

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

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa: là sự hiện diện của khí trong khoang màng phổi.

1.2. Nguyên nhân:

- Tự phát nguyên phát (bn trẻ, thể trạng gầy, cao)
- Tự phát thứ phát sau bệnh lý phổi (COPD, lao, hen PQ,...)
- Vết thương ngực hở, chấn thương ngực kín

1.3. Phân loại: TKMP lượng ít-vừa-nhiều.

❖ **TKMP tự nhiên:** là TKMP không phải do chấn thương hoặc vết thương ngực gây ra, chia làm 2 nhóm:

a. **TKMP tự nhiên tiên phát:**

- Xuất hiện ở người khỏe mạnh, không có bệnh lý phổi từ trước
- Nam/nữ: 3/1
- Cơ chế gây TKMP chưa rõ ràng, thường do vỡ các bóng khí ở đỉnh phổi
- Các yếu tố nguy cơ gây TKMP tự nhiên tiên phát: hút thuốc, cao gầy, có thai (hiếm), yếu tố gia đình

b. **TKMP tự nhiên thứ phát:**

- Thường gặp ở người có bệnh phổi từ trước, tiên lượng xấu hơn TKMP tự nhiên tiên phát
- Nhiều bệnh phổi có thể gây ra:
 - Nhiễm khuẩn: lao phổi, viêm phổi do tụ cầu vàng, VK Gr-, ...
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
 - Hen phế quản
 - Nguyên nhân khác: ung thư phế quản, xơ phổi, bệnh phổi kẽ, AIDS...

❖ **TKMP do chấn thương:**

a. *Tổn thương trực tiếp: thùng thành ngực do vật sắc nhọn, hỏa khí, gãy xương đâm vào phổi*

b. *Tổn thương gián tiếp: do tăng áp lực lồng ngực.*

c. *TKMP do thầy thuốc: do biến chứng của chẩn đoán hoặc điều trị*

- Chọc kim hút qua thành ngực.
- Đặt catheter dưới đòn chọc vào đỉnh phổi.
- Chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi, sinh thiết khối u qua nội soi phế quản.
- Chấn thương áp lực trong thông khí nhân tạo.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:2.1. Lâm sàng

- Khó thở, ho khan, ho do kích thích (khi hít sâu), dấu hiệu phì phò
- Nghe phổi: tam chứng Galliard 2 giảm 1 tăng trong đó: GIẢM âm phế bào, GIẢM rung thanh, gõ VANG vùng phổi.

2.2. Cận lâm sàng:

- Xquang phổi: Tăng sáng phế trường (khoảng tăng sáng vô mạch), đẩy lệch khí quản (tràn khí áp lực), tràn khí dưới da (\pm)

3. CHẨN ĐOÁN:3.1. Tiêu chuẩn xác định:

- Bệnh nhân bị chấn thương ngực.
- Hội chứng 2 giảm 1 tăng bên phổi tổn thương.
- X-Quang ngực phát hiện khí màng phổi.

