

# THLS TDMP - BS.HỒ LAM

Dữ liệu lâm sàng: Bệnh nhân nam 25 tuổi, nhập viện đau ngực, bệnh 14 ngày, đau ngực trái tăng khi hít sâu, mức độ vừa, kèm sốt 38-39 độ chủ yếu chiều tối, ăn chán, ho khan tăng khi nằm

TC: Chưa ghi nhận bệnh lý trước đây, làm nghề giao hàng, sống tại TPHCM

Tình trạng NV, M: 114l/ phút, HA : 120/60mmHg, NT: 25 l/p, SpO2: 97 % khí trời, NĐ: 37 độ

Khám 3 giảm 1/2 phổi trái

KQ XN

Dịch màng phổi

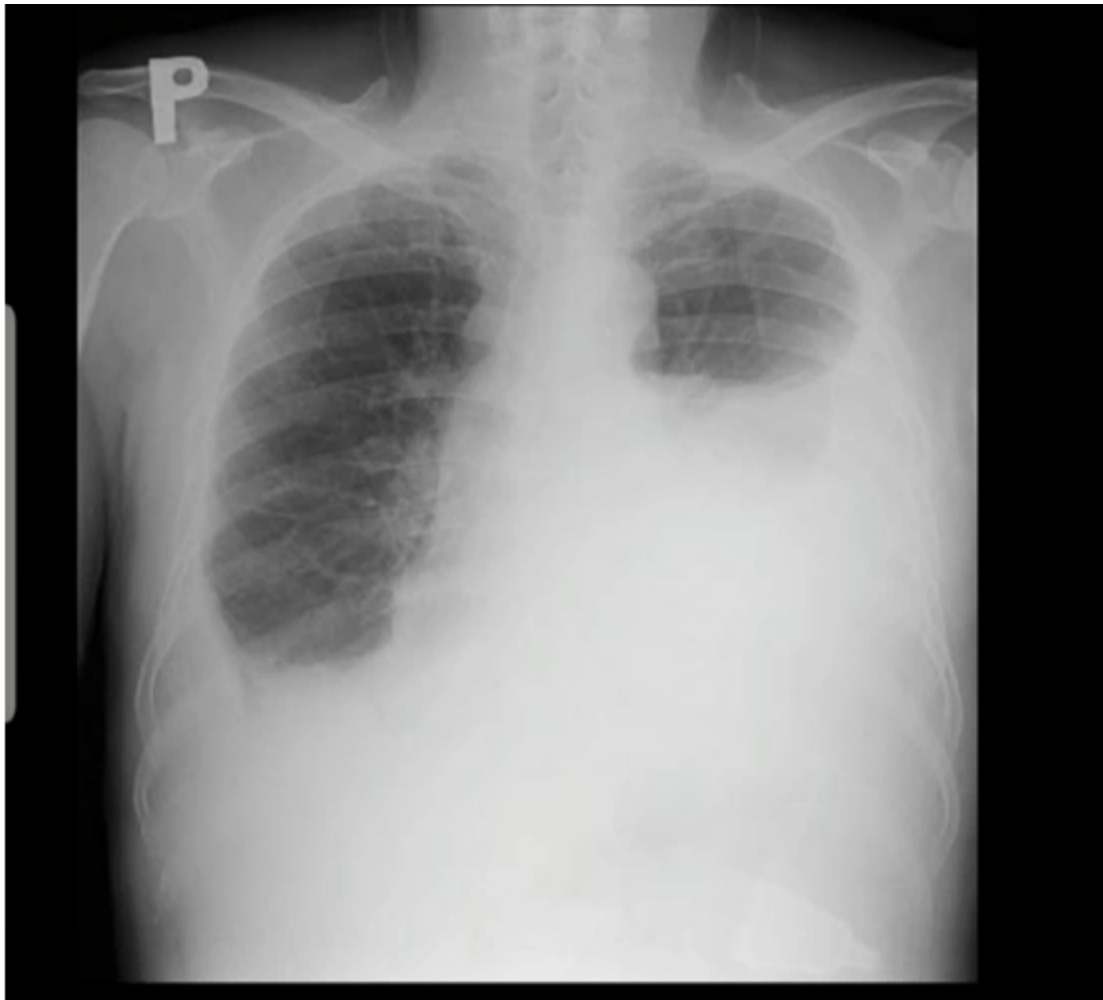
I

ADA	50.4	U/L
pH		
Protein	50.5	G/L
LDH	525.7	U/L
Glucose	4.66	mmol/dl
Màu sắc-độ đục	Màu vàng,đục+++	
Bạch cầu	1765	
Đa nhân	0.5	
Đơn nhân	99.5	
Tế bào khác	0.0	

