

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

Tràn khí màng phổi (TKMP) là tình trạng xuất hiện khí trong khoang màng phổi. TKMP thường được chia thành TKMP tự phát nguyên phát, TKMP tự phát thứ phát, TKMP do chấn thương và TKMP do thầy thuốc gây ra như sau thủ thuật sinh thiết xuyên thành phế quản hay chọc hút xuyên thành ngực.

I. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định

- Đau ngực: đau ngực thường đột ngột và ở bên bị tràn khí; có khi đau ngực đột ngột dữ dội như dao đâm khiến bệnh nhân phải bất động tại chỗ.

- Khó thở, thở nhanh nông khi gắng sức hoặc cả khi nghỉ.

- Ho khan

Khám: lồng ngực bên tràn khí kém di động, gõ vang, rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm (tam chứng Galliard).

- X Quang phổi:

+ Tăng sáng vô mạch giữa thành ngực và nhu mô phổi (giới hạn bằng đường màng phổi lá tạng).

+ Khoảng liên sườn giãn rộng.

+ Trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện trong trường hợp TKMP áp lực dương.

+ khoảng 15% các trường hợp có kèm tràn dịch màng phổi ít.

- **Chụp cắt lớp điện toán: rất hữu ích để phân biệt giữa tràn khí màng phổi với kén khí lớn ở ngoại biên; ngoài ra còn giúp xác định chính xác tổn thương phổi ở dưới vùng tràn khí, có thể là nguyên nhân gây tràn khí màng phổi như bóng khí, kén khí nhỏ.**

1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Kén khí phổi với TKMP khu trú

- Giãn phế nang nặng

1.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- TKMP tự phát nguyên phát:

Không rõ nguyên nhân, thường gặp ở người trẻ, cao gầy, hút thuốc. Nam gặp nhiều hơn nữ 4 – 6 lần.

- TKMP tự phát thứ phát:

- + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giãn phế nang, hen phế quản.
- + Nhiễm khuẩn phổi: do tụ cầu vàng, viêm phổi hoại tử do vi khuẩn Gram âm, viêm phổi do *Pneumocystis carinii*, lao phổi có hang hoặc không có hang.
- + Ung thư phế quản di căn màng phổi làm thủng màng phổi: hiếm gặp.
- + Các bệnh phổi mô kẽ như xơ phổi mô kẽ lan tỏa, bụi phổi silic, sarcoidose, nhồi máu phổi đều có thể có biến chứng TKMP.
- + Bệnh tự miễn: viêm khớp dạng thấp, viêm da cơ, xơ cứng bì.

- Tràn khí màng phổi do chấn thương.

- Tràn khí màng phổi do thầy thuốc

II. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị bảo tồn

2.2.1. *Chỉ định*: TKMP tự phát nguyên phát, xảy ra lần đầu, lượng khí khoang màng phổi ít (10 - 15% thể tích bên phổi tràn khí).

Bệnh nhân nên được theo dõi tại viện, nghỉ ngơi tại giường, thở oxy 2 - 3 lít/phút trong vòng 2 - 3 ngày, sau đó chụp lại Xquang phổi, nếu ổn định, cho ra viện.

Tốc độ khí hấp thụ khoảng 10% thể tích của ½ lồng ngực trong 1 tuần.

2.2.2. *Nếu phải chọc hút dẫn lưu màng phổi thì tùy theo điều kiện và mức độ TKMP mà dùng các biện pháp thích hợp sau đây*:

Chọc hút khí màng phổi đơn thuần

- Chỉ định cho những bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát > 15% thể tích bên phổi tràn khí. TKMP thứ phát sau các thủ thuật: chọc dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi, sinh thiết phổi xuyên thành ngực; Lượng khí ít < 15% thể tích bên phổi tràn khí.

2.2.3. *Mở màng phổi - đặt ống dẫn lưu*

Chỉ định:

- + Tất cả các trường hợp TKMP tự phát thứ phát.
- + TKMP do chấn thương. TKMP thứ phát sau thông khí nhân tạo.
- + Tràn khí tràn dịch màng phổi.

2. 2. 4. Nội soi màng phổi. có hoặc không sự hỗ trợ của màn hình

- Chỉ định:

+ TKMP nhiều thất bại với các biện pháp điều trị nêu trên.

+ TKMP tái phát.

- Các thủ thuật tiến hành khi nội soi màng phổi: gây dính màng phổi với bột talc, chày sát màng phổi; đốt điện, cắt bỏ bóng khí, kẹp hoặc khâu các bóng khí.

2.2. Mở lồng ngực

- Chỉ định:

+ Không có điều kiện nội soi màng phổi

+ Nội soi màng phổi thất bại

- Trong các trường hợp nêu trên, tiến hành mở lồng ngực để xử lý các bóng khí hoặc lỗ rò phế quản - màng phổi. Kết hợp gây dính màng phổi với hoá chất hoặc gây chày sát màng phổi.

III. MỘT SỐ THỂ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

3.1. TKMP và tràn dịch (máu, mủ...) màng phổi

Mở màng phổi hút dẫn l- u kín.

- Chỉ định nội soi khoang màng phổi hoặc phẫu thuật sau khi thất bại với biện pháp điều trị nêu trên.

3.2. TKMP áp lực dương

- Ngay khi phát hiện, cần chọc ngay một kim thông hoặc ống thông nhỏ vào khoang liên sườn 2 để giảm áp lực khoang màng phổi.

Mở màng phổi hút dẫn l- u sớm.

3.3. TKMP do thầy thuốc

- TKMP sau các thủ thuật: chọc hút dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi, sinh thiết xuyên thành ngực, sinh thiết xuyên thành phế quản, l- ợng khí ít chỉ cần chọc hút kim nhỏ hoặc đặt ống thông dẫn l- u khoang màng phổi.

TKMP ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính do bóp bóng hoặc thở máy cần mở màng phổi với ống cỡ 24 - 28F, sau đó hút dẫn l- u liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fishman A.P, Elias J.A, Fishman J.A, et al, “Pulmonary diaseases and disorders”, international edition, third edition, p1439-1451, 2014.
2. Miller KS, Sahn SA,” Chest tubes: Indications, techniques, management and complications”, Chest 91:258-264, 1997.
3. Bùi Xuân Tám, “ Bệnh hô hấp”, NXB y học, tr474-492,1999.