

# TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là hiện tượng tích dịch quá mức sinh lý trong khoang màng phổi.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Khó thở.
- Đau ngực ( đau nhói, tăng khi hít sâu).
- Hội chứng 3 giảm ( Âm phế bào giảm, rung thanh giảm, gõ đục).

### 2.2. Cận lâm sàng :

#### 2.2.1. Xét nghiệm thường quy

**1.1.1.1. X quang phổi qui ước:** Mờ góc sườn hoành

**1.1.1.2. Siêu âm màng phổi:** phân biệt giữa tràn dịch và dây dính, xác định được tràn dịch khu trú.

**1.1.1.3. Chọc dò màng phổi:**

#### Chỉ định:

- TDMP thường được phát hiện bằng thăm khám hoặc bằng chẩn đoán hình ảnh. Siêu âm, X quang tiêu chuẩn luôn luôn cần thiết để xác định sự hiện diện của dịch màng phổi trước khi tiến hành chọc. Hầu hết các bệnh nhân có TDMP cần chọc dịch màng phổi để xác định bản chất của dịch (dịch thấm hay dịch tiết) và xác định nguyên nhân (ví dụ bệnh ác tính, nhiễm trùng...)
- Có hai trường hợp thường không yêu cầu chọc dịch màng phổi: có một lượng dịch nhỏ và chẩn đoán chắc chắn (ví dụ viêm màng phổi do virus) hoặc suy tim rõ ràng trên lâm sàng. Các đặc điểm không điển hình trên bệnh nhân suy tim nên cân nhắc chọc dịch màng phổi để chẩn đoán bao gồm:
  - Tràn dịch 2 bên có kích thước khác nhau rõ rệt.
  - Đau ngực kiểu màng phổi.
  - Sốt.
  - Thiếu hình ảnh bóng tim to trên X quang.

- Siêu âm tim không phù hợp với suy tim.
- BNP không phù hợp với suy tim.
- Độ chênh lệch oxy phế nang – động mạch lớn hơn so với dự kiến suy tim.
- TDMP không giải quyết được bằng điều trị suy tim.

**Chống chỉ định:**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Cần thận trọng với các trường hợp:
  - Bệnh nhân đang dùng kháng đông hoặc chảy máu tạng với PT hay PTT lớn gấp đôi bình thường hoặc tiểu cầu dưới 50.000 / mm<sup>3</sup> hoặc creatinine huyết thanh > 6 mg/dL.
  - Nhiễm trùng da tại chỗ.

**Biến chứng:**

- Đau tại chỗ, chảy máu (ví dụ tụ máu tại chỗ, tràn máu màng phổi, tràn máu phúc mạc), tràn khí màng phổi, viêm mũ màng phổi, nhiễm trùng mô mềm, đâm thủng gan hoặc lách, sốc vasovagal, phản ứng với thuốc gây tê, phù phổi cấp nếu rút lượng dịch quá nhiều.

**2.2.2. Xét nghiệm chuyên biệt:**

2.2.2.1. **CT scanner ngực:** nên được làm cho tất cả bệnh nhân tràn dịch không rõ chẩn đoán.

- CT scanner mạch máu phổi nếu nghi đến thuyên tắc phổi

**2.2.2.2. Sinh thiết màng phổi:**

- Được thực hiện sau CT scanner ngực ở bệnh nhân tràn dịch.
- Một số kỹ thuật sinh thiết màng phổi qua da gồm sinh thiết màng phổi kín và sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn CT scanner ngực
- Sinh thiết màng phổi kín khi nghi ngờ lao.
- CT scanner hướng dẫn sinh thiết khi thấy khối u trên màng phổi
- Sinh thiết màng phổi qua nội soi để chẩn đoán u ác tính khi không thể quan sát qua CT ngực, khi sinh thiết màng phổi qua da âm tính hoặc khi có nghi ngờ bệnh lý
- Sinh thiết màng phổi bằng phẫu thuật mở lồng ngực được thay thế bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực.

2. **NGUYÊN NHÂN:** 15% - 20% không tìm được nguyên nhân.

### 3.1. Bản chất dịch:

Chẩn đoán nguyên nhân bắt đầu bằng phân tích dịch màng phổi về sinh hóa để xác định xem đây là TDMP dịch thấm hay tiết dựa vào tiêu chuẩn Light.