XN MÁU: các chỉ số XN thường quy, đông cầm máu, trong giới hạn bình thường

XQ PHỔI





### Câu hỏi thảo luận

1. Khi nào cần chọc dò màng phổi?
2. Chọc dò màng phổi nhằm mục đích gì? Đọc kết quả dịch?
3. Cần xét nghiệm gì để giúp chẩn đoán xác định?

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Các vấn đề mà SV đặt ra:

- HC 3 giảm – Đau ngực kiểu màng phổi
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Hội chứng nhiễm lao chung

Phải hiểu được mục tiêu của ĐVĐ: phải bao quát tất cả vấn đề của bn để tiến tới chẩn đoán đầy đủ. Nếu gom được hội chứng thì rất là tốt vì nó định hướng cho mình cái chẩn đoán.

- Đặt đau ngực kiểu màng phổi có bạn nói là triệu chứng trong hội chứng ba giảm, mình sẽ thấy nó sẽ gây ra triệu chứng đau ngực kiểu màng phổi. HC ba giảm bao gồm rồi thì cái đó chỉ là triệu chứng đi kèm. Muốn điều trị thì chỉ là điều trị hỗ trợ, ko phải điều trị chính yếu. Ko nhất định phải để đau ngực kiểu màng phổi bên cạnh hội chứng ba giảm, nó ko dẫn đến 1 nguyên nhân khác nên ko cần phải đặt.
- HC đáp ứng viêm toàn thân hay HC nhiễm lao chung. Ở đây mình có nhiều cách tiếp cận. Nếu đặt 1 triệu chứng thành vấn đề thì chẩn đoán rất là rộng. Hẹp hơn xít đặt HC đáp ứng viêm toàn thân, viêm nhiễm trùng hay ko nhiễm trùng, tiến tới nữa là HC nhiễm lao chung, theo nhiều hướng thì nó sẽ khu trú lại vấn đề. Nếu đặt HC nhiễm lao chung thì đầy đủ rồi. HC đáp ứng viêm toàn thân ko đủ. Đặt sốt là 1 vấn đề thì nó sẽ bỏ sót các vấn đề còn lại, ko mô tả được hết các đặc điểm triệu chứng mình khai thác. Tối ưu nhất là HC nhiễm lao chung. Khi đặt thì mình sẽ khu trú vấn đề và mình có thể bỏ sót. Đi tới cụ thể hóa thì đi kèm với việc có thể nó sẽ bỏ sót những vấn đề còn lại. Nếu mình tự tin LS vậy thì tiếp cận theo HC nhiễm lao chung luôn. Nó cũng là 1 cách để tiếp cận nhanh cái chẩn đoán cho bn.

**Hỏi:** HC nhiễm lao chung giống hc cận ung, cũng có sốt, sụt cân, chán ăn, đặt HC nhiễm lao chung vậy có bỏ qua nguyên nhân ác tính.

**Anh:** Như t nói khi mình càng khu trú thì mình có thể bỏ sót chẩn đoán khác. Nhưng mình có 2 vấn đề lộn, HC nhiễm lao chung và HC ba giảm. Thì nếu sợ bỏ sót u hay K chẳng hạn, nó gây ra hc 3 giảm được không? Vẫn được ha. Do đó mình sẽ biện luận theo hướng đó nếu mà sợ vấn đề đó. Nhưng mà khi mình nhìn nhận cái vấn đề HC 3 giảm đi kèm vs HC nhiễm lao chung thì cái vấn đề chẩn đoán của bạn nó sẽ rõ ràng hơn và đặt chẩn đoán nó sẽ rõ ràng hơn. Đặt HC đáp ứng viêm toàn thân thì khi chẩn đoán nó sẽ rất là mù mờ, có thể viêm, có thể không viêm v.v, và ko có nổi trội lên cho 1 cái chẩn đoán sơ bộ và những cái chẩn đoán phân biệt khác.

