

PHỨC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHỌC DÒ VÀ SINH THIẾT MÀNG PHỔI

TS BS LÊ TIẾN DŨNG

1. ĐẠI CƯƠNG :

1.1 Chọc dò màng phổi : dùng kim nhỏ chọc qua thành ngực vào khoang màng phổi để rút dịch màng phổi .

1.2 Sinh thiết màng phổi : dùng kim sinh thiết chọc qua thành ngực vào khoang màng phổi lấy tổ chức của lá thành màng phổi chẩn đoán giải phẫu bệnh để tìm nguyên nhân tràn dịch màng phổi, chủ yếu đối với lao hay ung thư. Thường dùng các kim Abrams, Castelain; Kim Tru-cut dùng để sinh thiết dày dính màng phổi.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

2.1 Chỉ định

Chọc dò :

Để chẩn đoán các trường hợp tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân.

Để chọc tháo bớt dịch khi lượng dịch nhiều làm bệnh nhân khó thở .

Sinh thiết :

Các tràn dịch màng phổi dịch tiết hoặc máu, chưa rõ nguyên nhân .

2.2 Chống chỉ định

Chọc dò :

- Để chẩn đoán : không có chống chỉ định.
- Để chọc tháo: chống chỉ định khi nguyên nhân của tràn dịch màng phổi là suy tim ứ huyết, xơ gan.

Sinh thiết :

- Chọc thăm dò màng phổi mà không rút được dịch hoặc lượng dịch quá ít rút khó khăn.
- Viêm mủ màng phổi, Dày màng phổi (vì dễ chảy máu).
- Bệnh nhân suy hô hấp, động kinh, sợ hãi, lo lắng, suy kiệt nặng.
- Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông .
- Bệnh nhân không hợp tác.

3. CHUẨN BỊ

Phương tiện :



Bộ kim sinh thiết màng phổi Abrams

- _ Kim 25G + bơm tiêm 10ml, kim 18G.
- _ Bông gòn, gạc, côn.
- _ Các ống nghiệm vô trùng.
- _ Máy hút.
- _ Lidocain 2%, Atropin 0.25mg
- _ Kim Abrams (hoặc kim Castelain).
- _ Dao mổ đầu nhọn.
- _ Chạc ba .
- _ Lọ đựng formol 10%.
- _ Hộp thuốc cấp cứu, Ôxy

Bệnh nhân :

- Được giải thích để yên tâm.
- Chụp X Quang phổi thẳng và nghiêng để xác định vị trí chọc kim sinh thiết.
- Làm xét nghiệm máu chảy máu đông nếu làm sinh thiết. Trước thủ thuật, đo mạch, huyết áp, tần số thở.
- Tiêm dưới da 0.25mg Atropin trước khi tiến hành thủ thuật.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chọc dò:

- Tư thế bệnh nhân: ngồi trên ghế, ngực dựa trên thành ghế kê gối.
- Tiêm dưới da Atropin 0,25mg 1 ống để dự phòng sốc thần kinh phế vị.
- Định vị nơi chọc dò : dựa trên X quang, trường hợp khó có thể nhờ siêu âm đánh dấu.
- Sát khuẩn rộng ngoài da, phủ xăng có lỗ.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%, dùng kim nhỏ (25G) gây tê nốt dưới da rồi gây tê dần đến màng phổi thành. Kim luôn đi sát bờ trên xương sườn .
- Vừa kéo nhẹ piston vừa đưa kim sâu vào từ từ đến khi rút được dịch. Nếu rút ra khí , phải rút lui kim lại ngay vì kim đã đâm trúng phổi .
- Nếu dịch là mủ đặc rút khó khăn , thay kim gây tê bằng kim 18G rồi rút lại .

- Nếu dịch rút ra được # 40ml mà vẫn còn rút được nhẹ tay, thì có thể tiến hành sinh thiết màng phổi .

Sinh thiết :

- Dùng dao mổ rạch da dài # 0.5cm. Dùng kèm đầu nhọn bóc tách mô dưới da và lớp cơ đến sát lá thành màng phổi.
- Kim Abrams ở vị trí khoá, đẩy kim qua vết rạch da, dựa sát bờ trên xương sườn, khi qua khỏi màng phổi thành sẽ có cảm giác vừa vượt qua khỏi một kháng lực – Rút nòng thông ra, lắp ống tiêm vào, xoay nòng trong qua trái để mở cửa sổ rồi hút thử, nếu có dịch tức đầu kim đã nằm trong khoang màng phổi.
- Gỡ ống tiêm ra, đút nòng thông vào trở lại – cửa sổ mở và hướng xuống dưới – vừa kéo kim ra vừa đè nhẹ kim xuống – khi lá thành màng phổi dính vào cửa sổ, sẽ có cảm giác kéo ra bị vướng. Xoay nòng trong qua phải để cắt phần màng phổi bị vướng trong cửa sổ – Rút kim ra và lấy mẫu bệnh phẩm.
- Có thể đưa kim vào trở lại để sinh thiết lần 2-3 và rút dịch giải toả nếu cần.
- Dùng gạc day trên vết thương để xoa bỏ đường hầm. Băng ép đơn giản.

5. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

5.1 Theo dõi

- Lấy mạch, huyết áp sau thủ thuật.
- Chụp X Quang phổi kiểm tra tràn khí, tràn máu màng phổi.

5.2 Tai biến

Tai biến gặp khoảng 2%.

1. Sốc thần kinh phế vị

Biểu hiện :

- Vã mồ hôi, đầu chi lạnh, xanh.
- Buồn nôn hoặc nôn.
- Mạch chậm.
- Ngất xỉu.

Xử trí : tùy theo mức độ:

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng về phía phổi bệnh.
- Atropin 0.25mg 2 ống tiêm mạch hoặc tiêm bắp.
- Thở Oxy.
- Bệnh nhân trụy tim mạch và hô hấp:
 - o Adrenalin 1⁰/₀₀ 1ml tiêm mạch hoặc qua nội khí quản.
 - o Xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
 - o Bóp bóng qua mặt nạ.
 - o Bóp bóng qua nội khí quản.
 - o Sốc điện.

2. *Tràn khí màng phổi do chọc kim vào phổi hay do khí lọt qua kim*

3. *Xuất huyết do chạm mạch :* chỉ cần băng ép lại.

4. *Bội nhiễm dịch màng phổi* : bệnh nhân sốt, dịch màng phổi đục hoặc hoá mủ. Điều trị như tràn mủ màng phổi.
5. *Khó thở do tháo dịch nhanh* : thường xảy ra khi chọc tháo lượng nhiều (thường > 1,5lít) và tốc độ nhanh.
6. *Dịch màng phổi tràn ra ngoài da qua lỗ sinh thiết*: cho bệnh nhân ngồi, tiếp tục rút tháo dịch màng phổi.
7. Tràn khí dưới da, chảy máu dưới da sinh thiết nhằm vào tổ chức ngoài màng phổi: cơ, thần kinh, mạch máu, gan, màng bụng, lách: phát hiện sớm và xử trí.

Tài liệu tham khảo

1. Fishman A.P, Elias J.A, Fishman J.A, et al, “ Pulmonary diaseases and disorders”, international edition, third edition, p1404-1409, 1998.
2. Light RW, “Pleural Diseases”, Philadelphia, Lea and Febiger,1995.
3. Bùi Xuân Tám, “ Bệnh hô hấp”, NXB y học, tr246-253,1999.