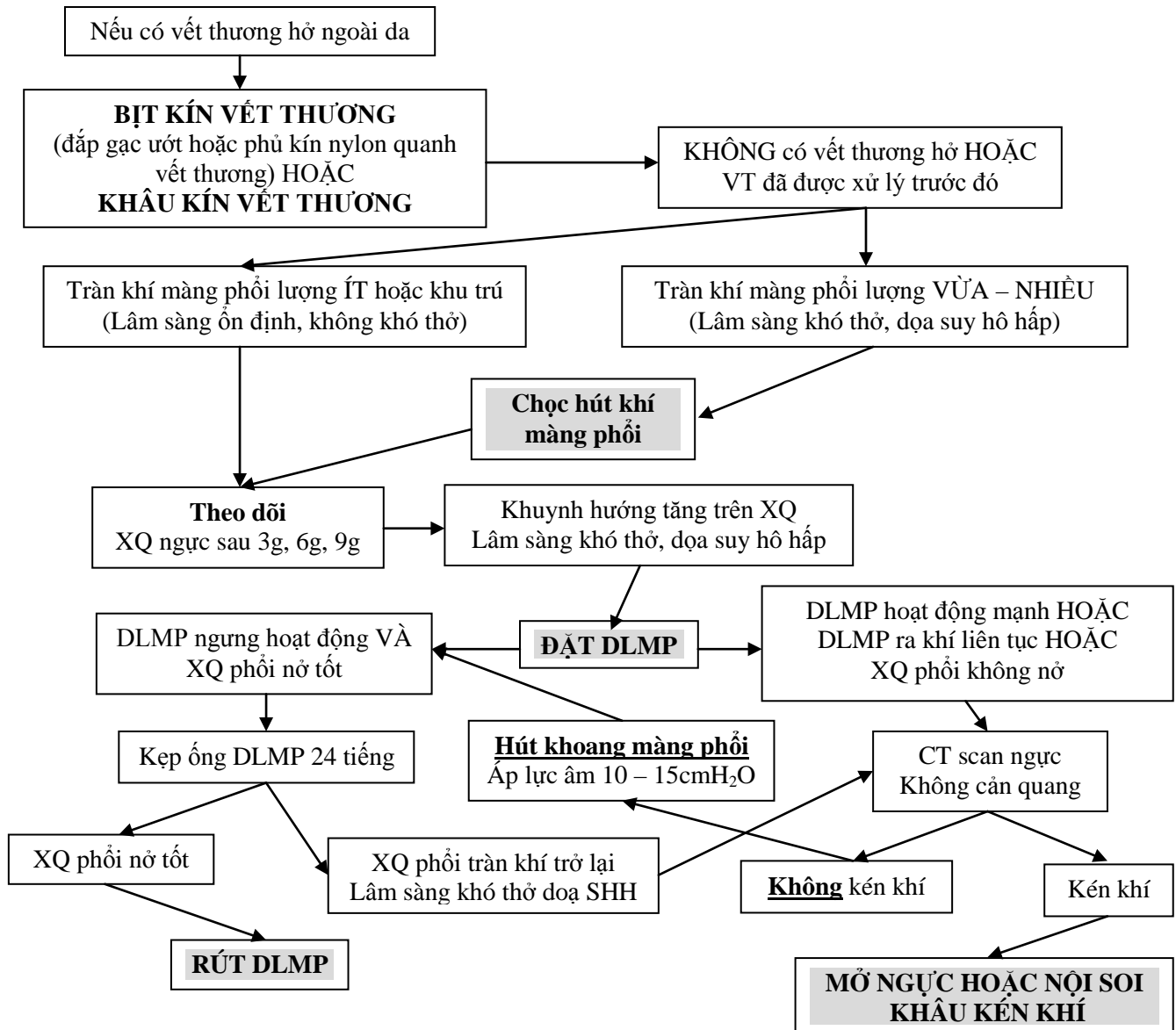
3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Thoát vị hoành.
- Dây dính màng phổi.

4. ĐIỀU TRI:

4.1. Mục đích: dẫn lưu khí ra khỏi khoang màng phổi để phổi nở hết.

4.2. Lưu đồ xử trí:



5. THEO DÕI TÁI KHÁM:

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Bệnh nhân chấn thương ngực.
- Khám lâm sàng: có hội chứng 2 giảm 1 tăng.
- Cận lâm sàng: X-Quang ngực phát hiện khí màng phổi.

5.2. Theo dõi: xử trí tùy mức độ lượng khí trong khoang màng phổi (lưu đồ xử trí)

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

- Bệnh nhân có tràn khí lượng ít sau theo dõi 3-4 ngày không tăng thêm.
- Bệnh nhân sau rút dẫn lưu màng phổi: lâm sàng ổn, X-Quang hết khí.

5.4. Tái khám:

- Tái khám ngay khi đau ngực, khó thở nhiều,
- Tái khám sau 1 tuần để chụp X-Quang phổi kiểm tra và cắt chỉ vết mổ (nếu có)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Công Minh (2008): Tràn khí màng phổi – Chấn thương ngực. Nhà Xuất bản y học, trang 14-20.
2. Charles Brunickardi, MD, FACS (2010): Part II Specific Considerations, Chapter 5 Chest Trauma - *Schwartz's Principles of Surgery* – 9th Ed. P.872-890.
3. Courtney M. Townsend, JR., MD (2012): Section XI Chest, Chapter 60 Chest Trauma - *Sabiston Textbook Of Surgery* – 19th Ed. P.907-1009.
4. Robert M. Zollinger, Jr., MD, FACS (2011): Plate 47 Chest Trauma - *Zollinger's Atlas Of Surgical Operations* – 9th Ed. P334-350.