**ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

**1. Tràn Khí Màng Phổi Tự Phát**

Tràn khí màng phổi (TKMP) tự phát là dạng tràn khí không có nguồn gốc chấn thương, do vỡ kén khí hoặc bong bóng khí làm khí thoát vào trong khoang màng phổi.

**2. Tràn Khí Màng Phổi Tự Phát- Nguyên Phát.**

Là TKMP tự phát xảy ra trên những bệnh nhân không có bệnh lý phổi trước đó.

**3. Tràn Khí Màng Phổi Tự Phát - Thứ Phát**: là hậu quả của một quá trình bệnh lý phổi có sẵn, đa số là do bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) và lao.Ngoài ra có thể gặp trong ung thư phổi ( nguyên phát hoặc di căn ), xơ nang phổi, nang sán chó,...

**4. Tràn Khí Màng Phổi Theo Chu Kỳ Kinh:** được Maurer và Cs mô tả năm 1968 .Đến năm 1972 mới được mang tên tràn khí màng phổi theo chu kỳ kinh.Thường xảy ra ở phụ nữ từ 30-40 tuổi

**5. Tràn Khí Màng Phổi Tự Phát Ở Trẻ Em.**

- Ở trẻ sơ sinh liên quan với bệnh màng trong ,bệnh thận bẩm sinh, hội chứng Potter và hít nước ối.

- Ở trẻ em TKMP tự phát thứ phát sau bệnh xơ nang phổi

**II. CHẨN ĐOÁN TRÀN KHÍ MÀNG PHỒI TỰ PHÁT.**

**Lâm Sàng**

**A. Triệu Chứng Cơ Năng**

Đau ngực là triệu chứng nổi bật trong TKMP tự phát nguyên phát. Thường bệnh nhân đột ngột đau ngực bên tổn thương (kiểu đau màng phổi). Đau tăng lên khi hít sâu hoặc khi chuyển động thân người, khởi đầu đột ngột, sau đó chuyển dần sang đau âm ỉ. Thường sau 3 ngày thì hết đau, do cơ chế thích nghi. Có 10% các trường hợp thì không đau.

• Khó thở thừơng xảy ra trong TKMP tự phát thứ phát.

• Ho

**B. Triệu Chứng Thực Thể:**

- Triệu chứng thực thể điển hình của TKMP là tam chứng Galliard: rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ vang. Chú ý với những bệnh nhân bị khí phế thủng, khám lâm sàng đơn thuần khó phát hiện.

- Tràn khí trung thất có dấu Hamman (tiếng cọ trung thất trong cả hai thì tâm thu và tâm trương) và triệu chứng tràn khí dưới da.

**1. Cận Lâm Sàng:**

- X quang phổi tiêu chuẩn là chủ yếu để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ TKMP.

Trên thực tế trong chỉ định điều trị, dựa trên Xquang phổi thẳng tiêu chuẩn, ở người lớn chia làm hai mức độ:

 TKMP mức độ ít: nếu lượng khí trong khoang màng phổi <20 % dung tích một bên phổi (khoảng cách giữa 2 lá màng phổi < 1 cm).

• TKMP mức độ nhiều: nếu lượng khí trong khoang màng phổi > 20% dung tích một bên phổi (khoảng cách giữa 2 lá màng phổi >1 cm). Khi lá tạng cách lá thành 3 cm, tức là giảm 50% dung tích một bên phổi. Tình trạng nặng nhất là phổi bên đó bị đẩy ép hoàn toàn về rốn phổi.

- Thường kèm theo hình ảnh tràn dịch màng phổi lượng ít.

- CT scanner rất cần thiết để giúp phân biệt với các kén khí to, khí phế thủng cũng như giúp xác định được đầu ống dẫn lưu (nếu có) trong ngực.

- ECG có thể thấy thay đổi ST-T không dặc hiệu, thường dùng để loại trừ các trường hợp lói ngực do nhồi máu cơ tim hoặc thuyên tắc phổi.

**3. Chẩn Đoán Phân Biệt:**bệnh cảnh của TKMP tương đối điển hình, cho nên phân biệt dễ dàng với các bệnh cảnh khác. Tuy nhiên, cần phân biệt với khí phế thủng và kén khí lớn dựa trên CT scanner.

**III. ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT.**

**1.Điều Trị TKMP Tự Phát Nguyên Phát:**

**1.1 Điều Trị Ban Đầu:**

Tràn khí màng phổi mức độ ít, bệnh nhân không khó thở

- Theo dõi bệnh nhân trong vòng 24 - 48 giờ, oxy liệu pháp, chụp x quang phổi kiểm tra

Nếu hết TKMP cho bệnh nhân xuất viện. Hẹn bệnh nhân tái khám sau 1-2 ngày. Đánh giá lại với X quang phổi.

Nếu hết TKMP cho bệnh nhân xuất viện. Hẹn bệnh nhân tái khám sau 1-2 ngày. Đánh giá lại với X quang phổi.

Nếu TKMP không thay đổi hoặc tăng -> chỉ định đặt ống dẫn lưu màng phổi.

TKMP mức độ nhiều hoặc bệnh nhân khó thở bất chấp mức độ TKMP.

- Tất cả bệnh nhân phải nhập viện.

- Đặt ống dẫn lưu màng phổi.

**1.2 Điều Trị TKMP Kéo Dài:**

- Sau đặt ống dẫn lưu 5 ngày , phổi không nở hoặc vẫn còn dò khí -> phẫu thuật nội soi lồng ngực nếu không có chống chỉ định hoặc làm dính màng phổi nội khoa nếu không thể phẫu thuật.

**1.3 Điều Trị Phòng Ngừa TKMP Tái Phát:** làm dính màng phổi bằng phẫu thuật hoặc làm dính màng phổi nội khoa.

Chỉ định:

- Cho những bệnh nhân TKMP lần 2 trở lên.

- Bệnh nhân có nghề nghiệp đặc biệt: phi công, thợ lặn,...

- Bệnh nhân sống xa cơ sở y tế.

**2.Điều Trị TKMP Tự Phát, Thứ Phát.**

**2.1 Điều Trị Ban Đầu:**

Tràn khí màng phổi mức độ ít, bệnh nhân không khó thở

- Bệnh nhân nhập viện.

- Theo dõi, oxy liệu pháp nếu không có chống chỉ định, đặt ống dẫn lưu màng phổi khi tình trạng nặng lên.

TKMP mức độ nhiều hoặc bệnh nhân khó thở bất chấp mức độ TKMP.

- Đặt ống dẫn lưu cho tất cả các trường hợp.

**2.2 Điều Trị TKMP Kéo Dài:**

Phổi không nở hoặc còn dò khí sau đặt ống dẫn lưu 5 ngày: phẫu thuật hoặc làm dính màng phổi nội khoa .

**2.3 Phòng Ngừa TKMP Tái Phát:** làm dính màng phổi bằng phẫu thuật hoặc làm dính màng phổi nội khoa.

**Chỉ Định:** bệnh nhân TKMP lần 2 hoặc lần đầu mà nguy cơ tái phát cao.

- Phẫu thuật nội soi là phương pháp được lựa chọn trước phương pháp làm dính màng phổi vì có tỉ lệ tái phát thấp hơn.