước đó càng nhiều.
- ✓ BN được làm dính màng phổi có nguy cơ tràn khí tái phát thấp hơn BN được dẫn lưu màng phổi đơn thuần.
- ✓ Bóng khí hiện diện trên CT ngực không là yếu tố làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi tái phát.

#### 7. Điều trị tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát:

##### 7.1. Điều trị ban đầu:

##### 7.1.1. BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng ít:

Theo dõi BN trong phòng cấp cứu 3-6 giờ. Chụp một phim ngực thứ hai. Nếu tràn khí màng phổi không nặng thêm, cho BN xuất viện. Hẹn BN tái khám sau 12 giờ đến 2 ngày. Khi tái khám cho BN chụp một phim ngực thứ ba. Trong hầu hết các trường hợp, phổi sẽ nở hoàn toàn trong vòng 10 ngày.

Cho BN nhập viện nếu BN ở xa cơ sở y tế.

##### 7.1.2. BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng nhiều:

Tất cả BN phải được nhập viện.

Thực hiện các thủ thuật để làm cho phổi nở ra. Các thủ thuật có thể là chọc hút khí khoang màng phổi bằng catheter hay dẫn lưu khoang màng phổi bằng ống. Chọc bằng catheter thường được chọn lựa cho tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát.

Catheter hay ống dẫn lưu có thể gắn vào van Heimlich (hình 6) hay hệ thống bình kín (water-sealed drain system). Lưu catheter hay ống dẫn lưu cho đến khi phổi nở hoàn toàn.



Hình 6: Van Heimlich. Cơ chế hoạt động của van Heimlich: Chỉ cho luồng khí đi theo một chiều, nhờ vào tác dụng như một van của lá cao su hai lớp.

### **Chọc hút khí khoang màng phổi:**

- ✓ Chỉ định:
  - Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát
  - Tràn khí màng phổi áp lực.
- ✓ Chống chỉ định (tương đối):
  - Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát.
  - Tràn khí màng phổi chấn thương không áp lực.
- ✓ Kỹ thuật:
  - Đặt BN ở tư thế Fowler.
  - Đặt monitor theo dõi tình trạng tim mạch và SpO<sub>2</sub> liên tục.
  - Đánh dấu vị trí đâm kim: Khoang liên sườn 2 (hay 3) đường trung đòn, hoặc khoang liên sườn 4 (hay 5) đường nách giữa, ở bờ trên xương sườn dưới.
  - Sát vùng vùng mổ.
  - Gây tê tại chỗ.
  - Lắp kim lùn khẩu kính 14-16 gauge vào syringe 5 mL.
  - Đâm kim vào vị trí đã đánh dấu, đẩy nhẹ kim vào khoang màng phổi theo hướng chéo xuống dưới trong khi hút nhẹ syringe.
  - Khi lực hút trên syringe giảm đột ngột, rút nòng trong, tiếp tục luồn vỏ ngoài (catheter) vào, lắp chuỗi catheter vào dây dẫn. Đầu dây dẫn có chạc ba gắn với một ống chích 60 mL..
  - Hút khí cho đến khi hút không ra gì (ngưng hút khi gặp kháng lực, BN ho, khí hút ra >1500 mL). Đóng chạc ba và cố định catheter vào thành ngực.

### **Đặt dẫn lưu khoang màng phổi:**

- ✓ Chỉ định:
  - Tràn khí màng phổi
  - Tràn máu màng phổi
  - Tràn dịch màng phổi

