

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

Phạm Đức Nguyên*, Phạm Văn Linh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ducnguyenyak37@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tràn khí màng phổi tự phát (TKMPTP) do vỡ kén khí là một cấp cứu ngoại khoa Lồng Ngực- Tim mạch. Việc chẩn đoán và điều trị kịp thời những trường hợp vỡ kén khí gây tràn khí màng phổi là điều rất quan trọng để giảm tỷ lệ biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị, đặc biệt là phẫu thuật nội soi khoang lồng ngực cắt kén khí phổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị TKMPTP tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 35 trường hợp TKMPTP được phẫu thuật nội soi cắt kén khí tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2020. **Kết quả:** Trong 35 bệnh nhân TKMPTP, tỷ số nam:nữ là 16,5:1. 57,2% bệnh nhân có bệnh lý phổi hợp, nhiều nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và di chứng lao phổi cũ. Phổi phải thường bị thương tổn nhiều hơn. Khó thở (97,1%), đau ngực (80%) và tam chứng Galliard (100%) là triệu chứng thường gặp nhất. Hình ảnh trên X-quang lồng ngực hầu hết là tràn khí màng phổi lượng nhiều (91,4%). Hình ảnh trên cắt lớp vi tính (CT Scan) lồng ngực cho thấy 91,4% kén khí ở đỉnh phổi. 88% bệnh nhân được phẫu thuật cắt kén khí bằng stapler. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 94,2%. **Kết luận:** Khó thở, đau ngực và dấu hiệu tam chứng Galliard là dấu hiệu lâm sàng kinh điển của Tràn khí màng phổi tự phát. CT Scan lồng ngực giúp phát hiện kén khí phổi và đánh giá chính xác lượng Tràn khí màng phổi. Phẫu thuật nội soi cắt kén khí phổi điều trị hiệu quả Tràn khí màng phổi tự phát với tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: tràn khí màng phổi, tự phát, nội soi lồng ngực.

ABSTRACT

THE CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TREATMENT FOR SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Pham Duc Nguyen*, Pham Van Linh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Spontaneous pneumothorax due to ruptured bleb is the one of emergency of thoracic-cardiovascular. The prompt diagnosis and treatment of these cases are really important to reduce the rate of complications and shorten the treatment time, especially for laparoscopic surgery to blebectomy. **Objectives:** Describe the clinical features, subclinical and results of laparoscopic surgery treatment for spontaneous pneumothorax in Can Tho Central General Hospital from 2017 to 2020. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 35 cases of spontaneous pneumothorax treated by laparoscopic surgery. **Results:** Of 35 cases spontaneous pneumothorax, the ratio male/female: 16.5/1. 57.2% of patients have coordination disease, the most are chronic obstructive pulmonary disease and sequelae of pulmonary tuberculosis. The right lung is more injured. Dyspnea (97.1%), chest pain (80%) and the Galliard syndrome (100%) are the most common symptoms. Most images on chest x-ray are severity pneumothorax (91.4%). Computed tomography showed that 91.4% of the bleb in the apex lungs. 88% of patients were resected by stapler. The success rate of laparoscopic surgery is 94.2%. **Conclusion:** Dyspnea, chest pain and the Galliard syndrome are the most classical symptoms of spontaneous pneumothorax. Computed tomography show image the bleb and describe exactly the amount of pneumothorax. The laparoscopic surgery is really effective for spontaneous pneumothorax.

