**Phân tích dịch màng phổi**

**Bài giảng Cận lâm sàng Hè**

**ThS. BS. DƯƠNG Duy Khoa**

**Mục tiêu**

Sau khi học xong, sinh viên có thể:

1/ Tiếp cận bệnh nhân có hội chứng ba giảm

2/ Phân tích các xét nghiệm dịch màng phổi thường quy, hoặc thường gặp

3/ Chỉ định được các xét nghiệm bổ sung khi cần thiết

**Bài đọc trước khi vào lớp học**

Tóm tắt: Tràn dịch màng phổi ảnh hưởng đến hơn 1,5 triệu người ở Hoa Kỳ mỗi năm và thường là biến chứng của các bệnh suy tim, viêm phổi và bệnh ác tính. Tràn dịch màng phổi xảy ra khi sự tích tụ dịch giữa màng phổi thành và màng phổi tạng. Các rối loạn trong áp lực thủy tĩnh (như suy tim hoặc hội chứng thận hư) có xu hướng gây ra tràn dịch **dịch thấm**, trong khi các quá trình viêm hoặc ác tính cục bộ gây tràn dịch **dịch tiết**. Bệnh nhân có thể không có triệu chứng hoặc có thể bị ho, khó thở và đau ngực kiểu màng phổi. Gõ đục khi thăm khám giúp phát hiện tràn dịch; X quang ngực có thể xác nhận chẩn đoán. **Chọc dịch màng phổi** có thể được chỉ định để chẩn đoán tràn dịch và làm giảm các triệu chứng. Chọc dịch dưới hướng dẫn siêu âm được khuyến cáo. Các xét nghiệm **thường quy** của dịch màng phổi bao gồm nồng độ **protein và lactat dehydrogenase (LDH), nhuộm Gram, tế bào học và đo pH**. **Tiêu chuẩn Light** nên được sử dụng để phân biệt dịch thấm và dịch tiết. Xét nghiệm bổ sung, nội soi phế quản, sinh thiết màng phổi qua da hoặc nội soi lồng ngực có thể được yêu cầu để chẩn đoán nếu kết quả xét nghiệm ban đầu không đủ để kết luận.

Abstract: Pleural effusion affects more than 1.5 million people in the United States each year and often complicates the management of heart failure, pneumonia, and malignancy. Pleural effusion occurs when fluid collects between the parietal and visceral pleura. Processes causing a distortion in body fluid mechanics, such as in heart failure or nephrotic syndrome, tend to cause transudative effusions, whereas localized inflammatory or malignant processes are often associated with exudative effusions. Patients can be asymptomatic or can present with cough, dyspnea, and pleuritic chest pain. Dullness to percussion on physical examination suggests an effusion; chest radiography can confirm the diagnosis. Thoracentesis may be indicated to diagnose effusion and relieve symptoms. Ultrasound guidance is preferred when aspirating fluid. Routine assays for aspirated fluid include protein and lactate dehydrogenase levels, Gram staining, cytology, and pH measurement. Light's criteria should be used to differentiate exudative from transudative effusions. Additional laboratory assays, bronchoscopy, percutaneous pleural biopsy, or thoracoscopy may be required for diagnosis if the initial test results are inconclusive.

Nguồn: Aaron Saguil et al, Diagnostic Approach to Pleural Effusion, Am Fam Physician. 2014 Jul 15;90(2):99-104.

**BÀI TẬP**

Bệnh nhân nữ 70 tuổi, nhập viện vì khó thở tăng dần 1 tháng nay. Khám gõ đục 1/3 dưới phổi (T)

1/ Các dấu hiệu và thông tin cần đi tìm khi hỏi bệnh và thăm khám?

2/ Phân tích dịch màng phổi được cung cấp

3/ Đề nghị thêm các xét nghiệm liên quan tới màng phổi và dịch màng phổi.

XN SINH HÓA Glucose 5.8 3.9-6.4 mmol/L

. Glucose 105 70-115 mg/dL

Protein toàn phần 56.8\* 64-83 g/L

LDH 159 <248 U/L

XN SINH HÓA Glucose (dịch) 7.8 mmol/L

LDH (dịch) 126 U/L

Protein (dịch) 3254 mg/dL

ADA (Adenosine Deaminase) /dịch 45.3 <=33 U/L

XN TẾ BÀO Tế bào dịch màng phổi

. Trạng thái Dịch vàng sậm

. Hồng cầu 7000 /mm3

. Bạch cầu 2750 /mm3

. ++ NEU% 20% .

. ++ LYM% 60% .

. ++ EOS% .. .

. ++ BASO% .. .

. ++ MONO% .. .

Có nhiều tế bào nhiều nhân, hình dạng bất thường