**Vậy các vấn đề được đặt ra:**

- **Hội chứng 3 giảm**
- **Hội chứng nhiễm lao chung**

## **CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán của SV:

- CĐSB: TDMP lượng trung bình nghi do lao chưa biến chứng.
- CĐPB: TDMP trung bình nghi do K chưa biến chứng

## TDMP cận viêm chưa biến chứng

**Chẩn đoán LS thì tôi khuyến cáo nên đưa ra chỉ là TDMP lượng nhiều hay lượng ít thôi.** Nếu chẩn đoán TDMP lượng nhiều, dựa trên cái LS mình khám thấy hc 3 giảm và có tình trạng khó thở đi kèm. Ngược lại thì TDMP mình không ko phân mức độ. Để mình phân biệt trường hợp là gì, ca này nếu mà thực sự có TDMP thì tui cần có 1 cái can thiệp điều trị đối với dịch đó là chọc tháo dịch. Còn trường hợp còn lại ko có khó thở thì tôi chỉ tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân. Rồi khi đó khi bạn có CLS là XQ hay gì đó, bạn có thể **chẩn đoán cái mức độ TDMP dựa trên XQ** giống như bài lý thuyết mình đã có. Khi dựa trên LS mà bạn kết luận TDMP lượng trung bình nó ko có ý nghĩa gì tới việc thay đổi xử trí, điều trị của bạn, cái thứ 2 nữa là dựa trên khám LS thì nó sẽ có sự sai số trong cái việc khám của mình rất nhiều.

**Vấn đề 3 là biến chứng:** Chẩn đoán em có nói chưa biến chứng. Biến chứng của TDMP là gì? Sinh viên trả lời là SHH. Anh: Tức là có khó thở hay không thôi. Rồi nhiều khi bn có SpO2 chưa đến mức SHH nhưng bn đã khó thở rồi thì nó nằm trong vấn đề là TDMP lượng nhiều hay không. Do đó nếu mà có SHH thì mình nói là có SHH đi kèm, còn nếu ko có thì thôi bỏ cái phần chưa có biến chứng gì.

**Chẩn đoán đầy đủ: TDMP bên trái/phải [lượng nhiều nếu có (lượng nhiều gây khó thở)] [SHH nếu có] nghĩ do**

Nó sẽ bao gồm được 2 ý:

1. 1 là TDMP lượng nhiều gây nên tình trạng khó thở, có thể gây SHH, có thể khó thở ko đến mức gây SHH nhưng mà
2. Có những trường hợp bn TDMP ko lượng nhiều nhưng mà do chức năng phổi của bn *biên độ [ko nghe rõ: 42'32s]* thấp nên nó có vấn đề là nó ức chế cái hô hấp khiến bn SHH đi kèm. Thì trong trường hợp đó mình cũng có chỉ định để chọc tháo DMP cho bn.

**Nguyên nhân:** 3 nguyên nhân nêu ra ở đây là lao MP, TDMP cận viêm, do K.

Chẩn đoán TDMP cận viêm khi: xuất phát ban đầu phải là bệnh cảnh của viêm phổi, sau đó bn có những biểu hiện LS của TDMP ví dụ bn đau ngực kiểu màng phổi, khám thấy 3 giảm, v.v, thì mình với nghĩ đến vấn đề TDMP cận viêm tại nó là hậu quả, là diễn tiến tiếp theo của vấn đề viêm phổi, nên bệnh cảnh đầu tiên của bệnh phải nói là bn phải có viêm phổi. Ca này ko nghĩ viêm phổi do: ko có ho khạc đàm, phổi ko ran nên ko nghĩ. **[Trong những dấu hiệu này ho đàm là quan trọng nhất].**