- ✓ Chống chỉ định: Khi cần mở ngực khẩn cấp.
- ✓ Kỹ thuật:
  - Đặt BN ở tư thế Fowler, tay cùng bên đưa lên trên đầu.
  - Đặt monitor theo dõi tình trạng tim mạch và SpO<sub>2</sub> liên tục.
  - Đánh dấu vị trí đâm kim: Khoảng liên sườn 4 (hay 5) đường nách trước hay nách giữa, ở bờ trên xương sườn dưới.
  - Sát trùng, trải khăn mổ.
  - Gây tê tại chỗ, từng lớp một cho đến lá thành màng phổi.
  - Rạch da song song với bờ trên xương sườn dưới, rạch lớp mỡ và lớp cân.
  - Dùng kẹp mạch máu tách các lớp cơ thành ngực. Khi vào khoang màng phổi, mở kẹp để làm rộng lỗ vào khoang màng phổi.
  - Cho một ngón tay vào để tiếp tục nong rộng lỗ và “quét” khoang màng phổi, đồng thời đẩy phổi ra khỏi thành ngực.
  - Dùng kẹp mạch máu cong kẹp đầu ống dẫn lưu màng phổi, đưa vào khoang màng phổi theo hướng ra sau và lên trên.
  - Đảm bảo lỗ cuối cùng trên ống dẫn lưu màng phổi phải nằm trong khoang màng phổi.
  - Nối ống dẫn lưu màng phổi vào hệ thống bình kín.
  - Quan sát cột nước dao động trong bình kín, dấu hiệu chứng tỏ đầu ống nằm trong khoang màng phổi.
  - Khâu vết mổ, cố định ống dẫn lưu. Có thể khâu mũi chỉ “chờ”.

Sau 6 giờ, chụp X-quang ngực kiểm tra. Nếu phổi không nở tốt và BN đã được đặt dẫn lưu màng phổi, hút ống dẫn lưu qua hệ thống bình kín. Những BN được chọc hút khí phải được chuyển qua đặt ống dẫn lưu. Theo dõi sát BN 15-30 phút sau khi bắt đầu hút. Việc hút ống dẫn lưu có thể gây ra biến chứng phù phổi do phổi tái dẫn nở (re-expansion pulmonary edema).

Nếu phổi nở sớm, những BN không muốn nhập viện có thể được cho về nhà với catheter được lưu lại trên thành ngực và gắn vào van Heimlich. Hẹn BN tái khám trong vòng 2 ngày.

#### **7.1.3. BN không ổn định, tràn khí màng phổi lượng nhiều:**

Dẫn lưu khoang màng phổi bằng ống và nối với hệ thống bình kín là phương pháp được chọn lựa.

Ống dẫn lưu thường được chọn với kích thước 16-22F.

Ống dẫn lưu to hơn (24-28F) được chỉ định khi:

- ✓ Nghi ngờ có dò phế quản - màng phổi.
- ✓ BN có thể phải được thông khí nhân tạo với áp lực dương.

Sau 6 giờ, chụp X-quang ngực kiểm tra. Nếu phổi không nở tốt, hút ống dẫn lưu qua hệ thống bình kín.

#### **7.1.4. Rút ống dẫn lưu:**

Quá trình rút ống dẫn lưu được thực hiện theo từng giai đoạn:

- ✓ Trước hết phải xác định (bằng X-quang) rằng phổi đã nở hoàn toàn và trên lâm sàng không còn dò khí.
- ✓ Ngưng hút ống dẫn lưu.

- ✓ Có thể kẹp ống dẫn lưu trong vòng 4 giờ hay không kẹp.
- ✓ Dù cho kẹp hay không kẹp ống dẫn lưu, phải chụp một phim ngực thẳng nữa, trong vòng 5-12 giờ kể từ thời điểm ghi nhận hết dò khí, để khẳng định không có tràn khí màng phổi tái phát.
- ✓ Rút ống dẫn lưu.

## 7.2. Điều trị tràn khí màng phổi kéo dài:

Tràn khí màng phổi kéo dài quá 4 ngày được cân nhắc điều trị bằng phẫu thuật (hay làm dính màng phổi).

Phẫu thuật qua nội soi lồng ngực được ưu tiên lựa chọn trước phẫu thuật mở ngực nhỏ.

Chỉ cân nhắc đến làm dính màng phổi, bằng các tác nhân gây xơ hoá được bơm qua ống dẫn lưu, khi BN có chống chỉ định hay từ chối phẫu thuật. Nếu có chỉ định làm dính, Doxycycline và bột talc là hai tác nhân được ưu tiên lựa chọn trước.

