

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

1. Định nghĩa:

Tràn khí màng phổi tự phát (TKMPTP) là tình trạng khí thoát vào trong khoang màng phổi, không có nguồn gốc chấn thương. Đại đa số là do vỡ kén khí.

TKMPTP chia làm 2 loại:

- TKMPTP nguyên phát: chiếm 85% số TKMPTP, không có nguyên nhân rõ ràng, xuất hiện trên các bệnh nhân không có bệnh lý của phổi (LS và X quang) trước đó. Một số trường hợp TKMPTP nguyên phát xác định được nguyên nhân là do vỡ tự nhiên kén khí quanh tiểu thùy. Thường xảy ra trên người trẻ (20-40 tuổi), cao, gầy, hút thuốc nhiều, 10% có tính gia đình.
- TKMPTP thứ phát: chiếm 15% số TKMPTP là hậu quả của 1 quá trình bệnh lý phổi sẵn có. Thường gặp ở bệnh nhân có tuổi già hơn (45-75 tuổi). Đại đa số do vỡ kén khí (trung tâm tiểu thùy và toàn tiểu thùy), nhưng cũng có thể do lao, ung thư phổi (nguyên phát hoặc di căn), xơ phổi dạng nang (cystic fibrosis), nang sán chó (pneumocystic carini). TKMPTP thứ phát dễ gây ra suy hô hấp vì bệnh nhân thường lớn tuổi và chức năng hô hấp thường đã tụt tụt, như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Ngoài ra còn có:

TKMPTP theo chu kỳ kinh: xảy ra lúc hành kinh ở phụ nữ >30 tuổi và thường ở bên phải.

TKMPTP ở trẻ sơ sinh.

2. Chẩn đoán tkmptp:

2.1. Lâm sàng:

18% các trường hợp không có triệu chứng.

TC cơ năng và LS tùy thuộc vào nguyên nhân, mức độ xẹp phổi và bệnh phổi trước đó.

- Đau ngực đột ngột bên tổn thương (kiểu đau màng phổi). Đau tăng lên khi hít sâu hoặc chuyển động thân người.
- Khó thở. Ít khi khó thở kiểu ngồi thở. Nhưng nếu gặp trường hợp TKMPTP áp lực, bệnh nhân khó thở dữ dội.
- Ho khan hoặc ho ra máu.
- TC thực thể điển hình của TKMP: HC 2 giảm, 1 tăng (rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm và gõ vang) nếu >25% diện tích ở 1 bên phổi bị xẹp.

2.2. Ba mức độ của TKMP

Để thống nhất và có điều trị cụ thể, dựa trên X quang ngực thẳng, người ta chia làm:

- TKMP lượng ít: nếu lượng khí mất vào trong khoang màng phổi <20% dung tích của 1 bên phổi.
- TKMP lượng vừa: nếu lượng khí mất vào trong khoang màng phổi từ 20-40% dung tích của 1 bên phổi.
- TKMP lượng nhiều: nếu lượng khí mất vào trong khoang màng phổi >40% .Và tình trạng nặng nhất là phổi bên đó bị ép hoàn toàn về phía rốn phổi.
- TKMP áp lực: ngực căng phồng, TM cổ nổi, tím người và thường kèm theo trụ mạch.
Trên X quang: có khoảng sáng tách biệt rõ giữa lá thành với lá tạng màng phổi. Xquang sẽ bị hạn chế nếu bệnh nhân chụp ở tư thế nằm hoặc nửa ngồi. Hình ảnh sẽ rõ hơn nếu chụp ở cuối thì thở ra, bởi vì khi ấy dung tích phổi thu nhỏ lại và tăng mật độ, phân biệt sẽ rõ với lượng khí tụ lại trong khoang màng phổi. Mặc dù kén khí vỡ là nguyên nhân chính của TKMPTP, nhưng chỉ có 15% thấy được kén khí trên phim Xquang.
CT Scan rất cần thiết, để giúp phân biệt với các kén khí to, cũng như giúp xác định được đầu ống dẫn lưu trong lồng ngực (nếu có).