<b>TDMP dịch tiết</b>	<b>TDMP dịch thấm</b>
Khi thỏa mãn <b>ít nhất 1</b> trong các tiêu chuẩn sau: + Protein DMP/protein máu > 0,5 + LDH DMP/LDH máu > 0,6 + LDH DMP > 2/3 giới hạn trên bình thường của LDH máu.	Khi thỏa mãn <b>cả 3</b> tiêu chuẩn sau: + Protein DMP/protein máu < 0,5 + LDH DMP/LDH máu < 0,6 + LDH DMP < 2/3 giới hạn trên bình thường của LDH máu.

Bất kỳ một TDMP dịch thấm mạn tính nào cũng có thể chuyển thành dịch tiết, nhất là khi dùng lợi tiểu kéo dài, với tăng protein ở mức độ vừa phải (TDMP giả dịch tiết).

**Tiêu chuẩn chẩn đoán thay thế** với độ chính xác tương tự tiêu chuẩn Light nhưng không yêu cầu đo đồng thời lượng protein và LDH của huyết thanh. Thỏa mãn ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau để chẩn đoán dịch tiết:

- Protein dịch màng phổi > 2,9 g/dL.
- Cholesterol dịch màng phổi > 45 mg/dL (1,165 mmol/L).
- LDH dịch màng phổi > 0,45 lần giới hạn trên bình thường của LDH huyết thanh.

### 3.2. Dựa trên các chỉ số dịch màng phổi:

	Trị số bình thường	Trị số bất thường	Chẩn đoán
<b>Protein</b>	1-2 g/dL	7 – 8 g/dL	Đa u tủy
		> 4 g/dL	Lao
<b>LDH</b>	<50% LDH huyết thanh	1000 IU/L	Tràn mủ MP Thấp khớp Ác tính Sán lá
<b>Glucose</b>	Glucose huyết thanh	< 60 mg/dL hay GDMP/HT < 0,5 < 10 mg/dL	Thấp khớp TDMP cận viêm Viêm mủ màng phổi Ác tính Lao Lupus Vỡ thực quản
<b>ADA</b>		> 35 Độ đặc hiệu càng tăng khi tỉ lệ lympho bào trên BCĐNTT cao hơn 75% và ADA > 50	Lao
<b>Amylase</b>		Amylase DMP/HT > 1	Viêm tụy cấp Ác tính Vỡ thực quản
<b>Tế bào</b>		Lympho tăng > 85%	Lao Ung thư Thấp khớp Hội chứng móng tay vàng TD dưỡng thấp Carcinoma
		Lympho 50 – 70%	
		Eosinophile tăng (> 10% nucleated cells)	Tràn máu MP Nấm Nhồi máu phổi Thuốc
		Mesothelial cells > 5%	Loại trừ lao.
<b>pH</b>	7,6 Dịch thấm : 7,4 – 7,55 Dịch tiết : 7,3 – 7,45	< 6,0	Vỡ thực quản
		6,0 – 7,0	Thấp khớp TDMP cận viêm Tràn mủ MP
		< 7,3	Ác tính Lao

**NGUYÊN NHÂN GÂY TDMP:**

**A/ Tràn dịch màng phổi dịch thấm:**

1. Suy tim ứ huyết
2. Xơ gan
3. Thuyên tắc phổi
4. Hội chứng thận hư
5. Thảm phân phúc mạc
6. Tắc tĩnh mạch chủ trên
7. Phù niêm
8. Urinothora

**B/ Tràn dịch màng phổi dịch tiết:**

**1. Bệnh ác tính:**

- + Di căn
- + U trung mô

**2. Bệnh nhiễm trùng:**

- + Nhiễm vi trùng
- + Nhiễm lao
- + Nhiễm nấm
- + Nhiễm siêu vi
- + Nhiễm ký sinh trùng

