

TRÀN MŨ MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

- Tràn mủ màng phổi: tích tụ mủ trong khoang màng phổi
- Tràn mủ màng phổi: 3 giai đoạn theo thứ tự:
 - + Dịch tiết: dịch di động tự do rất dễ dẫn lưu
 - + Mủ fibrin: thành lập vách hóa và khu trú lại gây khó dẫn lưu
 - + Tổ chức hóa: chỉ phẫu thuật mới bóc tách vỏ được

3 giai đoạn Tràn mủ màng phổi	
Giai đoạn	Đặc tính
Dịch tiết (Exudative)	Dịch mỏng, tự do Glucose, pH, LDH: bình thường Bạch cầu thấp
Mủ fibrin (Fibropurulent)	Lắng đọng fibrin → khu trú và vách hóa, dính màng Glucose, pH: giảm; LDH tăng Bạch cầu tăng cao
Tổ chức hóa (Organizing)	Xâm lấn nguyên bào sợi, dày màng phổi, tạo vỏ khối gelatine, mất đàn hồi Glucose, pH: rất giảm; LDH tăng rất cao

2. Nguyên nhân: có thể do biến chứng của viêm phổi

- Thường kết hợp viêm phổi do *Streptococcus pneumoniae*
 - + *Staphylococcus aureus* (nước đang phát triển)
 - + *Haemophilus influenzae* type b
 - + Sau chấn thương
- Nguyên nhân ít gặp hơn:
 - + *Streptococcus* nhóm A
 - + Vi trùng gram âm
 - + Lao, Nấm, bệnh lý ác tính
- Nguyên nhân khác: Áp – xe phổi vỡ
 - + Nhiễm trùng sau chấn thương, phẫu thuật ngực

II. LÂM SÀNG

- Triệu chứng ban đầu của viêm phổi
- Khoảng vài ngày nối giữa viêm phổi và tràn mủ màng phổi, nếu điều trị viêm phổi không hiệu quả
- Sốt: hầu hết trường hợp, hội chứng nhiễm trùng
- Suy hô hấp

- Chọc hút màng phổi để phân biệt tràn dịch màng phổi và tràn mủ màng phổi.

III. CẬN LÂM SÀNG

X-Quang ngực để chẩn đoán; siêu âm tìm các giai đoạn

1. X-Quang ngực: dịch không di chuyển khi thay đổi tư thế → tràn dịch màng phổi khu trú
2. Siêu âm ngực: xác định, các giai đoạn (mủ fibrin, organizing, phân biệt rất tốt về khu trú, vách và tạo vỏ), hướng dẫn vị trí chọc dò. CT scan: chi tiết hơn, nhưng khi dịch nhiều có thể chẩn đoán sót đa ổ dịch/ vách.
3. Chọc hút dịch màng phổi: chẩn đoán tràn mủ màng phổi khi:
 - Có vi khuẩn khi nhuộm gram
 - pH < 7.2
 - và ≥ 100000 neutrophiles
 - Màu mủ màng phổi: không giúp phân biệt loại vi khuẩn
 - Cây dịch màng phổi: bắt buộc
 - 58% dương tính trong tràn mủ màng phổi do Pneumococcus
 - (PCR dịch màng phổi: tìm Pneumococcus)
4. Cây máu (nếu nghi nhiễm trùng huyết)
5. Máu: tăng bạch cầu; CRP tăng, đường huyết, tăng LDH(cùng lúc với chọc dò)

IV. BIẾN CHỨNG

- Dò phế quản - màng phổi (Staphylococcus)
- Tràn khí - tràn mủ màng phổi (Staphylococcus)
- Biến chứng khác: viêm mủ nội tâm mạc, áp - xe phổi, viêm phúc mạc khi thủng hoành, viêm tủy xương xương sườn
- Nhiễm trùng huyết (H. influenzae và Pneumococcus)
- Màng phổi dày mất đàn hồi “peel”: hạn chế sự trương nở của lồng ngực và sót dai dẳng

V. ĐIỀU TRỊ

- Mục tiêu: giải quyết nhiễm trùng và phục hồi chức năng hô hấp
- Nguyên tắc điều trị: kháng sinh; dẫn lưu mủ sớm;

1. Kháng sinh:

- Kháng sinh tĩnh mạch: mọi trường hợp
- Chọn kháng sinh: dựa vào các nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm phổi theo lứa tuổi; sau đó dựa vào kháng sinh đồ

