

TRÀN MỦ MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG :

Tràn mủ màng phổi là sự tích tụ mủ trong khoang màng phổi, do nhiều nguyên nhân: viêm màng phổi, viêm phổi, phẫu thuật lồng ngực, chấn thương hoặc kết hợp nhiều yếu tố gây nên. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là do vi trùng, chủ yếu là *Staphylococcus aureus*. Tràn mủ màng phổi cần phải được chẩn đoán và điều trị sớm, tránh để lại di chứng .

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán :

a) Hỏi :

- Sốt
- Ho, khó thở, đau ngực
- Tư thế nằm nghiêng về bên bệnh
- Tiền sử bệnh lý trước đó: viêm phổi, nhiễm trùng da, viêm cơ

b) Khám lâm sàng :

- Tìm dấu hiệu nhiễm trùng: tổng trạng, nhiệt độ
- Tìm và đánh giá mức độ suy hô hấp (Xem bài viêm phổi)
- Khám tìm hội chứng 3 giảm bên phổi bệnh.
- Nếu có tràn khí kèm theo, gõ đục vùng thấp và vang ở vùng cao

c) Xét nghiệm:

- Công thức máu
- Dịch màng phổi: sinh hóa, tế bào, soi tươi nhuộm Gram, cấy và kháng sinh đồ.
- Cấy máu
- Xquang ngực
- Siêu âm ngực

2. Chẩn đoán xác định: dựa vào

Hội chứng nhiễm trùng, khám phổi :hội chứng 3 giảm + Xquang ngực: mờ góc sườn hoành / mờ 1/2 dưới phổi hoặc toàn bộ phổi kèm đẫy lệch trung thất về phía đối diện hoặc Siêu âm ngực: có dịch màng phổi + Chọc hút dịch màng phổi: mủ đặc hoặc vàng đục thành phần chủ yếu là đa nhân, soi tươi có vi trùng hoặc cấy mủ dương tính

3. Chẩn đoán có thể :

Hội chứng nhiễm trùng, khám phổi :hội chứng 3 giảm + Xquang ngực :mờ góc sườn hoành / mờ 1/2 dưới phổi hoặc toàn bộ phổi kèm đẫy lệch trung thất về phía đối diện hoặc Siêu âm ngực: có dịch màng phổi + Chọc hút dịch màng phổi: dịch vàng mờ, tính chất là dịch tiết: protein >30mg/100ml; glucose < 40-60mg/100ml; Lactate dehydrogenase (LDH) > 600–1000UI/100mL, thành phần tế bào chủ yếu là đa nhân trung tính >50%; soi tươi không thấy vi trùng hoặc cấy âm tính.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Lao màng phổi: dựa vào tính chất dịch màng phổi: vàng chanh, tính chất là dịch tiết, thành phần tế bào chủ yếu là đơn nhân, có yếu tố dịch tế lao; PCR lao/DMP(+); IDR (+).
- Trần dịch màng phổi do dưỡng trấp: dịch đục như sữa, nhiều tế bào (>70% lympho), đạm >20g/L, Triglycerides >100mg%.

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Nguyên tắc điều trị :

- Kháng sinh.
- Dẫn lưu mủ sớm.
- Vật lý trị liệu.

2. Kháng sinh :

- Kháng sinh ban đầu: bắt đầu sau khi chọc dò màng phổi và có kết quả soi tươi:
 - Nếu soi tươi thấy cầu trùng Gr(+) hình chùm; hoặc kết quả soi tươi (-) hoặc chọc không ra dịch ngay → bắt đầu KS chống tụ cầu: Oxacillin + Gentamycin.
 - Nếu soi tươi thấy Bacille Gr(-) → bắt đầu Cefotaxim +Gentamycin
 - Nếu chọc ra mủ thối, nghi ngờ yếm khí: phối hợp thêm Metronidazole.
- Đánh giá sau 1 tuần điều trị :
 - Diễn tiến tốt: hết sốt, hết khó thở, lượng mủ ra ống dẫn lưu giảm, Xquang phổi giảm →tiếp tục KS cho đủ 3-4 tuần: 2 tuần đầu Oxacillin TM + 2 tuần sau Oxacillin uống hoặc 2 tuần đầu Cefotaxim TM + 2 tuần sau Peflacine uống .
 - Diễn tiến không tốt: còn sốt, ống dẫn lưu màng phổi ra mủ kéo dài, Xquang phổi không cải thiện: dựa vào kết quả cấy mủ màng phổi và kháng sinh đồ để quyết định kháng sinh; đối với tụ cầu đổi sang Vancomycin TM.

3. Dẫn lưu mủ :

- Chỉ định:
 - Dịch rút ra là mủ đặc
 - Dịch vàng đục (chủ yếu là đa nhân ± soi tươi có vi trùng), lượng nhiều
- Sắn sóc ống dẫn lưu (ODL): có thể hút ODL qua hệ thống dẫn lưu kín với áp lực - 20 đến -30cm H₂O. Hệ thống này nhất thiết phải để thấp hơn ngực ngay cả lúc di chuyển hay nghỉ ngơi. Để tránh nghẹt ODL khi mủ quá đặc có thể bơm rửa ODL hàng ngày hoặc mỗi 2 ngày bằng nước muối sinh lý.
- Chỉ định rút ODL: càng sớm càng tốt, khi bé
 - Thở trở lại bình thường, ăn ngủ tốt, không sốt.
 - Khám lâm sàng thông khí tốt.
 - Xquang hoặc siêu âm không còn dịch.

- ODL thông và không còn ra mủ (chỉ ra không quá 1ml/kg dịch trong 1 ngày)

Thời gian đặt ODL trung bình 3-7 ngày .

Chỉ định can thiệp ngoại khoa: khi có ổ cặn vách hóa hoặc di chứng dày dính nặng nề. Ngày nay có khuynh hướng can thiệp ngoại khoa sớm khi sau 3-7 ngày mà lượng mủ còn nhiều

4. Tập vật lý trị liệu: thực hiện 1 ngày sau khi đặt ODL màng phổi và kéo dài ít nhất 3 tháng. Mục đích tập sớm để mủ thoát ra ngoài dễ dàng hơn và đề phòng dày dính màng phổi về sau

• Kỹ thuật tập nhằm :

- Giúp thông khí tốt, thở sâu giảm nở phế nang
- Hoạt động của cơ liên sườn, cơ hoành để thoát mủ qua ODL nhanh và tránh được dày dính.

5. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ :

- Cho paracetamol nếu có sốt cao.
- Dinh dưỡng: chế độ ăn giàu Calori.
- Oxygen liệu pháp khi có suy hô hấp.
- Điều trị shock nhiễm trùng nếu có.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM :

Bệnh nhân mủ màng phổi có đặt ODL được điều trị tối thiểu 3 tuần lễ, nếu diễn tiến tốt xuất viện và tái khám mỗi 2 tuần trong thời gian 2 tháng hoặc sớm hơn nếu bất thường. Khi xuất viện cần hướng dẫn bà mẹ tự tập vật lý và chế độ dinh dưỡng cũng như theo dõi ở nhà.