Tại sao bn trong TDMP lại ho: SV trả lời: lúc bn di chuyển thì dịch di chuyển nó kích thích màng phổi làm cho bn ho. Anh: Đúng rồi, mà triệu chứng trong trường hợp này

mô tả là ho khan tăng khi nằm. Mình nói là gì, dịch di chuyển bn ho mà, đâu phải ho tăng khi nằm đâu, đâu phải khó thở tăng khi nằm đâu. Phải hỏi 1 câu ngược lại, có thể khi bạn khai thác LS, bạn hỏi bác nằm xuống có ho ko, bác bảo nằm xuống tôi ho nhiều mà quên hỏi bác ngồi dậy có ho ko. Nếu mình biết cơ chế là TDMP di chuyển cái dịch đó gây ho thì câu trả lời của người ta là ngồi dậy cũng ho. Đó là vấn đề về khai thác bệnh sử. Lưu ý chỗ đó ha. bn ho khan do kích thích màng phổi trong tràn dịch màng phổi. Ca này ho khan khi nằm, là vấn đề khai thác bệnh sử.

### **ĐỀ NGHỊ CLS:**

XQ phổi:

- Tư thế đứng (SV lý giải là nằm thì dịch tràn ra chứ nó không như vậy, nên ca này đứng, Anh: OK, 1 đặc điểm, được ha)
- Cường độ tia: Mềm
- Đối xứng
- Đủ sâu hay không: Mốc giải phẫu để đếm hít đủ sâu là cơ hoành. Cơ hoành chạy tới cung sườn số mấy thì đếm tới cung sườn đó để xác định cho bn hít đủ sâu hay không. Ca này ko thấy vòm hoành cả 2 bên nên ko đọc được hít đủ sâu hay không.
- TDMP: SV đọc: Mờ góc sườn hoành bên phải, bên trái mờ 1/3 giữa 1/3 dưới phổi trái phù hợp vs khám LS của bn là bn có đau ngực trái và có hc 3 giảm bên trái.

### **TRẢ LỜI CÂU HỎI:**

**Khi nào cần chọc dò màng phổi:**

**SV trả lời:** Hầu hết tất cả các bn TDMP mà mới phát hiện thì mình sẽ chọc dịch để chẩn đoán và điều trị, ngoại trừ 1 số trường hợp như là biết chắc chắn nó là do sung huyết hay là TD lượng rất ít do nhiễm siêu vi gì đó thì mình ko có cần phải chọc DMP. Nói lại: Ngoại trừ các trường hợp mà chẩn đoán chắc chắn như là suy tim sung huyết hay là TDMP lượng rất ít do nhiễm siêu vi, chỉ cần chọc dịch là đủ [*Đọc y chang sách tiếp cận chẩn đoán trang 108*] thì mình ko có cần phải chọc dịch, tuy nhiên là nếu mà cái LS của trường hợp đó mà nó xấu đi, trở nên tồi tệ hơn thì lúc đó mình sẽ chọc dịch để mà chẩn đoán.

**Anh:** Bạn đọc cái vấn đề TDMP rất ít mà nghĩ do siêu vi ko cần chọc dịch là lý thuyết mình được nêu hay là em nghĩ (Trong tài liệu bộ môn).

Bạn phát biểu những trường hợp phát hiện DMP lần đầu tiên xuất hiện thì nên chọc dịch hết tất cả. Câu trả lời đó nó chưa hoàn toàn chính xác. Ví dụ ca suy tim,

xơ gan, hoặc là HCTC vô với bạn có thể lần đầu tiên xuất hiện TDMP, nếu theo phát biểu của bạn là chọc dịch, điều đó không chính xác. Câu trả lời chính xác nhất trong trường hợp này theo tui mấy bạn nên trả lời là:

1. Những trường hợp bạn cần xác định cái nguyên nhân, tại vì vấn đề là chọc DMP thì mình cần xác định nguyên nhân.
2. Trường hợp 2 là bạn cần chọc dịch để điều trị cho bệnh nhân tức là chọc dịch giải áp.

