

## TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

### I. ĐẠI CƯƠNG

#### 1. Định nghĩa:

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

#### 2. Nguyên nhân:

##### 2.1. Tràn khí màng phổi tự phát:

- Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát
  - + Xảy ra ở bệnh nhân không có bệnh phổi và không có tiền sử chấn thương, phẫu thuật.
  - + Do vỡ các bóng khí dưới màng phổi
- Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát
  - + Xảy ra như biến chứng của vỡ phế nang của bệnh phổi cấp tính hay mạn tính và không liên quan chấn thương.
  - + Có thể xảy ra ở bệnh nhân có bệnh lý nền tại phổi:
    - Hít nước ối phân su
    - Bệnh màng trong
    - Suyễn
    - Viêm tiểu phế quản
    - Viêm phổi (kết hợp với tràn mủ màng phổi)
    - Áp xe phổi
    - Lao phổi
    - Dị vật đường thở.
    - Xơ nang
    - HIV
    - Bệnh mô liên kết

##### 2.2. Tràn khí màng phổi do chấn thương:

- Chấn thương ngực kín hay hở.
- Chấn thương do các thủ thuật liên quan đến chẩn đoán và điều trị: đặt đường truyền tĩnh mạch trung ương, thở máy, chọc dò màng phổi, sinh thiết xuyên thành phế quản.

### II. LÂM SÀNG

#### 1. Bệnh sử:

- Tiền sử sản khoa: hít nước ối phân su, bệnh màng trong
- Các triệu chứng ho, đau ngực, khó thở, đau thượng vị
- Hỏi các triệu chứng liên quan đến bệnh lý phổi
- Hỏi tiền sử tràn khí màng phổi
- Hỏi tiền sử chấn thương ngực

#### 2. Lâm sàng:

- Triệu chứng lâm sàng của tràn khí màng phổi tự phát thứ phát thường nặng hơn triệu chứng lâm sàng của tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát và dấu hiệu khó

thở không tương xứng với mức độ tràn khí. Khi có dấu hiệu suy hô hấp tuần hoàn nên nghĩ đến tràn khí áp lực.

- Đánh giá các dấu hiệu lâm sàng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, tri giác.
- Dấu hiệu suy hô hấp: thở nhanh, rút lõm ngực, cánh mũi phập phồng, thở rên, tím tái.
- Dấu hiệu suy tuần hoàn.
- Nghe âm phế bào giảm hay mất, rung thanh giảm, gõ vang nơi tràn khí.
- Lòng ngực gò, kém cử động.
- Tràn khí dưới da.
- Tìm dấu hiệu chấn thương: vết đụng giập, trầy da, vết thương nhỏ xuyên thấu.
- Tìm các bệnh phổi đi kèm.
- Tìm bệnh cảnh toàn thân.

### III. CẬN LÂM SÀNG

- X-quang ngực:
  - + X-quang ngực thẳng thì hít vào: là chìa khóa để xử trí lâm sàng tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát và tràn khí màng phổi tự phát thứ phát. Không đánh giá chính xác mức độ tràn khí màng phổi.
  - + X-quang ngực thì thở ra: không có giá trị trong đánh giá thường qui tràn khí màng phổi.
  - + X-quang ngực nghiêng: khi nghi ngờ tràn khí màng phổi mà không xác định được bằng X-quang ngực thẳng.
  - + X-quang ngực tư thế nằm và X-quang ngực nằm nghiêng tia ngang: Thường được sử dụng trong trường hợp bệnh nhân chấn thương, không an toàn khi di chuyển.
- Siêu âm: xét nghiệm tương đối mới và ngày càng có giá trị, đặc biệt ở bệnh nhân chấn thương, bệnh nhân không an toàn khi di chuyển, giúp phát hiện khí thủng do phẫu thuật, bệnh phổi bóng khí.
- CT scan: tiêu chuẩn vàng trong việc phát hiện tràn khí màng phổi kích thước nhỏ cũng như đánh giá kích thước tràn khí màng phổi. CT cũng có ít trong trường hợp khí thủng do thủ thuật, bệnh phổi bóng khí và bệnh lý phổi đi kèm.
- Khí máu động mạch
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân

### IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Dựa vào X-quang ngực: thấy đường màng phổi tạng song song với thành ngực. Có thể thấy tràn khí trung thất, tràn khí màng tim, tràn khí dưới da, trung thất lệch sang bên đối diện.
- Tràn khí màng phổi áp lực: chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng
  - + Dấu hiệu sớm: Đau ngực, khó thở, lo lắng, thở nhanh, nhịp tim nhanh, gõ vang bên ngực tràn khí, phế âm giảm bên ngực tràn khí.
  - + Dấu hiệu trễ: giảm ý thức, khí quản lệch về phía đối diện, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, tĩnh mạch cổ nổi, tím tái.

+ Dựa vào X-quang ngực có thể ước lượng thể tích khí trong khoang màng phổi.

