

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI

1. MỤC ĐÍCH

Chọc hút dịch màng phổi nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng phổi
- Chẩn đoán căn nguyên: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng phổi.

2.2. Điều trị

- Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng phổi gây ra như đau ngực, khó thở (chủ yếu làm giảm khó thở).
- Kết hợp với thuốc điều trị căn nguyên, hút dịch cho đến khi hết dịch trong khoang màng phổi.
- Bơm rửa và đưa thuốc vào trong khoang màng phổi để gây dính màng phổi, trong tràn mủ màng phổi, ung thư màng phổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:
 - + Rối loạn đông máu, chảy máu
 - + Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim...
 - + Bệnh nhân quá sợ hãi hoặc suy hô hấp nặng.

4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ THUỐC MEN

- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch
- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kìm Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.

- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 70⁰).

Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 1⁰/₀₀ ... túi thở Oxy,

5. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Giải thích động viên bệnh nhân
- Chụp Xquang phổi thẳng, nghiêng.
- Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.

30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khỏe cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

6. KỸ THUẬT

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi kiểu cưỡi ngựa trên 1 ghế tựa, khoanh 2 tay đặt lên chỗ tựa của ghế, trán đặt vào 2 tay, lưng uốn cong.

- Xác định vị trí chọc kim (thường ở khoang liên sườn 8 – 9 đường nách sau).

- Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 70⁰.

- Trải khăn lỗ

- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng phổi thành.

- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành ngực, sát bờ trên xương sườn. Khi kim vào tới khoang màng phổi sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành ngực.

- Hút bằng máy hút hoặc bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 800ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 12 giờ.

- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Dị ứng thuốc. Cần phải thử phản ứng thuốc tê trước khi làm thủ thuật
- Chảy máu: do chọc vào động mạch gian sườn. Đau do đâm phải thần kinh liên sườn.
 - Choáng do lo sợ, cơ thể yếu, hoặc do phản xạ phó giao cảm. Tùy theo mức độ có thể để bệnh nhân nằm đầu thấp, uống nước chè đường, thở Oxy, Depessolon 30mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng tráng Adrenalin tĩnh mạch, hoặc Dopamin và các can thiệp hồi sức tích cực khác.
- Tràn khí màng phổi do chọc kim làm thủng phổi, hoặc có thể do khí lọt vào qua đốc kim. Cần hút hết không khí ra.
 - Bội nhiễm gây mũ màng phổi. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng.
 - Phù phổi cấp: do hút quá nhanh và quá nhiều. Xử trí như đối với phù phổi cấp.
- Một số tai biến khác như: tắc khí mạnh, chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra.