

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**



**NGUYỄN GIANG NAM**

**NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM  
LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI  
DO LAO TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI THÁI NGUYÊN**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**THÁI NGUYÊN - 2008**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**  
----------

**NGUYỄN GIANG NAM**

**NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM  
SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA TRÀN DỊCH  
MÀNG PHỔI DO LAO TẠI BỆNH VIỆN LAO  
VÀ BỆNH PHỔI THÁI NGUYÊN**

**CHUYÊN NGÀNH: NỘI KHOA**

**MÃ SỐ: 60 72 20**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

*Hướng dẫn khoa học : PGS. TS Nguyễn Văn Tư*

**THÁI NGUYÊN - 2008**

## LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban giám hiệu, Phòng đào tạo Sau đại học Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên. Đảng bộ, Ban giám hiệu Trường cao đẳng y tế Thái Nguyên, đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS - Tiến sĩ Nguyễn Văn Tư, Phó hiệu trưởng Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, người thầy đã tận tình dạy dỗ cung cấp cho tôi những kiến thức, phương pháp luận quý báu và trực tiếp hướng dẫn tôi thực hiện đề tài này.

Xin bày tỏ lòng cảm ơn đến các Thầy cô Bộ môn Nội Trường Đại học Y Thái Nguyên, đã tạo điều kiện giúp cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Với tất cả lòng kính trọng, tôi xin gửi lời cảm ơn tới các thầy trong hội đồng, những người thầy đã góp ý cho tôi nhiều ý kiến quý báu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, phòng KHTH, các khoa lâm sàng, xét nghiệm, Bệnh viện Lao - Bệnh phổi Thái nguyên đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong thời gian học tập và nghiên cứu.

Tôi xin vô cùng biết ơn Cha, Mẹ hai bên, Vợ và những người thân trong gia đình đã giành cho tôi những gì tốt đẹp nhất để tôi học tập và hoàn thành luận văn. Các bạn thân, các đồng nghiệp đã cùng chia sẻ khó khăn, nhiệt tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn này.

Tôi xin ghi nhận những tình cảm và công ơn ấy.

Thái nguyên, ngày 20 tháng 9 năm 2008

*Nguyễn Giang Nam*

## NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

AFB	: Acid Fast Bacilli
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch)
BK	: Bacillus Koch (Trực khuẩn lao)
BN	: Bệnh nhân
CLVT	: Cát lớp vi tính
DMP	: Dịch màng phổi
DOTS	: Directly Observed Treatment Short - course (Điều trị hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát)
HIV	: Human Immuno Defficiency Virus
L	: Lymphocyte
n	: Số bệnh nhân
PCR	: Polymerase Chain Reaction (Phản ứng chuỗi polymerase)
Se	: Sensitivity (độ nhạy)
Sp	: Specificity (độ đặc hiệu)
TDMP	: Tràn dịch màng phổi
T/1	: Tera/ lít, $1T = 10^{12}$
G/1	: Giga/ lít, $1G = 10^9$

## MỤC LỤC

<b>Đặt vấn đề</b> .....	1
<b>Chương 1: Tổng quan tài liệu</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 3
1.1. Sơ lược về giải phẫu, mô học, sinh lý học và cơ chế tràn dịch màng phổi do lao.....	3
1.2. Những nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của TDMP do lao .....	7
<b>Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu</b> .....	18
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	18
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	18
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	18
2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	18
2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	23
2.6. Vật liệu nghiên cứu .....	23
2.7. Xử lý số liệu .....	23
<b>Chương 3: Kết quả nghiên cứu</b> .....	26
3.1. Một số thông tin chung về tuổi, giới, nghề nghiệp .....	26
3.2. Một số đặc điểm lâm sàng.....	28
3.3. Đặc điểm một số xét nghiệm trong TDMP do lao .....	33
<b>Chương 4: Bàn luận</b> .....	40
4.1. Một số thông tin chung. ....	40
4.2. Đặc điểm về lâm sàng .....	42
4.3. Đặc điểm một số xét nghiệm.....	49
4.4. Hình ảnh Xquang phổi chuẩn.....	53
4.5. Hình ảnh siêu âm màng phổi.....	55
<b>Kết luận</b> .....	61
<b>Khuyến nghị</b> .....	63
<b>Tài liệu tham khảo</b>	
<b>Phụ lục</b>	

**DANH MỤC CÁC  
BẢNG VÀ BIỂU ĐỒ TRONG LUẬN VĂN**

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi và giới.....	25
Biểu đồ 3.1. Giới tính và các độ tuổi ở bệnh nhân TDMP do lao.....	25
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	26
Biểu đồ 3.2. Kết quả phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	26
Bảng 3.3. Thời gian khởi phát bệnh đến khi được xác định chẩn đoán.....	27
Bảng 3.4. Kết quả đánh giá tính chất sốt.....	27
Bảng 3.5. Kết quả đánh giá mức độ sốt.....	28
Biểu đồ 3.3. Tương quan tỷ lệ giữa các mức độ sốt.....	28
Bảng 3.6. Các triệu chứng cơ năng.....	29
Bảng 3.7. Các triệu chứng thực thể.....	29
Bảng 3.8. Màu sắc DMP.....	30
Bảng 3.9. Tổng lượng DMP trong quá trình điều trị.....	30
Bảng 3.10. Số lần chọc hút DMP trong quá trình điều trị.....	31
Bảng 3.11. Thời gian hết DMP trong quá trình điều trị.....	31
Bảng 3.12. Kết quả xét nghiệm máu.....	32
Bảng 3.13. Kết quả phản ứng Rivalta, nồng độ protein trong dịch màng phổi.....	33
Bảng 3.14. Kết quả xét nghiệm AFB trong dịch màng phổi.....	33
Bảng 3.15. Kết quả thử nghiệm Mantoux.....	34
Bảng 3.16. Vị trí tràn dịch màng phổi.....	34
Bảng 3.17. Loại tràn dịch.....	35
Bảng 3.18. Mức độ tràn dịch màng phổi.....	35
Bảng 3.19. Tổn thương nhu mô phổi phối hợp.....	35
Bảng 3.20. Vị trí tràn dịch màng phổi.....	36
Bảng 3.21. Loại tràn dịch màng phổi.....	36
Bảng 3.22. Tổn thương màng phổi.....	37
Bảng 3.23. Kết quả đánh giá tương quan mức độ dịch của hình ảnh siêu âm với kết quả chọc hút DMP.....	37

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi do lao là một tình trạng bệnh lý gặp phổ biến trên lâm sàng nó đứng hàng đầu trong các thể lao ngoài phổi, bệnh thường để lại hậu quả rất nặng nề ở màng phổi nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [18]. Theo tổ chức y tế thế giới hiện nay có khoảng 1/3 dân số thế giới tiếp xúc với vi khuẩn lao, mỗi năm có từ 8-9 triệu người mắc lao mới và 3 triệu người chết do lao [8]; Trong số đó tỷ lệ lao ngoài phổi chiếm 20 -30% [28].

Theo một số tác giả trên thế giới và ở Việt Nam thì tỷ lệ lao màng phổi trong số các thể lao ngoài phổi là 25 -27% [18], [44]. Tại Mỹ hàng năm có khoảng 4000 bệnh nhân lao ngoài phổi, trong đó lao màng phổi chiếm 24%. Ở Việt Nam tỷ lệ tràn dịch màng phổi do lao vào viện điều trị chiếm 7-11% ở các cơ sở chống lao [29]. Tại một số địa phương cho thấy tỷ lệ lao màng phổi cũng khá cao, theo Nguyễn Khắc Bạt nghiên cứu trong hai năm 1989 - 1990 tại Hà Nội số bệnh nhân lao màng phổi chiếm tỷ lệ 13,4% [4]. Năm 1991 trong nghiên cứu của Trần Văn Sáu cho thấy trong số 284 bệnh nhân TDMP thì có tới 80,63% do lao [34]. Trong một nghiên cứu khác của Ngô Quý Châu thấy có 548 bệnh nhân TDMP vào điều trị tại khoa hô hấp Bệnh Viện Bạch Mai từ 1996 đến 2000 thì nguyên nhân TDMP do lao gặp với tỷ lệ cao nhất, chiếm tới 72,3% [8].

Hiện nay có nhiều phương pháp cận lâm sàng giúp chẩn đoán TDMP do lao như “ sinh thiết màng phổi chẩn đoán mô bệnh học, phương pháp PCR, CT Scanner vv...” Nhưng các phương pháp trên chưa được áp dụng rộng rãi do giá thành cao cộng với trang thiết bị kỹ thuật còn thiếu, do đó tại rất nhiều cơ sở chống lao trong nước hiện nay số bệnh nhân chẩn đoán dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, có đáp ứng điều trị với thuốc chống lao hay không vẫn còn chiếm tỷ lệ khá cao [34], [35]. Đặc biệt trong tình hình hiện nay cùng với

sự gia tăng của đại dịch HIV/AIDS, sự kháng thuốc của vi khuẩn lao thì ít nhiều đã làm thay đổi bộ mặt lâm sàng, cận lâm sàng của TDMP do lao.

Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên là một cơ sở y tế chuyên sâu, nơi chuyên tiếp nhận các bệnh nhân bị bệnh phổi từ tuyến trước chuyển lên hoặc đến trực tiếp trong đó TDMP rất thường gặp, đặc biệt là những trường hợp TDMP do lao, nhưng hiện nay lại chưa có mấy tác giả nghiên cứu một cách đầy đủ về đề tài này tại viện. Vì vậy nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng của TDMP do lao vẫn là hết sức cần thiết nó giúp cho việc chẩn đoán sớm và hạn chế một phần di chứng của loại bệnh này. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

***Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TDMP do lao tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên***



## Chương I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Sơ lược về giải phẫu, mô học, sinh lý học và cơ chế tràn dịch màng phổi do Lao

#### 1.1.1. Về giải phẫu

- Màng phổi là một thanh mạc gồm 2 lá

\* Lá tạng: bọc sát và dính chặt vào nhu mô phổi lách cả vào các khe giãn thùy phổi. Ở rốn phổi màng phổi tạng quặt ra để liên tiếp với màng phổi thành.

Đường quặt có hình một cái vọt bóng bàn mà cán quay xuống dưới, nơi hai lá màng phổi sát vào nhau để tạo nên dây chằng phổi [13], [38].

\* Lá thành: áp sát phía ngoài màng phổi tạng gồm có.

- Màng phổi trung thất: áp sát phần trung thất của màng phổi tạng.

- Màng phổi sườn: áp sát vào mặt trong lồng ngực.

- Màng phổi hoành: dính sát vào mặt trên của cơ hoành.

- Đỉnh màng phổi: là phần màng phổi thành tương ứng với đỉnh phổi.

\* Ổ màng phổi: là một khoang ảo nằm giữa lá thành và lá tạng, hai màng áp sát vào nhau và có thể trượt lên nhau làm cho phổi nở ra hoặc bé lại lúc hít vào hoặc thở ra [38].

\* Lá tạng chủ yếu do các nhánh của động mạch phổi tưới máu, dẫn lưu tĩnh mạch bằng tĩnh mạch phổi và một phần bằng tĩnh mạch phế quản. Lá thành do động mạch vú trong và động mạch gian sườn tưới máu, dẫn lưu tĩnh mạch do hệ thống tĩnh mạch do hệ thống tĩnh mạch bảo đảm đi về thân tĩnh mạch cánh tay đầu và tĩnh mạch chủ trên [35], [36].

\* Lá tạng có các nhánh của thần kinh giao cảm và phó giao cảm. Lá thành

có một số sợi thần kinh chi phối có nguồn gốc từ dây thần kinh liên sườn [11].

#### 1.1.2. Về mô học

Màng phổi có cấu trúc như sau:

- Lớp trung sản: là những tế bào hình dài liên kết chặt chẽ với nhau.
- Lớp liên kết trung sản: lớp này ở lá thành có những khoang có tác dụng lưu thông hệ thống bạch mạch với lớp dưới trung sản.
- Lớp xơ chun nông.
- Lớp liên kết dưới màng phổi, lớp này có nhiều mạch máu và bạch mạch.
- Lớp xơ chun sâu tiếp giáp với nhu mô phổi ở lá tạng và tiếp giáp với thành ngực ở lá thành [40].

### 1.1.3. Sinh lý học màng phổi

Ở trạng thái bình thường khoang màng phổi có áp suất âm khoảng -4mmHg ở cuối thì thở ra và -7mmHg ở cuối thì hít vào, khi hít vào hết sức áp suất âm trong khoang màng phổi có thể xuống tới -30mmHg, khi thở ra hết sức áp suất âm trong khoang màng phổi còn khoảng -1mmHg [11], [16].

Bình thường trong khoang màng phổi có một lớp dịch lỏng khoảng 5 - 10 ml để hai lá trượt lên nhau được dễ dàng. Sự tạo ra và tái hấp thu dịch tuân theo định luật Starling (theo [23]).

Năm 1963 Landis và Papenheimer biến đổi định luật trên trong nghiên cứu DMP (theo [23]).

$$\text{Áp lực vận chuyển dịch} = k [(HPc - HPif) - (COPc - COPif)]$$

k: hệ số lọc tính bằng ml/giây/cm<sup>2</sup>/ cmH<sub>2</sub>O

HPc: áp lực thủy tĩnh trung bình trong mao mạch tính bằng cmH<sub>2</sub>O

HPif: áp lực thủy tĩnh trung bình quanh mao mạch tính bằng cmH<sub>2</sub>O

(Ở đây là áp lực trung bình trong khoang màng phổi).

COPc: áp lực thẩm thấu keo của huyết tương tính bằng cmH<sub>2</sub>O

COPif: áp lực thẩm thấu keo quanh mao mạch tính bằng cmH<sub>2</sub>O

(Ở đây là áp lực thẩm thấu keo của DMP)

Nếu theo công thức trên không tính đến hệ số lọc k thì công thức trên sẽ là:

$$\text{áp lực vận chuyển dịch} = [(HPc - HPif) - (COPc - COPif)]$$

- Ở màng phổi thành: áp lực vận chuyển dịch = 9 cm H<sub>2</sub>O