

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I. SINH BỆNH HỌC

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là hiện tượng tích quá mức sinh lý dịch trong khoang màng phổi. Cổ điển người ta chia tràn dịch thành hai loại: *dịch thấm* và *dịch tiết*.

Có 6 cơ chế hõnh thành dịch màng phổi:

- Tăng áp lực tĩnh mạch phổi (suy tim trái)
- Giảm áp lực keo máu (áp lực thẩm thấu) (hội chứng thận hư, xơ gan)
- Tăng tính thấm thành mạch (viêm, ung thư)
- Nghẽn tắc dẫn lưu bạch mạch (u, xơ hóa sau xạ trị)
- Giảm áp lực màng phổi (xẹp phổi)
- Tăng áp ổ bụng làm cho dịch liên thông từ khoang bụng lên màng phổi (qua lỗ Ranvier hay qua hệ thống bạch mạch xuyên cơ hoành: cổ chương, hội chứng Meigs).

1.1. Tràn dịch màng phổi dịch thấm:

Đa số tràn dịch màng phổi dịch thấm là do suy tim và khoảng 50% các trường hợp suy tim sung huyết có biểu hiện trên lâm sàng có kết hợp tràn dịch màng phổi, thông thường là hai bên (Bảng 1).

Bảng 1. Các căn nguyên tràn dịch màng phổi dịch thấm

Bệnh / Tình trạng	Tỷ lệ thường gặp (%)	Nguyên nhân
Suy tim sung huyết	80	Tăng áp lực thủy tĩnh
Xơ gan	8	Giảm protein máu + liên thông màng bụng màng phổi
Hội chứng thận hư	4	Giảm protein máu, quá tải nước tuần hoàn

Các nguyên nhân khác: - <i>Lọc máu định kỳ</i> - <i>Xẹp phổi</i> - <i>Tắc tĩnh mạch chủ trôn</i> ...	8	Tăng áp lực tĩnh mạch phổi, tắc dẫn lưu bạch mạch, thoát mạch do giảm áp lực khoang màng phổi
--	---	---

Bất kỳ một tràn dịch màng phổi dịch thấm mạn tính nào cũng có thể chuyển thành dịch tiết, nhất là khi dùng lợi tiểu kéo dài, với tăng protein ở mức độ vừa phải (tràn dịch màng phổi giả dịch tiết).

1.2. Tràn dịch màng phổi dịch tiết:

Tồn trạng thoát protein vào dịch màng phổi là biểu hiện của tổn thương trên màng phổi. Các tổn thương này có thể là: 1) Bệnh màng phổi do bệnh toàn thân, 2) Lan tới màng phổi do các tổn thương ở các tạng lân cận (phổi, trung thất, bụng), 3) Bệnh lý màng phổi tìen phốt. Mặc dù có rất nhiều nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết nhưng nhìn chung khoảng 50% các trường hợp là do nhiễm trùng. Ung thư phế quản, ung thư vú, là các nguyên nhân gây bệnh ở hàng thứ hai. Tràn dịch màng phổi do lao thông thường là ở người trẻ (< 40 tuổi), chiếm khoảng 0,4% các tràn dịch màng phổi dịch tiết (*Williams & Wilkins*, Mỹ-1995). Tại nước ta, hai nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết thường gặp nhất là do lao và do bệnh ác tính.

II. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

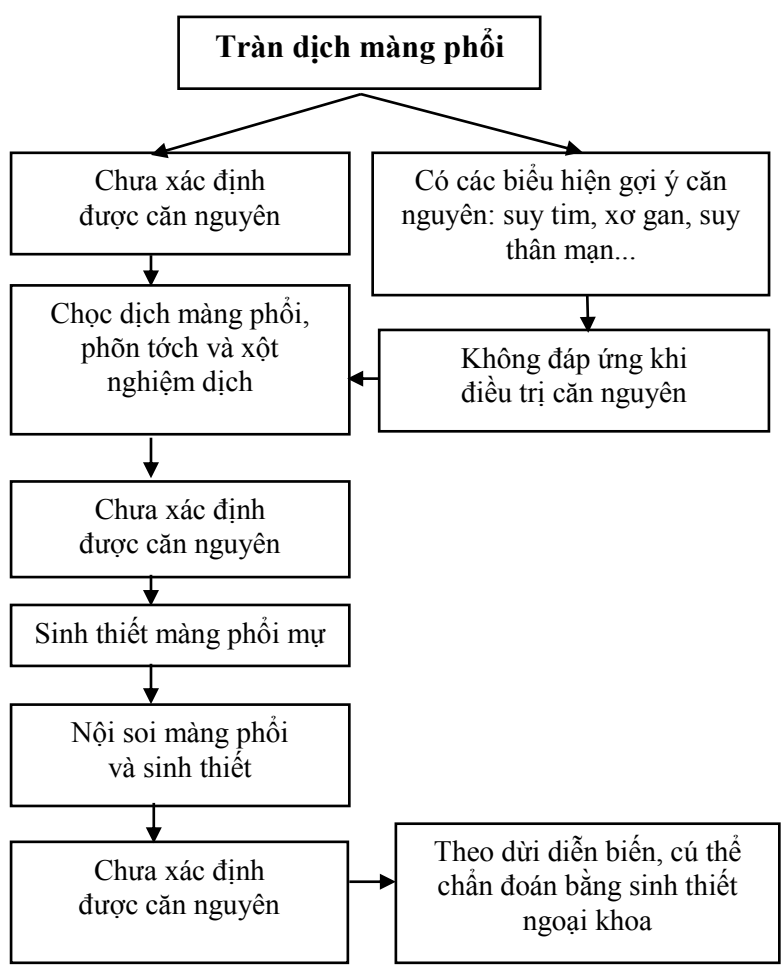
2.1. Các triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng của tràn dịch màng phổi thường là giống nhau. Ho và đau ngực ở khu vực có tràn dịch. Nếu lượng dịch nhiều có thể có triệu chứng chèn ép phổi, tim. Tốc độ xuất hiện dịch nhanh (tràn máu màng phổi, tràn dịch ung thư) dễ tạo ra các triệu chứng chèn ép cấp và khó thở. Triệu chứng thực thể điển hình là hội chứng ba giảm (tiếng thở giảm, rung thanh giảm, gù đục). Cũng cần lưu ý các trường hợp tràn dịch màng phổi mạn tính có thành dày đôi khi tạo ra hội chứng đông đặc dạng co rút.

2.2. Chẩn đoán:

2.2.1. Phân tích dịch:

Chọc dò và phân tích dịch màng phổi là động tác cơ bản để chẩn đoán tràn dịch màng phổi. Cần ghi nhận tính chất đại thể của dịch chọc dò: lượng, màu, độ trong, độ quánh, mùi, kể cả tính chất tái lập sau nhiều lần chọc để có định hướng chẩn đoán.



Sơ đồ 1. Quy trình chẩn đoán tràn dịch màng phổi

Dịch tiết được xác định bằng lượng protein dịch $>30\text{g/l}$ (hoặc protein dịch / protein huyết thanh >0.5), LDH $>200^{\text{UI}}/\text{l}$ (hoặc LDH dịch / LDH huyết thanh >0.6) và cholesterol dịch $>0.6\text{g/l}$ (hoặc cholesterol dịch / cholesterol huyết thanh >0.3).

Phân tích tế bào: Tìm tế bào ung thư là quan trọng nhưng đòi hỏi người đọc tiêu bản phải có kinh nghiệm về tế bào màng phổi có thể chuyển dạng tạo hình ảnh giống ác tính.

Chẩn đoán vi khuẩn học cần thực hiện khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.

2.2.2. Sinh thiết và kỹ thuật nội soi chẩn đoán mô bệnh học:

Các kỹ thuật này chỉ thực hiện khi các bước chẩn đoán trên không có kết quả. Các kỹ thuật này cũng chỉ áp dụng cho tràn dịch màng phổi dịch tiết. Chỉ định sinh thiết màng phổi chủ yếu trong trường hợp nghi ngờ lao và ung thư màng phổi. Nội soi màng phổi ống soi mềm hiện nay là kỹ thuật cho chẩn đoán với độ nhạy cao và chính xác (được xem là tiêu chuẩn vàng) với nhiều loại bệnh lý màng phổi.

2.2.3. Các xét nghiệm hình ảnh:

X quang ngực và siêu âm là hai xét nghiệm hàng đầu trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi. X quang ngực sẽ có hạn chế khi lượng dịch dưới mức 200ml, trong khi siêu âm có thể phát hiện lượng dịch khoảng 100ml. Cần thực hiện X quang ngực nghiêng với các hình ảnh nghi ngờ tràn dịch màng phổi khu trú.