2.3.Chẩn đoán phân biệt:

Bệnh cảnh của TKMP tương đối điển hình cho nên phân biệt dễ dàng với các bệnh cảnh khác trên LS, nhất là vai trò phổ biến rộng rãi của X Quang.

3.Điều trị tkmp:

Chỉ định điều trị đầu tiên TKMPTP tùy thuộc TC của bệnh nhân và mức độ TKMP. Với TKMP lượng nhỏ và không có TC, khí thường được hấp thu trong vòng vài ngày.

3.1.Điều trị nội khoa bảo tồn:

Tràn khí màng phổi lượng ít, bệnh nhân không khó thở, huyết động ổn định, kích thước TKMP không tăng lên sau 6-8 giờ, có thể điều trị bảo tồn nội khoa và theo dõi nội viện, chụp kiểm tra X quang ngực thẳng mỗi ngày. Với 1 TKMP không biến chứng thì mỗi ngày màng phổi hấp thu được 1% thể tích khí ấy. Có thể chọc hút khí bằng kim để giảm nhanh lượng khí trong khoang màng phổi.

Với bệnh nhân không có TC hoặc TKMP lượng ít, vài ý kiến chủ trương đặt DLMP nối vào van Heimlich cho ra viện và theo dõi.

3.2.Phẫu thuật dẫn lưu màng phổi (DLMP):

- **Chỉ định:**
 - TKMP lượng ít tiến triển (X quang, TC lâm sàng).
 - TKMP lượng trung bình của 1 bên phổi.
 - TKMP 2 bên.
 - TKMP trên bệnh nhân có phổi đã bị cắt.
 - TKMP mà cần phải giúp thở (thở máy).

- TKMPTP trên nền bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD): suy hô hấp cấp thường xảy ra, bắt buộc phải đặt DLMP khẩn cấp, cho dù lượng ít.
- **Kỹ thuật:** đặt DLMP ở liên sườn IV đến VI, đường nách giữa hoặc nách trước và đầu ống đưa lên trên. Không nên dẫn lưu TKMP ở liên sườn II, đường trung đòn. Hút hệ thống DLMP liên tục (áp lực từ 20-25cm nước) là điều cần thiết, nhưng nếu DL đơn thuần cũng chấp nhận ở các nơi không đủ điều kiện.
- **Theo dõi:** khi phổi nở lại, 2 lá màng phổi áp sát lại nhau, bệnh nhân sẽ kêu đau. Nếu hút để cho phổi nở ngay sau đặt DLMP, bệnh nhân sẽ đau chói, khó chịu...rồi sau đó mới giảm dần. Vì vậy, nên hút từ áp lực hút nhỏ và tăng dần. X quang nhiều lần sau DLMP và theo dõi bọt khí thoát đều đặn ra bình dẫn lưu của chu kì hít thở. Khi phổi đã nở hoàn toàn, nên lưu giữ ống dẫn lưu thêm 24 giờ tiếp.

Chú ý, nếu cho phổi nở quá nhanh, nhất là các TKMP lượng nhiều có thể gây ra phù phổi. Tử suất là 20% mà nguyên nhân chưa được rõ.

Nếu bọt khí ngưng ra trong 24h và ho hoặc làm nghiệm pháp Valsalva cũng âm tính, tức lỗ rách đã lành.

- **Biến chứng:**
 - DLMP quá lâu gây viêm mủ màng phổi.
 - 20% gây tràn dịch màng phổi.
 - Tràn máu màng phổi, gần 3% các trường hợp. Máu thường chảy từ chỗ vỡ-rách các dây dính trên màng phổi thành hoặc do rách mạch máu nuôi bóng khí. Hiếm hơn nữa là chảy máu thành ngực, kéo rách TM chủ, nếu có phải mở ngực cấp cứu

3.3. Phẫu thuật gây xơ dính màng phổi bằng hóa chất: (như bột talc hoặc chất tạo xơ khác)

Chỉ định trong trường hợp TKMPTP tái phát mà nguy cơ phẫu thuật thám sát khoang màng phổi cao. Phương pháp này giúp giảm tỷ lệ tái phát còn phân nửa.