Nội dung phẫu thuật nội soi:

- ✓ Trước khi phẫu thuật nên làm CT để đánh giá tổn thương gây tràn khí và các tổn thương phổi hợp.
- ✓ Phương pháp vô cảm: Mê toàn thân với nội khí quản hai nòng.
- ✓ BN nằm nghiêng, gối độn dưới nách để không làm tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.
- ✓ Đặt trocar: Trocar cho ống soi ở khoang liên sườn 6 đường nách giữa. Hai trocar 10 mm và 5 mm ở khoang liên sườn 3 (hoặc 4) đường nách trước và sau. Phẫu thuật có thể được tiến hành mà không cần camera.
- ✓ Kỹ thuật phẫu thuật:
  - Nếu tìm thấy bóng khí: Cắt bóng khí.
  - Nếu không tìm thấy bóng khí: Bơm dung dịch NaCl 0,9% lên bề mặt phổi trong khi phổi được bơm bóng cho nở ra để phát hiện chỗ xì khí trên bề mặt nhu mô phổi.
  - Kỹ thuật cắt bóng khí (Bullectomy):
    - ▲ Tốt nhất là kẹp cắt bằng stapler.
    - ▲ Các kỹ thuật khác có thể chấp nhận được: Đốt điện, đốt laser, khâu bằng tay, ...
  - Làm dính màng phổi là bước được thực hiện tiếp theo ở hầu hết các BN. Màng phổi được làm dính trong lúc phẫu thuật bằng cách:
    - ▲ Chà xát lá thành màng phổi ở ½ trên lồng ngực.
    - ▲ Cắt lá thành màng phổi ở ½ trên lồng ngực.
  - Dẫn lưu kín xoang màng phổi trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật.

## 7.3. Phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát:

Phẫu thuật qua nội soi lồng ngực là phương pháp phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát được lựa chọn. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật qua nội soi là 95-100%.

Phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát bằng làm dính màng phổi khi BN có chống chỉ định hay từ chối phẫu thuật. Tỷ lệ thành công của làm dính màng phổi 78-91%. Làm dính màng phổi phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát ít khi được chỉ định cho tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát, đặc biệt là những BN còn trẻ tuổi.



Chỉ định:

- ✓ Hầu hết BN (85%) chỉ được đặt vấn đề phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát khi bị tràn khí màng phổi lần thứ nhì.
- ✓ 15% BN còn lại có chỉ định điều trị phòng ngừa sau lần bị tràn khí màng phổi đầu tiên. Các BN này là:
  - Những BN mà hoạt động và việc làm đặt họ vào tình thế có nguy cơ tràn khí màng phổi tái phát cao (thợ lặn, phi công).
  - Những BN sống ở xa cơ sở y tế.

## **8. Điều trị tràn khí màng phổi tự phát thứ phát:**

### **8.1. Điều trị ban đầu:**

#### **8.1.1. BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng ít:**

Tất cả BN bị tràn khí màng phổi tự phát thứ phát nên được nhập viện. BN có thể được theo dõi hay đặt ống dẫn lưu (ít được chọn lựa hơn).

#### **8.1.2. BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng nhiều:**

Đặt ống dẫn lưu là phương pháp điều trị được chọn lựa cho tràn khí màng phổi tự phát thứ phát lượng nhiều, ngay cả khi BN ổn định. Ống dẫn lưu được chọn thường có kích thước 16-22 F và được nối vào hệ thống bình kín. Van Heimlich ít được sử dụng trong tràn khí màng phổi tự phát thứ phát.

#### **8.1.3. BN không ổn định, tràn khí màng phổi lượng bất kỳ:**

Đặt ống dẫn lưu được chỉ định cho tất cả các trường hợp tràn khí màng phổi tự phát thứ phát lượng bất kỳ mà tình trạng BN không ổn định.

Ống dẫn lưu kích thước 22-28 F. Không cần thiết phải đặt ống có kích thước to hơn.

#### **8.1.4. Rút ống dẫn lưu:**

Quá trình rút ống dẫn lưu được thực hiện theo từng giai đoạn:

- ✓ Trước hết phải xác định, bằng X-quang, rằng phổi đã nở hoàn toàn và trên lâm sàng không còn dò khí.
- ✓ Ngưng hút ống dẫn lưu.
- ✓ Có thể kẹp ống dẫn lưu trong vòng 5-12 giờ hay không kẹp.
- ✓ Dù cho kẹp hay không kẹp ống dẫn lưu, phải chụp một phim ngực thẳng nữa, trong vòng 12-23 giờ kể từ thời điểm ghi nhận hết dò khí, để khẳng định không có tràn khí màng phổi tái phát.
- ✓ Rút ống dẫn lưu.