Ví dụ ca mà nó suy tim TDMP lượng nhiều cũng gây khó thở cho bn thì trong trường hợp đó mình vẫn có chỉ định chọc dịch, chứ ko phải bất cứ trường hợp suy tim nào mình cũng ko chọc dịch. Suy tim rõ mà dịch ít, ko phải là tôi đang nghĩ là TDMP do suy tim mà tôi bắt buộc phải chọc dịch trong trường hợp đó, mà trong trường hợp đó tôi nghĩ là TDMP này phải tìm nguyên nhân, nếu mà tôi xác định được nguyên nhân rồi tôi *không* [Chữ này không chắc: 1h02'20s] chọc dịch. Do đó câu phát biểu mà chung chung của bạn trường hợp mới nó ko hoàn toàn chính xác.

1. Vấn đề thứ 3 ngoài tìm nguyên nhân và điều trị là dịch nó phải đủ mới chọc, nếu dịch ít quá thì sao chọc được. Tối thiểu **50ml** mới chọc được dịch. Thời xưa SÂ chưa phổ biến, XQ hàng đầu, trong tràn dịch tự do, người ta có làm cái tiêu chuẩn là cho chụp **XQ nằm nghiêng**, dịch trải ngang ra, nếu bề dày > 1cm thì có thể chọc dịch được. Thời đại SÂ ngày nay có thể đánh giá được dịch rất là ít, có thể chọc dưới hướng dẫn của SÂ, nên nói ra một con số cụ thể cái vấn đề mà dịch bao nhiêu chọc được, bao nhiêu ko chọc được thì nó cũng ở mức tương đối thôi.

Quay lại câu này SV phát biểu: Trong trường hợp TDMP nghĩ do siêu vi quá ít thì mình ko cần chọc dịch mà theo dõi (Câu trong sách), cái vấn đề đó ko phải nằm ở chỗ là mình nghĩ do siêu vi mà mình ko chọc dịch mà có thể do dịch quá ít mình ko tiếp cận được, trong trường hợp đó mình sẽ làm 1 việc là theo dõi.

Tóm lại chỉ định chọc DMP là:

1. **Khi cần chẩn đoán nguyên nhân**
2. **Để điều trị: giải quyết cái tình trạng khó thở của bn này**
3. **Lượng dịch sẽ quyết định có chọc được hay không.**

**Chỉ định chọc dịch trong trường hợp này:**

SV: Trường hợp này chọc dịch để chẩn đoán. Anh: Tại sao? SV: chưa gây khó thở nên ko cần chọc điều trị, XQ thấy hơn 1 nửa phổi trái nên đã có thể chọc, chưa xác

định rõ cái nguyên nhân của cái TD này, mới nghĩ do lao thôi nên mình sẽ chọc để chẩn đoán. Anh: OK.

**Vậy trong trường hợp TDMP do suy tim, bệnh cảnh của thận, xơ gan, thì có lúc nào mình phải chọc dịch để chẩn đoán không?**

**SV:** Triệu chứng của suy tim, HCTH nó rõ ràng rồi thì mình có thể ko chọc, có nếu triệu chứng nó mơ hồ, ko nghĩ cái tràn dịch này do những cái bệnh đó thì mình nên chọc, hoặc là mình điều trị cái suy tim hoặc HCTH rồi mà cái triệu chứng TDMP nó ko có giảm theo thì mình nghĩ một cái nguyên nhân khác nào đó thì mình nên chọc.

Anh: OK. Đó là cái lý luận để tiếp cận ha. Mình ko có bằng chứng vàng để liên hệ giữa TDMP với cái nguyên nhân cụ thể trong những bệnh cảnh mà tràn dịch dịch thấm, người ta thường bảo tràn dịch dịch thấm thì việc chọc dịch là xem xét, tràn dịch dịch tiết là phải chọc dịch chẩn đoán tại vì phải xác định nguyên nhân.

Tràn dịch dịch thấm cần xem xét có nghĩa là tùy trường hợp, nếu bạn nghĩ nó có nguyên nhân gì đi kèm thì bạn phải chọc dịch. Ví dụ nó có thể kết hợp 1 cái nguyên nhân khác hoặc là nó có nhiễm trùng chẳng hạn, thì bạn phải chọc dịch trong trường hợp đó, tuy nhiên có những trường hợp tôi nghĩ là chỉ cần điều trị cái vấn đề là bệnh gốc của bn thì cái vấn đề dịch nó sẽ cải thiện thôi thì tôi có thể theo dõi điều trị. Sau điều trị mà dịch ko diễn tiến như mong đợi thì phải nghĩ đến nguyên nhân khác đi kèm. Câu chọc dịch để chẩn đoán nó sẽ có bao hàm những cái ý ví dụ trong trường hợp dịch thấm thì tôi xử trí như thế nào, trong trường hợp tôi nghĩ là dịch tiết thì tôi phải chọc dịch rồi.

