

# THLS TDMP - BS.LAM - NHÓM 1

## CASE 2 : TDMP

### Kỹ năng tổng quát: Tiếp cận điều trị TDMP

#### Mục tiêu chuyên biệt: Chỉ định đặt ống dẫn lưu màng phổi

Dữ liệu lâm sàng: Bệnh nhân nam 50 tuổi, nhập viện vì khó thở+ đau ngực, bệnh 2 tuần, đau ngực phải, tăng khi hít sâu, mức độ vừa, kèm sốt 38-39 độ đáp giảm với thuốc hạ sốt, lúc đầu ho đàm đục vàng, mua thuốc ngoài tiệm (? trong 1 tuần) có giảm nhưng không hết hẳn, khó thở 2 thì, đau ngực tăng-> nhập viện

TC: ĐTĐ 2 10 năm (Mixtard 20 UI sáng, 20UI chiều), đường huyết đói trung bình 140-250 mg/dl, hút thuốc lá 30 gói.năm.

Tình trạng NV, M: 110l/ phút, HA : 120/60mmHg, NT: 25 l/p, SpO2: 92 % khí trời, NĐ: 38,5 độ

Khám 3 giảm ½ phổi Phải, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

#### ▼ Chẩn đoán sơ bộ trên bệnh nhân này?

Đặt vấn đề:

- Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới (SIRS + ho đàm vàng, đau ngực kiểu màng phổi)
- Hội chứng ba giảm 1/2 dưới phổi phải (nên đặt riêng vì không phải nhiễm trùng hô hấp dưới nào cũng có biến chứng là tràn dịch màng phổi, tràn mủ màng phổi,... Kết luận sớm tràn dịch do VP là quá vội vàng)
- ĐTĐ type 2 điều trị với insulin kiểm soát không tốt
- HTL 30 gói.năm

CĐSB:

Viêm phổi cộng đồng biến chứng TDMP (P) mức độ trung bình - ĐTĐ type 2

CĐPB:

•

⇒ TDMP bao nhiêu là gây khó thở? Tùy theo bệnh nhân có bệnh nền hay không, nếu bệnh nhân có bệnh nền trước đó, chỉ cần TD lượng ít, làm suy giảm chức năng hô hấp của bệnh nhân thì BN khó thở. Thứ hai là tốc độ thành lập

dịch, dịch thành lập nhanh và nhiều thì sẽ khiến bệnh nhân khó thở. Không có cho số cụ thể, TD bao nhiêu thì bệnh nhân khó thở

⇒ Khi phân tích thì diễn tiến là quan trọng. TDMP là biến chứng của VP thì nó phải xuất hiện sau VP. Viêm ở nhu mô thì bệnh nhân không đau ngực, đau ngực kiểu màng phổi là do kích thích màng phổi thành. TH này nghĩ đến TDMP cận viêm.

Có chỉ định chọc dịch MP hay không? Một BN tràn dịch mà có khó thở thì nên chọc dịch, vừa để điều trị, vừa để chẩn đoán cho bệnh nhân.

Hội chứng 3 giảm ngoài do tràn dịch thì còn do nguyên nhân: xẹp phổi do tắc nghẽn, dày dính màng phổi (đặc biệt sau lao)

KQ XN

#### ▼ Dịch màng phổi

<u>Aa</u> ADA	≡ 57	≡ U/L
<u>pH</u>	7,1	
<u>Protein</u>	49	G/L
<u>LDH</u>	2718	U/L
<u>Glucose</u>	45	mg/dl
<u>Màu sắc-độ đục</u>	Màu vàng,đục+++	
<u>Bạch cầu</u>	60855	
<u>Đa nhân</u>	93,4%	
<u>Đơn nhân</u>	6,6%	
<u>Tế bào khác</u>	0.0	

#### ▼ XN MÁU

<u>Aa</u> WBC	≡ 21,5	≡ K/UL
<u>NEU%</u>	92	%
<u>LYM%</u>	5,2	%
<u>RBC</u>	4.5	T/L
<u>HGB</u>	125	g/L
<u>MCV</u>	83	fl

<u>Aa</u> WBC	≡ 21,5	≡ K/UL
<u>MCH</u>	32	pg
<u>PLT</u>	310	Giaga/L
<u>CRP</u>	412	mg/L
<u>CREA</u>	66,4	μmol/L
<u>GLUCOSE</u>	345	Mg/dl
<u>HbA1 c</u>	11	
<u>AST/ALT</u>	67,6/71,3	U/L
<u>Na/Kali/Cl</u>	131.2/3.4/95.3	u/l

▼ XQ PHỔI



Đường cong Daimoseu không điển hình, bình thường nó sẽ cong lõm xuống, không biết là trong vùng tăng đậm độ có đông đặc, xẹp phổi, u gì không? Cần thêm một cái siêu âm màng phổi để biết chắc chắn nó là TDMP

Cấy dịch màng phổi: vi khuẩn Klebsiella nhạy nhiều kháng sinh

### Câu hỏi thảo luận

▼ Đọc kết quả dịch màng phổi và đánh giá ?