+ Công thức của Light:

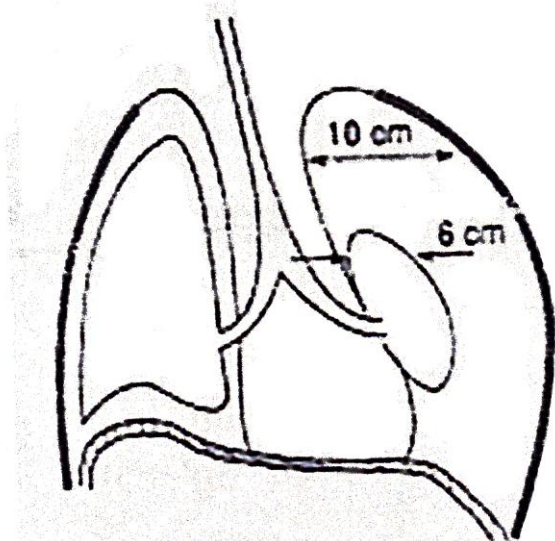
Kích thước của khí trong màng phổi (PTX) (%):  $100 - [DL^3/DH^3 \times 100]$

DL: đường kính phần phổi bị xẹp.

DH: đường kính nửa bên lồng ngực.

Ví dụ: DL: 6cm. DH: 10cm.

Kích thước khí trong màng phổi (%) :  $100 - (6^3/10^3 \times 100) = 78,4\%$



$$\%PNX = 100 - \frac{6^3}{10^3} = 78\%$$

## V. ĐIỀU TRỊ

### 1. Mục tiêu:

- Duy trì chức năng hô hấp
- Lấy khí ra khỏi màng phổi và theo dõi tái hấp thu khí

### 2. Nguyên tắc điều trị:

- Oxy
- Tràn khí lượng nhỏ, không kèm bệnh lý tại phổi: theo dõi sát
- Ống dẫn lưu được nối với hệ thống dẫn lưu vô trùng, 1 chiều và hút liên tục với áp lực -15cm H<sub>2</sub>O – 20 cm H<sub>2</sub>O
- Chọc dò màng phổi bằng catheter hay kim 14-16 .

### TÓM TẮT CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

<u>Lâm sàng</u>	<u>Hướng điều trị</u>
-----------------	-----------------------

Tràn khí màng phổi (TKMP) tự phát nguyên phát _ TKMP lượng ít (< 10-20%) và LS ổn định _ TKMP (>10-20%) hoặc bệnh nhân khó thở gắng sức _ TKMP tái phát	_ Theo dõi * _ Chọc hút hoặc dẫn lưu bằng kim luôn _ Đặt ống dẫn lưu
TKMP thứ phát (do biến chứng của bệnh phổi)	_ Đặt ống dẫn lưu
TKMP do thủ thuật chẩn đoán và điều trị _ Lượng ít (< 10-20%) và LS ổn định _ Lượng > 10-20% hoặc bệnh nhân khó thở	_ Theo dõi _ Chọc hút hay dẫn lưu bằng kim luôn**
Tràn khí màng phổi do chấn thương	_ Đặt ống dẫn lưu ***
Tràn khí màng phổi 2 bên	_ Đặt ống dẫn lưu
Tràn khí màng phổi lượng nhiều	_ Đặt ống dẫn lưu
Chọc dò hay dẫn lưu bằng kim luôn không hiệu quả	_ Đặt ống dẫn lưu
Tràn khí – tràn dịch màng phổi Tràn khí – tràn máu màng phổi	_ Đặt ống dẫn lưu _ Đặt ống dẫn lưu
Tràn khí màng phổi tăng áp lực	_ Đặt ống dẫn lưu
Tràn khí màng phổi dai dẳng hay dò phế quản - màng phổi	_ Chọc giải áp => đặt ống dẫn lưu
Bất kể lượng tràn khí + lâm sàng không ổn định	_ Đặt ống dẫn lưu

\* Cần chụp X-quang phổi 1 lần/1 ngày cho đến khi tràn khí màng phổi không tăng thêm  
\*\* Cần chụp X-quang phổi ngay để xem phổi có nở hay không, sau đó chụp kiểm tra để kiểm tra sự tràn khí tái phát  
\*\*\* Chọc hút hoặc dẫn lưu bằng kim luôn: Chọn kim số 14-16. Chọc vào bờ trên của xương sườn thứ 2 để tránh phức bộ thần kinh, động mạch, tĩnh mạch dưới sườn.

\*\*\*\* Đặt ống dẫn lưu

- Vị trí đặt ống dẫn lưu thường cùng vị trí chọc hút, khoảng liên sườn 2-3 đường trung đòn. Ống dẫn lưu phải được nối với hệ thống dẫn lưu kín, một chiều, vô trùng và hút liên tục với áp lực trung bình -20cm H<sub>2</sub>O.
  - Ống dẫn lưu màng phổi có thể lưu lại trung bình 3 ngày cho đến khi không còn khí thoát ra trong 24h. Có thể kẹp ống dẫn lưu trong 12- 24h, sau đó mở kẹp để khẳng định không còn tràn khí. Cần chụp X-quang phổi để kiểm tra phổi đã giãn nở hoàn toàn hay chưa.
- **Điều trị ngoại khoa:** Xem xét chỉ định ngoại khoa:
- + Khi các biện pháp trên thất bại
  - + TKMP kéo dài hay tái phát
  - + Hoặc bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tái phát:
    - Thoát khí kéo dài >4 ngày
    - Giãn nở phổi không hoàn toàn sau các biện pháp điều trị trên
    - Kén phổi lớn
    - TKMP tái phát cùng bên với lần đầu