**3. Thuyên tắc phổi**

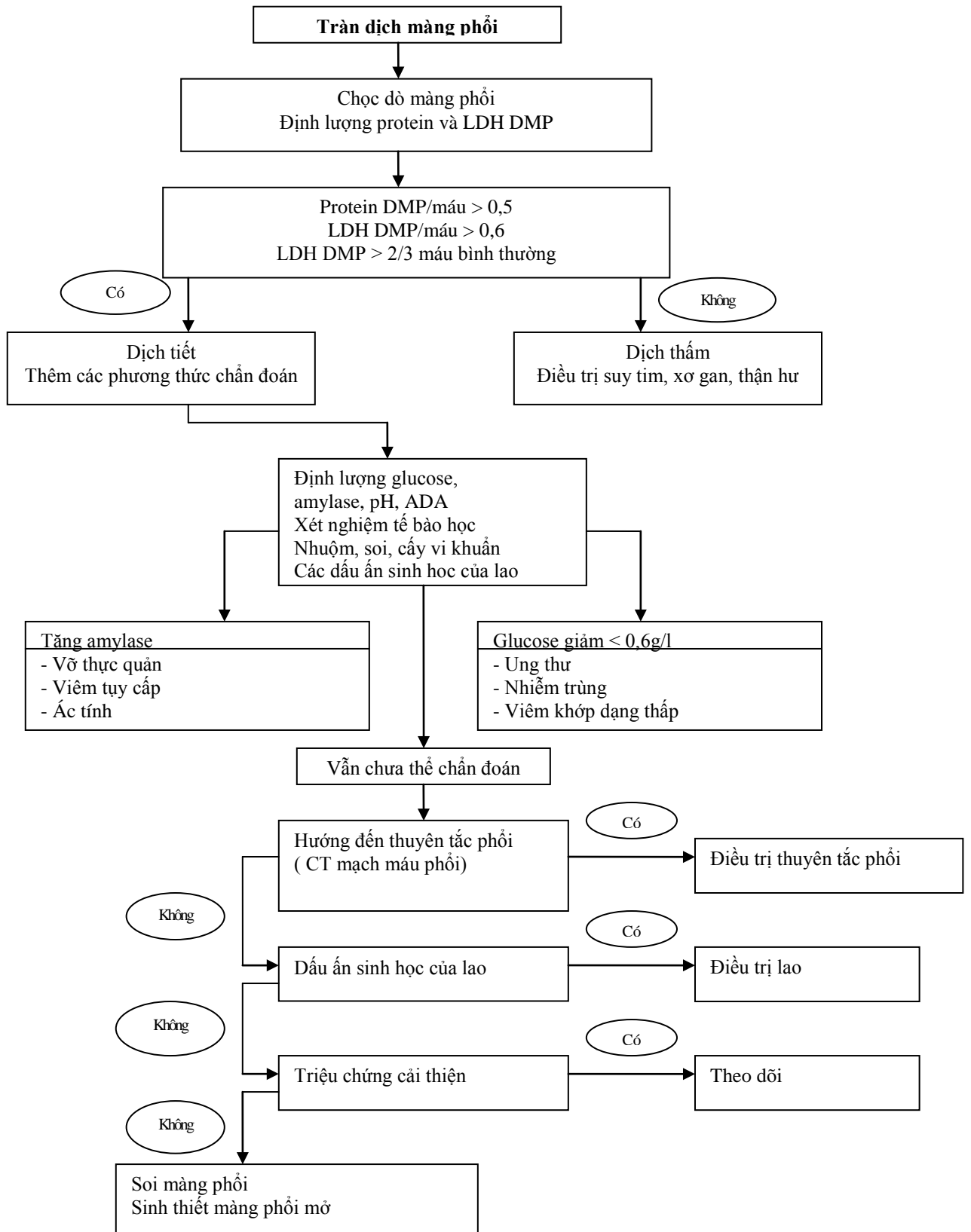
**4. Bệnh tiêu hóa:**

- + Thủng thực quản
- + Viêm tụy cấp
- + Áp-xe trong ổ bụng
- + Thoát vị cơ hoành
- + Sau gây xơ chống dẫn tĩnh mạch
- + Sau phẫu thuật ổ bụng
- + Sau ghép gan

**5. Bệnh mạch máu và hệ tạo keo:**

- + Viêm khớp dạng thấp
- + Lupus ban đỏ hệ thống

- + Lupus do thuốc
- + Bệnh hệ Lympho tế bào miễn dịch non
- + Hội chứng Sjogren
- + Bệnh tăng BC hạt Weneger
- + Hội chứng Churg – Strauss
- 6. Sau phẫu thuật bắt cầu động mạch vành**
- 7. Nhiễm amiang phổi**
- 8. Bệnh sarcoidosis**
- 9. Tăng ure máu**
- 10. Hội chứng Meigs**
- 11. Hội chứng móng vàng**
- 12. Bệnh màng phổi do thuốc:**
  - + Nitrofurantoin
  - + Dantrolene
  - + Methysergide
  - + Procarbazine
  - + Amiodarone
- 13. Phổi kẹt**
- 14. Điều trị bằng tia xạ**
- 15. Hội chứng sau tổn thương tim**
- 16. Tràn máu màng phổi**
- 17. Tổn thương do thầy thuốc gây nên**
- 18. Hội chứng quá kích buồng trứng**
- 19. Bệnh màng ngoài tim**
- 20. Tràn dịch màng phổi dưỡng trấp**



## 5. ĐIỀU TRỊ

**5.1. Điều trị hậu quả của tràn dịch màng phổi:** gây suy hô hấp -> điều trị suy hô hấp: thở oxy, chọc tháo dịch màng phổi, dẫn lưu khoang màng phổi.