**Khi nào nghĩ dịch tiết:** Tràn dịch không đối xứng, bn có đau ngực kiểu màng phổi, bn có sốt, là những trường hợp đó mình phải nghĩ rồi, khám LS thấy bất thường một bên nhiều hơn, nghĩ dịch tiết, phải chọc rồi.

**Phân tích dịch MP:**

- Đọc theo trình tự: đại thể, sinh hóa (dịch tiết do LDH > 2/3 giới hạn trên), tế bào, si ving, cell-block, gpb.
- Trả lời nguyên nhân tương ứng: mỗi bước phân tích đều cho thấy nghĩ tới nguyên nhân gì, kết hợp vs LS nghĩ gì.
- Với vấn đề vậy đã xác định chẩn đoán chưa, đã ra được cái tiêu chuẩn vàng chưa, chưa thì đề nghị gì tiếp theo.

Cụ thể trên ca này:

- Sau bước đọc dịch tiết dịch thấm.
- Sau đó phân tích màu sắc: màu vàng gặp trong lao

- Tế bào: đơn nhân chiếm ưu thế trong bệnh gì
- Tiếp theo là sinh hóa: ADA trong sinh hóa tôi thấy cao > 40 hướng đến lao, kết hợp LS t nghĩ lao, ngoài ra có thể gặp trong trường hợp khác như tràn mủ màng phổi. [Có bạn nói do thấp, anh nói: thấp thì tôi ko chắc, glucose trong TDMP thấp trong thấp], ngoài ra có K lymphoma hay bệnh lý tự miễn có thể gặp ADA > 40. Nhưng mà ADA > 40 hướng tới lao rồi thì xác định chẩn đoán được chưa hay cần làm thêm. ADA cao độ nhạy độ đặc hiệu cao > 90% nhưng ko phải đạt 100% nên vẫn chưa phải là tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán lao.

**Tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán lao nó đòi hỏi:**

- **1 là bạn xác định được về mặt vi trùng là có vi trùng lao.**
- **Cái vấn đề thứ 2 là có bằng chứng về giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán lao như mô bệnh học tôi thấy được cái hình ảnh của cái hoại tử bã đậu có đại bào Langhans**

Thì những cái đó là những cái đặc điểm gọi là tiêu chuẩn vàng cho việc mình xác định cái chẩn đoán lao. Ở đây mình chưa có, mình chỉ có ADA thôi. ADA độ nhạy, độ đặc hiệu nó cao vậy thì nó áp dụng ở 2 trường hợp nó sẽ khác nhau.

- VD ở những nước phương tây tỷ lệ lao rất thấp, làm ra ADA cao, với độ đặc hiệu tương đối cao vậy thì khả năng giúp xác định chẩn đoán rất là tốt.
- Nhưng ở VN tỷ lệ của lao nó là rất phổ biến nên việc áp dụng tiêu chuẩn về độ nhạy, độ đặc hiệu nó sẽ rất là khó nên phải có cái tiêu chuẩn vàng. Thứ 2 nữa là vấn đề điều trị lao nó sẽ sử dụng những cái thuốc, gọi là độc, có nhiều tác dụng phụ nên việc chẩn đoán đòi hỏi phải có tiêu chuẩn vàng, trừ khi là làm hết mọi cách rồi mà mình ko ra được cái chẩn đoán thì mình phải tính tới cái chuyện chấp nhận chẩn đoán và mình thực hiện cái điều trị thử.

Trường hợp này ADA cao vậy vẫn hướng đến lao thì phải nghĩ lao. Trong tất cả cái kết quả này khi mà mình gom lại hết thì mình sẽ hướng đến lao nhưng mà vẫn chưa hoàn thiện là xác định cái chẩn đoán lao của bệnh nhân.