Đại thể: màu vàng, đục 3+ : nghi do nhiễm trùng

Tiêu chuẩn Light: (1/3)

- Protein DMP/máu = không có
- LDH DMP/LDH máu= không có
- LDH DMP >2/3 giá trị bình thường cao của LDH (250-450 U/L)

⇒ Thỏa tiêu chuẩn Light

TDMP có biến chứng:

- Glu DMP < 40 mg/dL: không thỏa
- LDH > 1000 IU: thỏa
- pH < 7.2: thỏa
- Có thể nhuộm Gr hoặc cấy +: chưa có

⇒ có 2/4 (1/4 là thỏa) ⇒ TDMP có biến chứng

Định nghĩa tràn mủ màng phổi: chọc thấy mủ (quan trọng nhất) chọc thấy mủ thì mới kết luận mủ màng phổi

Sinh hóa:

- Glucose 45 mg/dL (<3,4 mmol/L) : cận viêm, mủ màng phổi, viêm khớp, lao, ác tính, vỡ thực quản
- pH <7.2: do TDMP cận viêm phổi, có chỉ định dẫn lưu

Đếm tế bào:

- HC: không có
- BC >10K/ml : TDMP cận VP, viêm tụy cấp
- Thành phần BC: Neu tăng ưu thế tuyệt đối (>80%) TDMP cận VP, viêm tụy cấp, thuyên tắc phổi, lao gđ sớm

Tìm nguyên nhân:

- ADA: >40IU/L ⇒ Có thể tăng trong lao, TDMP cận viêm, bệnh lí tự miễn, lymphoma,...
- Cấy: cấy cả kỵ khí và hiếu khí, dương tính cao trong TDMP cận viêm (40%), tràn mủ màng phổi (70%). ⇒ Klebsiella
- Cell-block: TH này ít nghĩ K? (TC Nam 50 tuổi, HTL 30 gói.năm)

▼ Bệnh nhân này có chỉ định dẫn lưu màng phổi hay không? Vì sao?

Tràn dịch màng phổi cận viêm chia làm 2 loại đơn thuần và biến chứng, nghĩ có biến chứng khi glucose < 60 mg/dL, pH <7.2, LDH >1000 IU/L, nhuộm soi vi khuẩn hay cấy VK dương tính, hoặc chụp CT lên thấy bị vách hóa.

Mình nghĩ nó là một ổ nhiễm trùng thì mình phải dẫn lưu nó.

Có chỉ định đặt ống dẫn lưu màng phổi: (Glucose < 60, pH <7.2, LDH >1000), nghĩ tràn mủ màng phổi

Đặt ống dẫn lưu đường kính nhỏ 10-14 Fr, bơm rửa 4 lần/ngày. Chỉ định ống lớn hay nhỏ chủ yếu là sợ nó tắc hay không, dẫn lưu trong dịch ung thư thì hay sợ nó tắc ống. Bơm rửa giúp giảm tắc ống. Tháo dịch đơn thuần không nhiều tế bào thì không cần ống lớn.

Theo dõi: Tràn dịch màng phổi cận viêm biến chứng, màng phổi bị dày lên sau nhiễm trùng, người bệnh nên được chụp X-quang lồng ngực theo dõi

Klebsiella là VK gram (-) đường ruột, viêm phổi thường là đường hít, tuy nhiên đôi khi sẽ vào đường máu. TH này cần cấy máu BN xem có NTH hay không.

Một con hay đi đường máu nữa là tụ cầu vàng. Bên cạnh đó là con VK *Burkholderia cepacia* con VK ăn thịt người, gây áp xe nhiều nơi, trên cơ địa SGMD.

Xem lại bệnh cảnh ca này, cơ địa SGMD.

#### **Đúc kết:**

1. Dẫn lưu màng phổi góp phần quan trọng trong điều trị tràn dịch màng phổi cận viêm, tràn mủ màng phổi, ngoài việc kết hợp với kháng sinh thích hợp
2. Chỉ định dẫn lưu trong tràn dịch cận viêm: pH < 7,2 Tràn dịch khu trú, có dày thành màng phổi, mủ màng phổi,