### **8.2. Điều trị tràn khí màng phổi kéo dài:**

Có thể chờ đến 5-10 ngày trước khi thuyết phục BN chấp nhận cuộc phẫu thuật.

Thời gian hút ống dẫn lưu càng kéo dài, khả năng thành công của cuộc phẫu thuật càng giảm.

Đối với những BN không chấp nhận hay không đủ sức chịu đựng cuộc phẫu thuật, làm dính màng phổi bằng các tác nhân gây xơ hoá màng phổi cũng là một chọn lựa tốt.

Phương pháp bít lỗ dò phế quản-màng phổi qua nội soi phế quản chưa được chấp nhận rộng rãi.

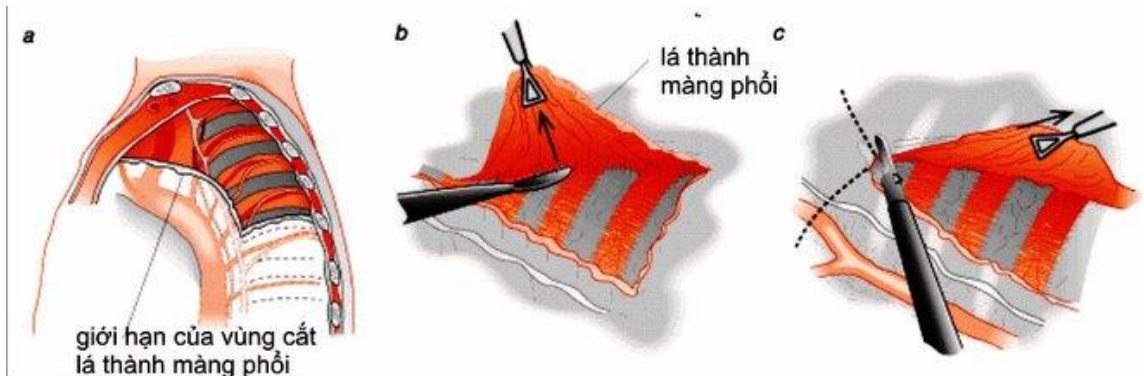
### **8.3. Phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát:**

Hầu hết BN (81%) được đặt vấn đề phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát ngay sau khi bị tràn khí màng phổi lần thứ nhất, đặc biệt là những BN có chức năng hô hấp kém, do nếu bị tràn khí màng phổi lần hai, BN có thể có nguy cơ tử vong.

Những BN có chức năng hô hấp còn tương đối tốt và không muốn thực hiện các biện pháp phòng ngừa có thể được theo dõi tiếp tục.

Phẫu thuật qua nội soi lồng ngực là phương pháp được lựa chọn trước phương pháp làm dính màng phổi vì có tỉ lệ tái phát thấp hơn.

Nội dung phẫu thuật: Cắt bóng khí sau đó làm dính màng phổi (chà xát hay cắt lá thành màng phổi ½ trên lồng ngực) (hình 7).



Hình 7: Thủ thuật cắt lá thành màng phổi để làm dính màng phổi.

Nếu làm dính màng phổi, bột talc và Doxycycline được chỉ định nhiều nhất, Minocycline có thể được chỉ định.

9. Tràn khí màng phổi do chấn thương: Có thể là hậu quả của chấn thương xuyên thấu hoặc không xuyên thấu ngực. Đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi nên làm trong tràn khí màng phổi do chấn thương. Nếu có thêm tràn máu màng phổi, nên đặt một ống dẫn lưu ở phần trên cao của lồng ngực để tháo khí, một ống dẫn lưu nên đặt ở phần dưới của lồng ngực để dẫn lưu máu. Tràn khí màng phổi do thầy thuốc gây ra cũng gặp ngày một nhiều hơn, nguyên nhân là do dùng kim sinh thiết phổi xuyên thành ngực, đặt catheter tĩnh mạch trung ương, ...