

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

I. ĐỊNH NGHĨA:

Tràn khí màng phổi (TKMP) là sự tích tụ khí trong khoang màng phổi, gây xẹp phổi thứ phát.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Tràn khí màng phổi tự phát:

a. Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát:

- Xảy ra trên bệnh nhân không có tiền sử chấn thương hoặc bệnh phổi kèm.
- Do vỡ các bóng khí dưới màng phổi
- Bệnh có thể gặp ở trẻ em nhưng thường gặp nhất ở nam từ 30-40 tuổi

b. Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát:

Do biến chứng vỡ các phế nang của bệnh lý tại phổi và không liên quan chấn thương:

- Bệnh màng trong
- Viêm phổi (thường kèm với tràn mủ màng phổi)
- Áp xe phổi
- Suyễn
- Viêm tiểu phế quản
- Dị vật đường thở
- Lao phổi
- Bệnh xơ nang
- Lymphoma
- Bệnh lý ác tính (nguyên phát hoặc di căn)

2. Tràn khí màng phổi do chấn thương:

- a. Chấn thương ngực kín hoặc hở: do tai nạn giao thông, té từ trên cao, vật nhọn đâm...
- b. Chấn thương thành ngực do các thủ thuật liên quan đến chẩn đoán và điều trị: chọc dò màng phổi, sinh thiết qua phế quản, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, mở khí quản, thông khí cơ học ...

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi bệnh sử:

- Các triệu chứng ho, đau ngực, khó thở.
- Hỏi các triệu chứng liên quan đến bệnh lý phổi kèm theo.
- Hỏi tiền sử tràn khí màng phổi.
- Hỏi tiền sử chấn thương ngực.

b. Khám lâm sàng:

- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn: M, HA, Nhịp thở, Tri giác...

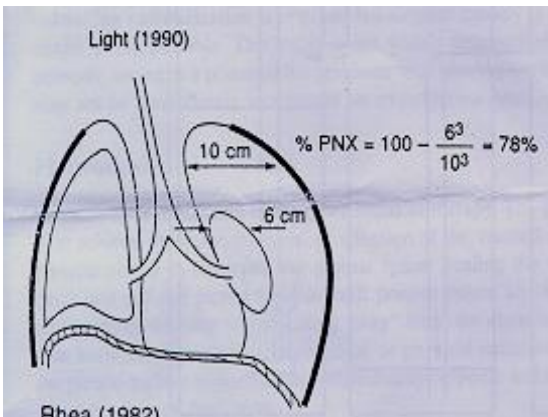
- Các dấu hiệu suy hô hấp: thở nhanh, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, thở rên, tím tái...
- Nghe âm phế bào giảm, rung thanh giảm, gõ vang trên chỗ tràn khí
- Khám có thể phát hiện lồng ngực nhô lên 1 bên và kém cử động, thanh quản, khí quản, tim bị đẩy lệch về bên đối diện.
- Khám tìm các bệnh lý phổi kèm theo

c. Xét nghiệm:

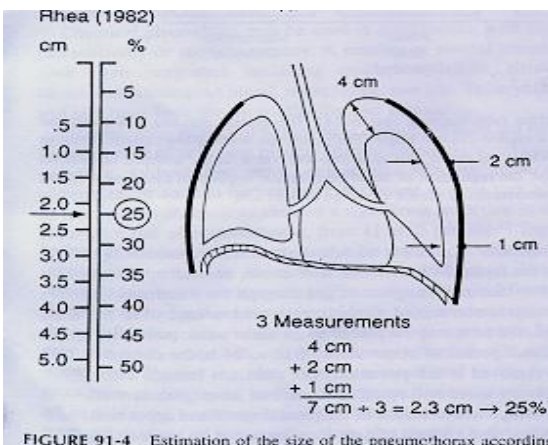
- X Quang ngực, khí máu động mạch
- Các xét nghiệm tìm nguyên nhân

2. Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào X-Quang phổi cho thấy vùng nằm ngoài màng phổi tạng có khoảng tăng sáng vô mạch, có thể kèm tràn khí trung thất, dưới da
- Dựa vào X-Quang phổi có thể ước lượng thể tích tràn khí màng phổi:
 - Công thức của Light:



$\% \text{PNX} = 100 - L^3 / T^3$
 L: đường kính phần phổi bị xẹp
 T: đường kính nửa bên lồng ngực



Toán đồ Rhea: dựa trên khoảng cách trung bình trong khoang khí màng phổi (khoảng cách trong màng phổi tại đỉnh phổi và các điểm giữa ở phổi trên và dưới). 3 trị số này được tính trung bình sau đó so với toán đồ để ước tính thể tích tràn khí).