3.4. Phẫu thuật thám sát khoang màng phổi:

- Chỉ định: mở ngực hoặc mổ nội soi.
- Lỗ dò phế quản-màng phổi quá to. Phổi không thể nở được dù đặt 2 ống DL có hút liên tục. Thường nghe được âm thổi vò trên lâm sàng, >48 h với các TKMPTP nguyên phát hoặc >96h với các TKMPTP thứ phát.
- Vẫn còn dò khí sau 5-10 ngày.
- TKMP cùng lúc cả 2 bên.
- TKMP tái phát. Tỷ lệ tái phát của TKMPTP nguyên phát sau lần đầu tiên (lần 2) là 20-50% trong đó 90% là tái phát cùng bên. Tỷ lệ tái phát lần 3 tăng lên từ 60-80%. Tỷ lệ

tái phát lần 4 >85%. Nguy cơ TKMPTP bên đối diện sau TKMPTP lần đầu là 10%. Do đó nên chỉ định thám sát khoang màng phổi khi tái phát lần 2.

- TKMP trên bệnh nhân đã mổ cắt phổi.
 - TKMP ở bệnh nhân đã có tiền căn TKMP ở bên đối diện.
 - TKMP lần đầu đối với bệnh nhân có 1 số nghề đặc biệt như phi công, thợ lặn, vận động viên nhảy dù.
- Kỹ thuật: Vì đại đa số kén khí vỡ thuộc đỉnh của thùy trên phổi, nên mổ đường xuyên nách 3-5cm là thuận lợi và ít biến chứng nhất.

Nội soi lồng ngực mang lại kết quả tương đương với PT kinh điển, nhưng nhẹ nhàng hơn gấp nhiều lần, ngày nay dần thay thế cho phẫu thuật mở.

Mục tiêu mổ là đóng kín lại chỗ dò khí từ phổi, dùng kim chỉ may thông thường, nhưng tốt hơn là dùng stapler vì nhanh và hiệu quả hơn.

Lưu ý trong điều trị TKMPTP áp lực:

TKMP áp lực chỉ xuất hiện từ 2-3% các trường hợp. Với bệnh nhân TKMP áp lực (tension pneumothorax), khó thở tăng nhanh, nhịp tim nhanh, diễn tiến nguy kịch, phải chọc hút khẩn cấp (khi chọc dò sẽ thấy khí đầy ngược piston). Sau đó DLMP khẩn, vì chờ đợi X quang bệnh nhân có thể chết do trụy tim mạch. Trên Xquang, nếu có, sẽ thấy trung thất và khí quản bị đẩy lệch về phía bên đối diện. Nếu đã DLMP mà có TC TKMP áp lực, thì phải mở băng ra quan sát kỹ, kiểm tra ống xem có bị gấp góc hoặc tắc nghẽn không, bởi vì chờ chẩn đoán xác định thì bệnh nhân tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Bordow R.A and Moser K.M (1996): “ Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Management “. *Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine;4th* . Ed: Ed. By R.A .Bordow and K.M . Moser: A little Brown & Co.USA: 221-27
- 2) Clausen J.L. 1996: “Pneumothorax”. *Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine; 4th Ed: Ed. By R.A .Bordow and K.M . Moser: A little Brown & Co.USA: 60-64*
- 3) Cohen R.G., DeMeester T.R and Lafontaine E. (1995): “ Pneumothorax- The Pleura” *Surg. Of the chest, Sabiston – Spencer, 6 ED. W.B. Saunder Co. Philadelphia: 523-535*
- 4) Lukanich J.M, Grondin S.C. Sugarbaker D.J. (2001): “ Pneumothorax- chest Wall and Pleura” *T. of surg.16 Ed. Bauchamp Evers Mattox. W.B. Saunder Co. Philadelphia: 1180-1182*
- 5) Mault J.R. (1997): “Surgical Management of Pulmonary Emphysema”. *T. of Surg. 15 Ed. David Sabiston, W.B. Saunder Co. Philadelphia 1838-1844.*