Kháng sinh điều trị tràn mủ màng phổi	
Vi khuẩn	Kháng sinh
<i>Streptococcus</i>	Cephalosporin thế hệ 2,3, Ampicilline-Sulbactam, Ticarcilline – clavulanate, Clindamycin, Vancomycine hoặc Chloramphenicol
<i>Staphylococcus</i>	Oxacilline, Vancomycine. Thời gian ít nhất 21 ngày

<i>Haemophilus</i>	Cephalosporin thế hệ 3 hoặc Chloramphenicol
--------------------	---

- Kháng sinh 3-4 tuần: diễn tiến rất chậm, nếu do Staphylococcus dù điều trị tối ưu vẫn diễn tiến chậm nhất
- Thấy cải thiện ít nhất sau 2 tuần điều trị
- Tiếp tục kháng sinh 5-7 ngày sau khi hết sốt và rút ống dẫn lưu
- 2. Chọc hút dịch màng phổi:** giảm khó thở và làm xét nghiệm. Hút nhiều dịch nhất có thể (chậm, 10-20ml/kg)
- 3. Dẫn lưu kín màng phổi:** sớm, có hoặc không có tiêu sợi:
 - **Dẫn lưu màng phổi:** bằng hệ thống bình kín hoặc hút liên tục. Dẫn lưu khi lượng dịch lớn, tiêu chuẩn Light, thất bại 48- 72 giờ điều trị KS.
 - + Chỉ định: dựa lượng dịch, đặc điểm sinh hóa và loại vi trùng dịch màng phổi
 - Tiêu chuẩn R.W.Light: theo thứ tự
 - Loại dạng của dịch (mùi)
 - pH < 7.2 (làm như pH trong xét nghiệm lấy khí máu động mạch)
 - Glucose < 40mg/dl
 - LDH
 - + Đáp ứng điều trị dẫn lưu: theo dõi lượng dịch, suy hô hấp và nhiệt độ bệnh nhân, x-quang phổi, siêu âm, bạch cầu và CRP giảm
 - + Rút ống khi: lượng dịch < 10-15ml/ ngày và lâm sàng cải thiện (không cần đợi hết dịch vì kích thích ống tăng tiết, nhiễm trùng), x-quang phổi sau rút ống
 - + Thời gian lưu ống: trung bình 5-7 ngày
 - + Tràn mủ giai đoạn trễ, khu trú/ vách/ tạo vỏ: dẫn lưu đơn thuần không đủ, phải can thiệp ngoại khoa
 - **Thuốc tiêu sợi bơm vào khoang màng phổi:** làm giảm sốt, cải thiện việc dẫn lưu màng phổi, ít phải phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn
 - Streptokinase : 15000đv/ kg/ ngày pha trong 50ml Natriclorua 0.9%
3-5 ngày
 - Urokinase: 40000đv pha trong 40ml Natriclorua 0.9% mỗi 12 giờ
 - Cẩn thận: Phản ứng phản vệ, xuất huyết...
- 4. Phẫu thuật nội soi qua màn hình:** thời gian sốt, nằm viện ít hơn; ít biến chứng, ít suy hô hấp hơn phương pháp dẫn lưu.
 - Chỉ định:
 - Không cải thiện lâm sàng và xquang phổi với điều trị kháng sinh và dẫn lưu
 - Vẫn nhiễm trùng và nhiễm trùng mủ màng phổi dai dẳng với điều trị kháng sinh và dẫn lưu
 - Tràn mủ màng phổi phức tạp (dày dính, tạo vỏ màng phổi)
 - Dò màng phổi gây tràn khí màng phổi
- 5. Bóc tách vỏ:** khi trẻ vẫn sốt và khó thở sau 72 giờ điều trị kháng sinh tĩnh mạch và dẫn lưu
 - Bóng khí tự cải thiện theo thời gian
- 6. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ:**