Keywords: pneumothorax, spontaneous, thoracic laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi là tình trạng xuất hiện khí trong khoang màng phổi. Tràn khí màng phổi tự phát là tràn khí màng phổi xảy ra tự nhiên, do vỡ kén khí hoặc bong bóng khí làm khí thoát vào trong khoang màng phổi mà không có nguyên nhân chấn thương [3]. Theo Steven A. Sahn và John E. Heffner thì tần suất trong dân số là 7,4 - 18 trường hợp trong 100.000 dân mỗi năm, theo Gupta thì mỗi năm có 24/100.000 nam và 9,8/100.000 nữ nhập viện vì TKMPTP [9]. Tỷ lệ phân bố nam/nữ từ 1,2-6. Tỷ lệ tử vong 1,26/triệu và 0,62/triệu/năm trong khoảng thời gian từ 1991-1995. Điều trị tràn khí màng phổi bằng phương pháp đặt dẫn lưu khoang màng phổi kèm theo hút liên tục có tỷ lệ tái phát cao. Tỷ lệ tái phát TKMPTP nguyên phát lần đầu là 20%, lần thứ 2 tăng lên 60% và lần thứ 3 là 86%. Tỷ lệ tái phát TKMPTP thứ phát cao hơn khi tái phát lần đầu là 50%. Do đó, chẩn đoán kén khí phổi và điều trị triệt để tràn khí màng phổi hạn chế tỷ lệ tái phát là rất cần thiết. Tầm soát kén khí phổi ở những bệnh nhân tràn khí màng phổi có nguy cơ tái phát cao bằng chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) lồng ngực mang lại hiệu quả cao với 89% kén khí được phát hiện [10]. Phẫu thuật cắt kén khí là một trong những phương pháp điều trị triệt để, hiệu quả và ít để lại di chứng nặng nề cho bệnh nhân. Ngày nay sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã giúp cho phẫu thuật được nhanh, giảm thương tổn và giảm đau sau mổ. Nhiều bệnh lý ở phổi và màng phổi đã được điều trị thành công nhờ phẫu thuật nội soi, trong đó có bệnh tràn khí màng phổi tự phát do vỡ kén khí. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn khí màng phổi tự phát và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt kén khí. Nhằm nâng cao mức độ chính xác trong chẩn đoán cũng như nâng cao chất lượng điều trị tràn khí màng phổi tự phát, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2020.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi điều trị tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt kén khí tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thất bại với gây mê nội phế quản hai nồng, giảm oxy trong máu sau khi cho xẹp một bên phổi, soi thám sát nhận định không thể thực hiện được qua nội soi, mổ mở ngay từ đầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi.
- Giới tính: nam và nữ.
- Bệnh lý phổi hợp: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản, di chứng lao phổi
- Dấu hiệu lâm sàng: Triệu chứng cơ năng: đau ngực cùng bên, khó thở, ho khan; Triệu chứng thực thể: tam chứng Galliard (rung thanh giảm, gõ phổi vang, phế âm giảm), ran phổi bệnh lý.

- Dấu hiệu cận lâm sàng: X-quang ngực đánh giá phổi tổn thương: bên trái, bên phải, cả hai bên; Mức độ tràn khí: <2 cm: TKMP lượng ít hoặc >2 cm: TKMP lượng nhiều; Chụp CT Scan lồng ngực đánh giá vị trí kén khí: thùy trên, thùy giữa, thùy dưới.

Chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt kén khí

- + Phẫu thuật nội soi lồng ngực sau dẫn lưu khoang màng phổi thất bại: bệnh nhân được dẫn lưu màng phổi 48 giờ nhưng khí còn ra liên tục qua ống dẫn lưu (hay còn gọi là TKMP có dò khí kéo dài).

- + Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt kén khí ngay thì đầu: bệnh nhân TKMP được chụp CT Scan lồng ngực thấy kén khí và được phẫu thuật nội soi cắt kén khí trong lần phẫu thuật đầu tiên khi chưa dẫn lưu màng phổi.

Đánh giá kết quả điều trị

- Kỹ thuật xử lý thương tổn: PTNS đốt đông kén khí bằng dao đốt lưỡng cực Ligasure, PTNS cắt kén khí bằng Stapler hoặc PTNS khâu kén khí bằng chỉ prolene 3/0.

- Thời gian phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện hậu phẫu.
- Kết quả điều trị

- + Hồi phục: Bệnh nhân hết các dấu hiệu trên lâm sàng và chụp X-quang ghi nhận phổi không còn tràn khí. Bệnh nhân không có biến chứng nặng nề trong thời gian hậu phẫu. Không tái phát trong thời gian theo dõi 3 tháng.

+ Trung bình: Các dấu hiệu lâm sàng bệnh nhân chậm cải thiện. X-quang ngực thẳng còn tràn khí. Cần lưu ống dẫn lưu khi xuất viện. Tái phát TKMP trong 3 tháng.

+ Xấu: Bệnh nhân có những biến chứng nặng nề của phẫu thuật. Bệnh nhân diễn tiến nặng hơn sau mổ, có thể suy hô hấp cần hỗ trợ hô hấp kéo dài.