**Câu hỏi là làm gì tiếp theo để giúp chẩn đoán xác định cho bn.**

SV trả lời:

- PCR lao dịch màng phổi [PCR là tên xét nghiệm, lúc nào cũng đi kèm cả mẫu bệnh phẩm là dịch màng phổi]
- Cấy MGIT



- Sinh thiết màng phổi coi hình ảnh nang lao hay là u hạt

Anh:

**Thực tế khi thi hoặc đi làm phải đề nghị luôn tôi sẽ làm PCR lao DMP, tôi sẽ làm cấy lao DMP nếu tôi nghĩ nó hướng về lao.**

- **AFB** đàm nhậy chỉ 30-35%. AFB DMP còn thấp hơn, khoảng 3%, thực tế LS vẫn làm và vài trường hợp vẫn ghi nhận được. Trong khoa tui có 1 ca TDMP tuyến dưới đang dẫn lưu, lấy dịch ra soi AFB dương tính, vẫn có làm nhưng mà cái tỷ lệ mình lệ trông cậy vào kết quả để chẩn đoán ko cao, nhưng mà ra dương là giúp chẩn đoán rồi. Do đó người ta vẫn làm.
- Ngoài ra lấy trong đàm còn lấy trong những cái dịch khác nữa, ví dụ là trong cái dịch dạ dày, dịch rửa phế quản, v.v, hoặc là ngay cả dịch tiết của những cái sang thương ngoài da khi nghĩ tổn thương liên quan đến lao người ta vẫn làm, mình soi AFB bình thường mấy bạn, chứ ko phải chỉ có AFB đàm ko.
- PCR lao trong dịch màng phổi
- Cấy MGIF: đợi chờ kết quả hơi lâu, ko đáp ứng nhu cầu chẩn đoán liền ngay lập tức, như là 1 cái công cụ cần phải xem xét.
- Sinh thiết màng phổi: khi làm những cái kia nó âm tính rồi, mình tiến hành sinh thiết màng phổi giúp chẩn đoán trong cái mô bệnh phẩm, u hạt ha, cái mô hoại tử bã đậu điển hình của lao giúp chẩn đoán lao.

**Bàn luận thêm về kết quả tế bào đơn nhân chiếm ưu thế.**

Kết quả này là từ Gia Định. Ở CR người ta đọc được lympho neutro luôn, còn Gia Định thì trả về như vậy thôi.

- Đa nhân: đa nhân trung tính
- Đơn nhân có thể là lympho hoặc là mono, cái này là cái chung chung, ko phân biệt được là lympho hay là mono.

Ở CR thì đọc cụ thể hơn, ra đủ thành phần, phức tạp hơn, tỉ mỉ hơn. Cơ sở xét nghiệm, bv lớn trả CTM thành phần rõ ràng hơn, phòng khám chỉ đọc tới bạch cầu hạt rồi bạch cầu đơn nhân vậy thôi. Nên khi phân tích dịch chỗ này thì lưu ý tới cái đặc điểm đó nữa.

**Xn máu: trước chọc dịch cần làm CTM đông cầm máu để coi có an toàn cho bn hay không.**

Trên ca này có làm PCR lao dịch màng phổi, ra dương tính. Khi người ta tiếp cận ca này có làm sinh thiết luôn (**PCR + là dừng được rồi**) nhưng mà sinh thiết nó cũng

ra cái mô phù hợp với mô lao.

Tóm lại ca này: chẩn đoán TDMP do lao là phù hợp.

Trong dịch MP còn cell-block nữa. VD nghĩ K thì coi thêm cell-block DMP nữa. Mình chỉ dừng lại ở cái vấn đề TDMP do lao thôi thì trên ca này nếu mà TDMP do lao thì mình sẽ tiến hành điều trị, tham khảo thêm bài của Y6.