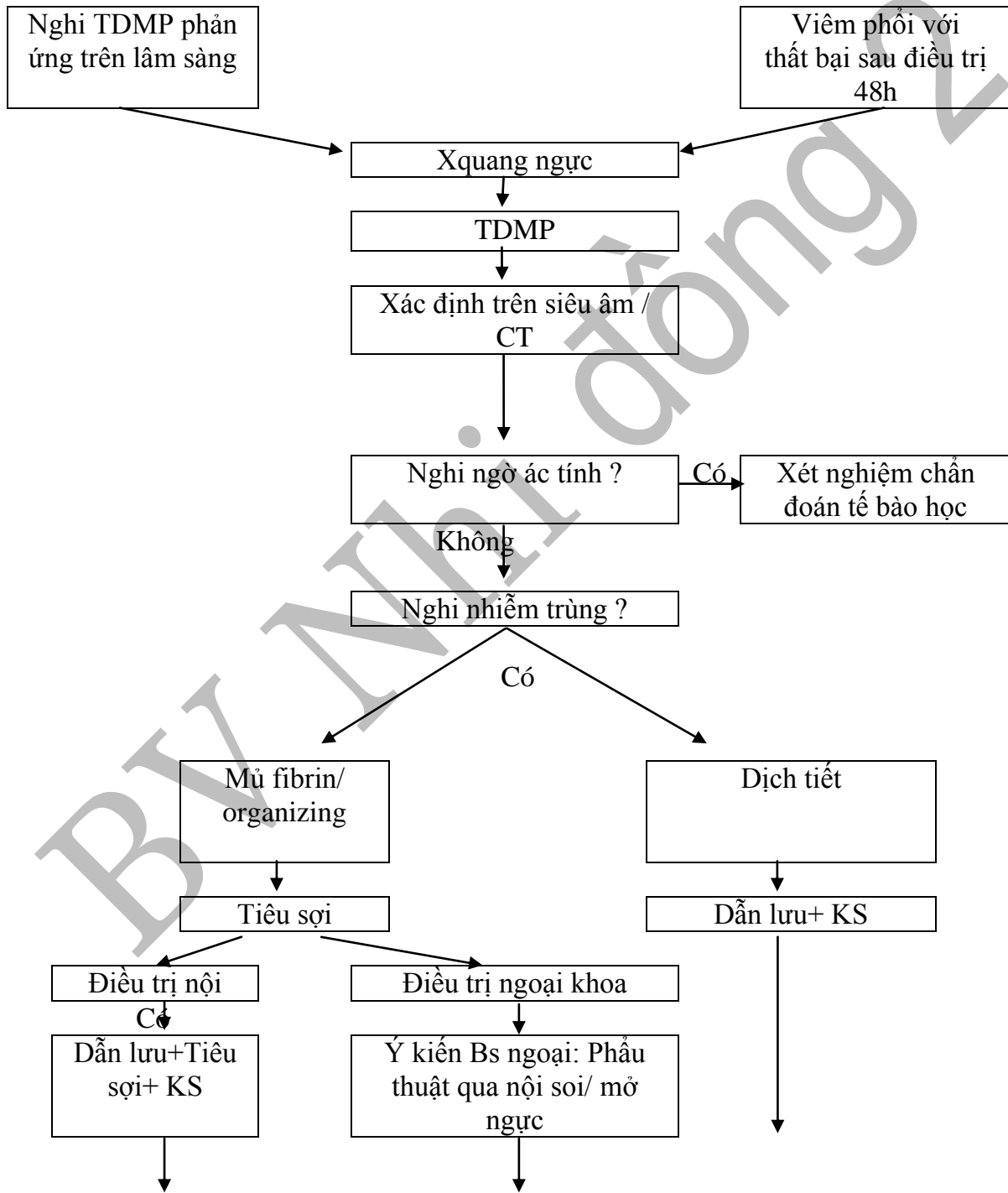
- Cung cấp oxy khi cần
- Điều trị shock nhiễm trùng, các rối loạn khác nếu có
- Giảm đau, hạ sốt
- Dinh dưỡng

7. Vận động sớm

VI. TIÊN LƯỢNG

- Kháng sinh và chọc hút dịch màng phổi: chữa lành hoàn toàn, nếu chẩn đoán sớm
- Điều trị tràn mủ màng phổi đúng mức: tiên lượng rất tốt
- Tràn mủ màng phổi ở trẻ em có tiên lượng rất tốt. Mặc dù điều trị không đồng nhất nhưng đa số trẻ hồi phục và chức năng phổi về bình thường hoàn toàn. Hiếm khi theo dõi chức năng phổi
- X-Quang phổi: 60-83% về bình thường trong 3 tháng
 - + 90% trong 6 tháng
 - + 100% trong 18 tháng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG MÀNG PHỔI Ở TRẺ EM



BN cải thiện: hết sốt, SaO₂:BT
Rút ống dẫn lưu
Ngừng KS TM
KS uống 1-4 tuần
Xuất viện và theo dõi quang ngực

BV Nhi đồng 2