Xử lý thống kê: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát

3.1.1. Tuổi

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân
Dưới 20	1
Từ 20 đến 39	10
Từ 40 đến 59	12
Trên 60	12
Tổng	35

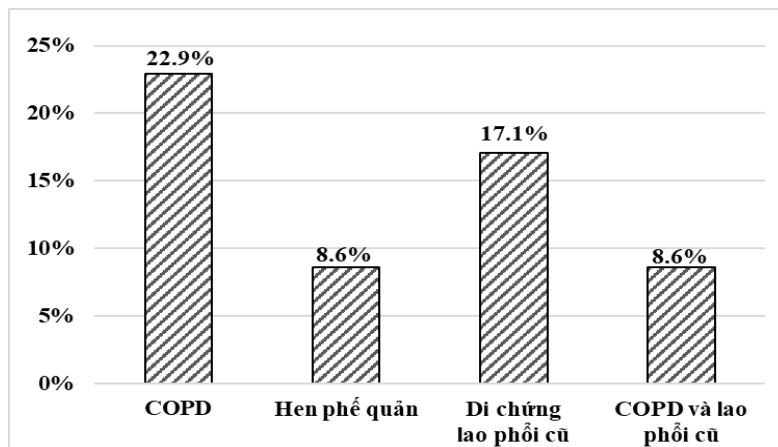
Nhận xét: Tuổi trung bình là 48 tuổi. Nhỏ tuổi nhất: 18 tuổi và lớn tuổi nhất: 75 tuổi. Tuổi từ 50 đến 70 có 14/35 trường hợp (chiếm 40%), từ 18 đến 27 tuổi chiếm 10/35 trường hợp (chiếm 28,6%).

3.1.2. Giới

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo giới tính

Giới tính	Tỷ lệ %
Nam	94,3%
Nữ	5,7%
Tổng	100%

3.1.3. Bệnh lý phổi hợp



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh lý phổi hợp

Nhận xét: Có 57,2% bệnh nhân có bệnh lý phổi hợp. Trong đó, có 22,9% bệnh nhân

bị COPD, 17,1% bệnh nhân đi kèm với lao phổi cũ, 8,6% bệnh nhân có tổn thương lao phổi cũ kết hợp với COPD, 8,6 % bệnh nhân có bệnh hen phế quản đi kèm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát

3.2.1. Lâm sàng

Bảng 3. Các dấu hiệu lâm sàng (n=35)

Dấu hiệu lâm sàng	Tỷ lệ %
Khó thở	97,1
Đau ngực	80
Ho khan	25,7
Tam chứng Galliard	100
Ran rít, ngáy	17,1

3.2.2. Cận lâm sàng

*Mức độ tràn khí trên X-quang

Bảng 4. Vị trí phổi tổn thương

Vị trí phổi tổn thương	Tỷ lệ %
Phổi phải	51,4
Phổi trái	45,7
Cả hai bên	2,9
Tổng	100

Bảng 5. Mức độ tràn khí màng phổi trên X-quang

Mức độ tràn khí	Tỷ lệ %
Lượng ít	8,6
Lượng nhiều	91,4
Tổng	100

*Vị trí kén khí trên CT Scan

Bảng 6. Vị trí kén khí trên CT Scan

Vị trí kén khí	Phổi phải	Phổi trái	Tổng
Thùy trên	9	8	17
Thùy trên + dưới	6	6	12
Thùy trên + giữa	1	0	1
Thùy dưới	2	1	3
Rải rác các thùy	2	0	2

3.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi điều trị tràn khí màng phổi tự phát

3.2.1. Chỉ định phẫu thuật: Bệnh nhân được phẫu thuật sau khi dẫn lưu thất bại chiếm bệnh 77%. Đồng thời bệnh nhân được phẫu thuật khi vào viện mà không dẫn lưu trước chiếm 23%.

***Kỹ thuật xử lý thương tổn**

Bảng 7. Kỹ thuật xử lý kén khí

Kết quả	Tỷ lệ %
Cắt khâu bằng stapler	88,5
Đốt kén	8,6
Khâu kén	2,9
Tổng	100

***Thời gian phẫu thuật**

Bảng 8. Thời gian phẫu thuật

Kỹ thuật xử lý	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	
Cắt khâu bằng stapler	72	p=0,016 <0,05
Đốt kén	80	
Khâu kén	140	

***Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

Bảng 9. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

Kỹ thuật xử lý	Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình (ngày)	
Cắt khâu bằng stapler	8	p=0,925 >0,05
Đốt kén	9	
Khâu kén	10	

3.2.2. Kết quả điều trị

Bảng 10. Kết quả điều trị

Kết quả	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Hồi phục	33	94,2
Tràn khí màng phổi kéo dài	1	2,9
Tái phát sau 3 tháng	1	2,9
Tổng	35	100