Ca này có điểm đặc biệt là TDMP có cả bên phải nữa, nó hơi đặc biệt, thường thì cái ca LS bị lao màng phổi thường bị 1 bên, ca này có cả 2 bên luôn, đó là điều cần lưu ý trong trường hợp này. Mình chỉ đặt vấn đề là mình thấy nó ko phù hợp với cái bệnh cảnh bình thường của bn thôi, ví dụ bạn biết là cái nguyên nhân nhiễm trùng lao thì nó bị lan tỏa trong trường hợp là nó bị nhiễm trùng máu. Nhưng mà trường hợp này vi trùng lao mà nó bị 2 bên luôn thì nó hơi lan tỏa chút xíu. Do đó ca này khi mà bạn điều trị lao bạn cũng phải theo dõi. Điều đó là cái điều mà mình chia sẻ về mặt kinh nghiệm thêm thôi, nó có thể là một đặt điểm ko phù hợp trên ca này, lao 2 bên của màng phổi luôn ha. Do đó khi mà mình điều trị ca này thì mình phải theo dõi coi cái diễn tiến nó có đáp ứng hoàn toàn hay ko, nếu ko có đáp ứng hoàn toàn thì nên coi có lý do khác nào kèm theo hay không. Giống như chia sẻ với bạn là cái vấn đề là lao ví dụ nó bị một cái ổ màng phổi bên đây (bên trái) hoặc là lao màng phổi bên đây (bên phải), ha, còn cái này là nó tràn dịch cả 2 bên luôn vậy thì mình sẽ phải nghĩ đến coi có vấn đề gì đi kèm hay không mặt dù mình đã tìm ra được những cái bằng chứng vàng của cái vấn đề TDMP do lao rồi.

## **GIẢI ĐÁP THẮC MẮC**

Câu hỏi: Có ca suy tim chỉ TDMP mỗi bên phải, em ko biết cái đó là tại sao?

Anh: TDMP trong suy tim thường là 2 bên, nhưng mà nó có trường hợp ko đối xứng. Để gây ra một cái biểu hiện trên LS sẽ có sự tương tác rất nhiều yếu tố, ví dụ việc thành lập dịch trong TDMP dịch thấm trong bệnh cảnh suy tim, mình lý luận theo cơ chế là do tăng P thủy tĩnh, dịch đi vào nhiều hơn dịch hấp thụ làm tích tụ DMP dẫn đến xuất hiện DMP. Tuy nhiên, nhìn theo cái nghĩa rộng hơn nữa, ví dụ dịch tích tụ nó còn phụ thuộc tính liên kết cái mô ở chỗ đó, ví dụ cái màng phổi ở vị trí đó nó bị vấn đề gì đó trước đây, nó là dày dính hay gì đó, thì cái việc tích tụ dịch nó ko có dễ, ngược lại cái chỗ mà nó TDMP nó xuất hiện nó lại dễ hơn thì nó sẽ xuất hiện dễ dàng hơn. Đó là 1 yếu tố tác động. Như kiểu bạn thấy phù phổi đi, do suy tim sung huyết nó bị phù phổi, và thường mình học là nó thường biểu hiện hình cánh bướm nhưng mà có khi nào bạn thấy cánh bướm mà nó đều 2 bên hay không, có trường hợp nó đều, có trường hợp nó ko đều, tại vì nó cũng liên quan tới vấn đề dịch nó thoát ra ngoài mô kẽ và cái mô kẽ đó thì người ta nói là ở chỗ nào lúc đều lúc không

vì nó liên quan đến vấn đề dịch thoát ra ngoài mô kẽ, mô kẽ chỗ nào lỏng lẻo dịch dễ xuất hiện hơn.

TDMP trong bệnh cảnh suy tim nó liên quan đến việc hấp thu dịch và việc thành lập dịch. Thì ngoài cái việc là cái màng phổi chỗ đó nó có bất thường gì không, nó còn liên quan đến vấn đề đó nữa. Ví dụ chỗ nào nó hấp thu tốt thì việc cân bằng giữa thành lập và hấp thu sẽ quyết định chỗ nào xuất hiện dịch.

**Câu hỏi:** Kết quả vàng đông trong dịch màng phổi là sao.

Vàng đông: chọc xong để một xíu bị đông lại, thường nghĩ nó liên quan đến thành phần protein rất nhiều làm DPM để xíu bị đông lại. Đặc biệt khi viêm rất là nhiều, xuất tiết rất là nhiều, protein rất cao thì nó có thể đông lại.