CT scan ngực cũng có giá trị về hình ảnh học giống siêu âm. CT ngực còn cho phép phân tích hình ảnh màng phổi và nhu mô phổi bên dưới lớp dịch mà X quang thườngQUI và siêu âm không làm được. Các kỹ thuật hình ảnh còn cho những gợi ý về nguyên nhân và giai đoạn tiến triển của tràn dịch màng phổi dịch tiết.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Tràn dịch màng phổi dịch thấm:

Các tràn dịch màng phổi dịch thấm thường đáp ứng với điều trị căn nguyên. Thông thường trong bệnh cảnh này điều trị lợi tiểu là cần thiết. Chọc tháo dịch và gây dính màng phổi cũng có thể đặt

ra nhưng hiệu quả kém hơn nhiều so với tràn dịch màng phổi dịch tiết.

3.2. Tràn dịch màng phổi dịch tiết:

3.2.1. *Viêm mũ màng phổi:* xem phần tràn mũ màng phổi.

3.2.2. *Lao màng phổi:*

Là thể lao tiên lượng tốt nhất trong các thể lao. Điều trị hóa chất kháng lao không khác so với điều trị chuẩn. Biến chứng thông thường là dày dính và tạo ổ cận khoang màng phổi. Để hạn chế biến chứng này, cần tháo dịch màng phổi triệt để và sớm. Điều trị corticosteroid toàn thân không ngăn chặn được các biến chứng dày dính và xơ hóa, nhất là khi quá trình xơ hóa đó xảy ra.

3.2.3. *Ung thư màng phổi:*

Chẩn đoán ung thư màng phổi cần có càng sớm càng tốt để có kế hoạch điều trị đặc hiệu. Ung thư màng phổi tiên phát (*mesothelioma*) đáp ứng kém với hóa trị liệu (khoảng dưới 20%). Các biện pháp điều trị tại chỗ với mục đích: tháo dịch màng phổi để chống suy hô hấp, đưa các chất gây dính vào khoang màng phổi để làm chậm quá trình tiết dịch. Khung cú bằng chứng thuyết phục về hiệu quả của điều trị hóa chất tại chỗ.

IV. CÁC TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ĐẶC BIỆT

4.1. Tràn dịch dưỡng chấp (*chylothorax*):

Tràn dịch màng phổi dưỡng chấp là tởnh huống hiếm. Nguyên nhân của tràn dịch dưỡng chấp thông thường do tổn thương ống ngực do ung thư, do chấn thương. Cần nghĩ tới bệnh này khi dịch màng phổi có dạng sữa, đặc và không mùi. Bằng chứng chẩn đoán là xét nghiệm sinh hóa: triglyceride >110mg/dl. Với ngưỡng <50mg /dl thờ loại trừ chẩn đoán. Khi chẩn đoán chắc chắn tràn dưỡng chấp màng phổi thờ bước tiếp theo là xác định căn nguyên mà thông thường là ung thư (chụp CT ngực, nội soi, sinh thiết màng phổi).

Điều trị: Có thể dẫn lưu màng phổi bằng đặt ống dẫn lưu và chế độ ăn giảm mỡ là các điều trị triệu chứng cơ bản. Gây dính màng phổi thường có hiệu quả kém. Có thể giải quyết tràn dịch dưỡng chấp màng phổi bằng tạo shunt màng phổi - màng bụng. Khâu lỗ

thùng của ống ngực là điều trị triệt để. Hiện nay thủ thuật này có thể thực hiện với sự trợ giúp của camera-video.

4.2. Trần máu màng phổi:

Trần mủ màng phổi là tràn dịch dạng máu hoặc máu thực sự. Chấn thương ngực là nguyên nhân chính của tràn máu màng phổi. Đây đều là các tổn thương cấp cứu ngoại khoa. Cũng có thể tràn mủ do nguyên nhân nội khoa. Trong các nguyên nhân nội khoa thì ung thư là nguyên nhân chính và cơ chế là tổn thương ung thư xâm lấn phá hủy thành mạch máu. Các nguyên nhân khác là chảy máu thứ phát sau dùng kháng đông, embolie phổi, nhồi máu phổi, rối loạn đông-chảy máu, vỡ phỡnh mạch, ròch màng phổi sau tràn khớ màng phổi.

Chẩn đoán xác định tràn máu màng phổi được đặt ra khi hematocrite ít nhất bằng 50% giá trị của máu.