IV. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị tràn khí màng phổi tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, mức độ và nguyên nhân của tràn khí, yếu tố nguy cơ tái phát.

* **Bảng tóm tắt các chỉ định điều trị TKMP:**

Lâm sàng	Hướng điều trị
TKMP tự phát nguyên phát: <ul style="list-style-type: none">TKMP lượng ít (< 10-20%) và bệnh nhân không khó thở.TKMP (> 10-20%) hoặc bệnh nhân khó thở khi gắng sức.TKMP tái phát.	<ul style="list-style-type: none">Theo dõi^aChọc hút hoặc dẫn lưu bằng kim luân^bĐặt ống dẫn lưu
TKMP thứ phát (biến chứng của bệnh phổi kèm)	- Đặt ống dẫn lưu
TKMP do thủ thuật chẩn đoán và điều trị <ul style="list-style-type: none">Lượng ít (< 10-20%) và bệnh nhân không khó thởLượng > 10-20% hoặc bệnh nhân khó thở	<ul style="list-style-type: none">Theo dõiChọc hút hoặc dẫn lưu bằng kim luân^b
TKMP do chấn thương	Đặt ống dẫn lưu
TKMP 2 bên	Đặt ống dẫn lưu
TKMP lượng nhiều (xẹp phổi hoàn toàn)	Đặt ống dẫn lưu
Chọc dò hay dẫn lưu tối thiểu bằng kim luân không hiệu quả	Đặt ống dẫn lưu
TKMP dai dẳng hoặc dò phế quản màng phổi	Đặt ống dẫn lưu
Tràn khí tràn dịch màng phổi Tràn khí tràn máu màng phổi	Đặt ống dẫn lưu
Tràn khí màng phổi tăng áp lực (tension pneumothorax)	Đặt ống dẫn lưu ^c

^a: Cần chụp X quang phổi ít nhất 1 lần/ ngày cho đến khi không tăng thêm. Cần chuẩn bị sẵn bộ chọc dò/ dẫn lưu màng phổi tại giường bệnh.

^b: Cần chụp X quang phổi ngay để xem phổi có nở ra không, sau đó lặp lại để kiểm tra sự tái phát.

^c: Cần chọc dò màng phổi giải áp ngay nếu chưa thể đặt ống dẫn lưu ngay lập tức

* **Đặt dẫn lưu màng phổi:**

- Vị trí đặt dẫn lưu màng phổi thường cùng ở vị trí chọc hút: khoảng liên sườn 2 – 3 đường trung đòn (nếu dùng trocar) hoặc khoảng liên sườn 5 đường nách giữa (nếu dùng ống dẫn lưu kiểu Argyl / Sherwood). Ống dẫn lưu phải được nối với hệ thống dẫn lưu kín, một chiều, vô trùng, hút liên tục với áp lực trung bình là – 20cmH₂O.

- Ống dẫn lưu màng phổi có thể được lưu lại trung bình 3 ngày cho đến khi không còn khí thoát ra trong 24 giờ. Cần chụp Xquang phổi kiểm tra để bảo đảm phổi đã giãn nở hoàn toàn. Chú ý kẹp ống thử 12-24 giờ trước khi rút.

*** Điều trị ngoại khoa:**

- Cần xem xét chỉ định ngoại khoa khi các biện pháp trên thất bại, với tràn khí màng phổi kéo dài hoặc tái phát, hoặc bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tái phát cao, cụ thể:

+ Thất thoát khí kéo dài (>72 giờ hút liên tục qua dẫn lưu màng phổi)

+ Phổi giãn nở không hoàn toàn sau các biện pháp điều trị trên

+ Kén phổi lớn

+ Tràn khí màng phổi tái phát cùng bên với lần đầu

- Các biện pháp ngoại khoa gồm phẫu thuật mở lồng ngực hoặc mổ qua nôi soi để bịt lỗ dò, cắt thùy phổi có kén khí...