### 5.2. Điều trị nguyên nhân

**5.2.1. TDMP dịch thấm:** thường đáp ứng với các điều trị căn nguyên. Thông thường, điều trị lợi tiểu là cần thiết.

#### 5.2.2. TDMP dịch tiết

##### 5.2.2.1. Lao màng phổi

- Điều trị LMP như điều trị lao theo phác đồ chuẩn.
- Cần tháo dịch màng phổi triệt để và sớm để hạn chế dày dính màng phổi.

##### 5.2.2.2. Ung thư màng phổi

- Ung thư màng phổi tiên phát (mesothelioma): đáp ứng kém với hóa trị liệu (<20%).
- Các biện pháp điều trị tại chỗ: tháo dịch màng phổi để chống suy hô hấp, xơ hóa màng phổi làm chậm quá trình tiết dịch. Không có bằng chứng thuyết phục về hiệu quả của điều trị hóa chất tại chỗ.

##### 5.2.2.3. Tràn dịch dưỡng trấp (chylothorax)

- Chẩn đoán: Triglyceride > 110mg/dL và Cholesterol DMP > 250 mg/dL.
- Điều trị: dẫn lưu màng phổi và chế độ ăn giảm mỡ. Gây dính màng phổi thường có hiệu quả kém. Có thể giải quyết tràn dịch dưỡng trấp bằng tạo shunt màng phổi – màng bụng. Điều trị triệt để bằng phẫu thuật khâu lỗ thủng của ống ngực.

##### 5.2.2.4. Tràn máu màng phổi

- Chẩn đoán xác định khi hematorit ít nhất bằng 50% giá trị của máu.
- Đặt ống dẫn lưu màng phổi có kích thước lớn (>28F) giúp tránh dày dính màng phổi về sau, theo dõi lượng máu chảy để biết mức độ tổn thương, giảm biến chứng tạo mũ, có thể bơm tại chỗ thuốc tiêu sợi huyết nếu cần. Nếu lượng máu chảy nhiều (>200ml/giờ trong 2 giờ liên tiếp) cần đặt vấn đề điều trị ngoại khoa.



#### 5.2.2.5. *Tràn mủ màng phổi và tràn dịch màng phổi cận viêm*

- Xét nghiệm vi khuẩn chỉ phát hiện được khoảng 50% các trường hợp. 50% phân lập được một loại vi khuẩn, trong đó gram (+) chiếm 50%, 25% gram (-) và 25% là kỵ khí.
  - + Nhiễm trùng cộng đồng: KS theo kinh nghiệm với cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3 (hoặc betalactam + ức chế betalactamase) kết hợp với Clindamycin hoặc Metronidazole.
  - + Nhiễm trùng bệnh viện: Cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 (hoặc Imipenem) kết hợp với Aminoglycoside hoặc Clindamycin/Metronidazole.
- Các trường hợp phân lập được vi trùng gây bệnh thì điều trị theo KSD.
  - + Điều trị tại chỗ kết hợp: dẫn lưu dịch màng phổi có tiên lượng tốt khi màng phổi chưa dày, khoang màng phổi không bị chia thành nhiều ổ. Dẫn lưu dịch cần kết hợp với bơm rửa màng phổi. Thời gian lưu ống dẫn lưu thường trong 2 tuần. Nếu diễn biến không thuận lợi, khoang mủ không thu nhỏ, ống dẫn lưu không rút được sau 21 ngày, triệu chứng nhiễm trùng còn thì nên chuyển điều trị ngoại khoa.
  - + Điều trị ngoại khoa: tùy theo tình trạng khoang mủ màng phổi mà có các chỉ định điều trị ngoại khoa khác nhau: bóc vỏ màng phổi, mở cửa sổ màng phổi – thành ngực, cắt xương sườn lấp khoang mủ màng phổi, hoặc đơn giản là điều trị ngoại khoa bằng nội soi màng phổi có hệ thống video trợ giúp.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phác đồ điều trị bệnh viện Chợ Rẫy.
2. Harrison Pulmonary and Criticalcare Medicine 17<sup>th</sup> Ed, 2010. Pleural Effusions.
3. John E Heffner, MD. Diagnostic evaluation of a pleural effusion in adults: initial testing and additional tests for undetermined etiology & Diagnostic thoracentesis. <http://www.uptodate.com>.