Điều trị quan trọng là đặt ống dẫn lưu màng phổi có kích thước lớn (>28F). Nếu lượng máu chảy nhiều (>200ml /giờ trong 2 giờ liên tiếp) cần đặt vấn đề điều trị ngoại khoa (nội soi hoặc mở lồng ngực).

4.3. Trần mủ màng phổi và tràn dịch màng phổi do viêm phổi:

Trần mủ màng phổi thông thường do biến chứng từ các bệnh lý nhiễm trùng phổi. Các nguyên nhân ót gặp hơn là mủ màng phổi thứ phát sau chấn thương, sau phẫu thuật, sau nhiễm trùng máu hay từ ổ bụng lên. Trần mủ màng phổi thường gặp trên các cơ địa suy sụp mà trong đó nhiều nhất là nghiện rượu.

Xét nghiệm dịch màng phổi thấy nhiều bạch cầu đa nhân. Cùng với các xét nghiệm sinh hóa giúp phân biệt với tràn dịch dưỡng chấp, lao, thấp. Xét nghiệm vi khuẩn chỉ phát hiện được ở khoảng 50% các trường hợp. Phân lập được một loại vi khuẩn khoảng 50% các trường hợp. Trong đó vi khuẩn gram(+) chiếm khoảng 50%, gram(-) khoảng 25% và kỵ khí khoảng 25%.

Điều trị: Điều trị kháng sinh kinh nghiệm. Các trường hợp phân lập được vi khuẩn gây bệnh thì điều trị theo kháng sinh đồ.

Điều trị tại chỗ kết hợp: Dẫn lưu dịch kết hợp với bơm rửa màng phổi. Nếu diễn biến tốt, thời gian lưu ống dẫn lưu thường trong vũng hai tuần. Nếu diễn biến khụng thuận lợi: khoang mủ không

thu nhỏ, ống dẫn lưu không rút được sau 21 ngày, triệu chứng nhiễm trùng cũn thờ nờn chuyển điều trị ngoại khoa.

4.4. Ung thư màng phổi:

Ung thư màng phổi là bệnh lý khụng phổ biến nhưng khả năng điều trị khỏi rất thấp. Hầu hết các ung thư màng phổi là thứ phát từ ung thư ở nơi khác (phổi, các tạng ở bụng...) di căn tới. Ung thư màng phổi nguyên phát hiếm hơn rất nhiều. Ung thư màng phổi tiên phát hầu như có liên quan đến nghề nghiệp tiếp xúc với bụi amian (*asbestos*).

Chọc dịch màng phổi là thủ thuật cần thực hiện để chẩn đoán và để tháo dịch. Có thể tháo dịch màng phổi đến mức 1000 -1500ml trong một lần chọc nhưng phải tháo chậm và theo dõi sát tởn trạng bệnh nhõn.

Chẩn đoán tế bào dịch màng phổi là quan trọng. Tuy nhiên cũng có khoảng 50% các trường hợp không tởm thấy tế bào ung thư trong dịch. Chẩn đoán tế bào ung thư màng phổi tiên phát khá khó khăn vỡ khú xỏ định tế bào màng phổi tăng hoạt tính hay đó trở thành ỏc tởn. Ở những nơi có điều kiện, nội soi màng phổi nên thực hiện sớm khi nghi ngờ tràn dịch màng phổi do ung thư. Động tác này vừa giúp chẩn đoán vừa giúp gây dính màng phổi cùng lúc.

Điều trị ung thư màng phổi tiên phát là điều trị triệu chứng. Ung thư loại này kém nhậ cảm với hóa chất và xạ trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert Loddenkemper; Wolfgang Frank. Pleural effusion, hemothorax, chylothorax. Pulmonary Diseases. McGraw-Hill International (UK) Ltd. 1999; 391- 404.
2. Nguyễn Đôn Kim. Trần dịch màng phổi. Bệnh học Lao và Bệnh phổi, tập 1, nxb Y học 1994, 327-347
3. Bộ y tế. Chọc hút dẫn lưu dịch màng phổi. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện. Tập 1, Nxb Y học 1999, 41-43
4. British Thoracic Society. BTS guidelines for the management of pleural infection. *Thorax* 2014, 58 (suppl I, II): ii 18-ii 28
5. Collins Jannette; Stern Eric J. Chest Radiology: The Essentials, Lippincott Williams & Wilkins 2nd Edition 2016.
6. Richard W. Light. Pleural Diseases, Lippincott Williams & Wilkins, edition 2014.