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật thành công, bệnh nhân không còn rò khí khi ra viện và không tái phát trong 3 tháng theo dõi chiếm 94,2%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát****4.1.1. Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân tràn khí màng phổi do vỡ kén khí phổi thường gặp ở tuổi thanh niên và hết tuổi lao động. Điều này cho thấy ngoài việc kén khí vỡ ở bệnh nhân nam, trẻ tuổi, cao và gầy, kén khí phổi còn có thể xuất hiện cả ở những bệnh nhân lớn tuổi, độ tuổi mà khi đó những di chứng và bệnh lý ở phổi đã biểu hiện rõ rệt. Kết luận của Trần Minh Bảo Luân, tuổi trung bình phẫu thuật cắt kén khí là 16-52 tuổi [2]. Kết quả trong nghiên cứu của Lê Quốc Việt tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi

khi cho kết quả tuổi trung bình là 49,5 tuổi [7]. Nghiên cứu của Trầm Công Chất cũng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ cũng cho kết quả tương tự khi độ tuổi xuất hiện tràn khí màng phổi từ 16-51 tuổi [1]. Tuy nhiên độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Trầm Công Chất thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi khi nghiên cứu của Trầm Công Chất cho độ tuổi trung bình là 34 tuổi. Cho S.và cộng sự nghiên cứu trong 219 bệnh nhân, tuổi trung bình 24,3. Các nghiên cứu như của Ayed A.K và cộng sự trong 208 bệnh nhân, tuổi nghiên cứu trung bình là $24,5 \pm 5,8$ [8]. Nhiều báo cáo trên Thế giới cũng có chung nhận định là bệnh nhân trẻ, chủ yếu ở độ tuổi 20– 40. Điều này cho thấy rằng sự phát triển của phẫu thuật nội soi và sự tiến bộ của gây mê hồi sức đã giúp cho các phẫu thuật viên tự tin thực hiện những trường hợp khó và phức tạp khi bệnh nhân lớn tuổi.

4.1.2. Phân bố giới tính

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân là nam. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Trầm Công Chất cho kết quả là 19/2 với nam giới chiếm 90,5%. Nghiên cứu của Lê Quốc Việt ở Bệnh viện Trung Ương cho thấy tỷ lệ nam:nữ: 19/2 [7]. Nghiên cứu của Phạm Vinh Quang ở Bệnh viện Quân Y 103 cho kết quả là 33/8, với tỷ lệ nam giới chiếm 80,4% [5]. Nghiên cứu của Ayed A.K và cộng sự trong 208 bệnh nhân nam giới chiếm 95% [8]. Tương tự trong nghiên cứu của Cho S.và cộng sự, với 219 bệnh nhân có 90,9% nam giới [10].

4.1.3. Bệnh lý phổi hợp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, COPD và tổn thương do lao phổi cũ là bệnh lý phổi hợp chính của bệnh TKMP tự phát. Trong nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân có COPD chiếm 31,5% và tổn thương lao cũ chiếm 25,7%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Châu Phú Thi khi ông ghi nhận tiền sử bệnh nhân có COPD là 21,2 % và lao phổi cũ là 6,06%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lý Kim Ngân tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ khi tổn thương lao phổi cũ chiếm 42,9% và COPD chiếm 25,7% [4]. Như vậy những tổn thương khí phế thũng của phổi do COPD hoặc di chứng của lao phổi cũ là những yếu tố quan trọng gây nên bệnh tràn khí màng phổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát

4.2.1. Lâm sàng tràn khí màng phổi tự phát

Kết quả nghiên cứu của chúng cho thấy hầu hết bệnh nhân đều xuất hiện triệu chứng khó thở (100%) và đau ngực (80%) và ho khan (25,7%). Điều này tương đồng với nghiên cứu Lê Quốc Việt khi kết quả nghiên cứu cho rằng 95,6% bệnh nhân đều có triệu chứng khó thở với mức độ nhẹ, 89 % có đau ngực và 48% bệnh nhân có triệu chứng ho khan. Nghiên cứu của Đỗ Kim Quế cũng cho kết quả đau ngực chiếm tỷ lệ 91,7%, khó thở chiếm 82,3% [6], tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Khám lâm sàng ghi nhận có 100% bệnh nhân có tam chứng Galliard, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Kim Quế với tỷ lệ xuất hiện tam chứng Galliard là 95,8% [5], [6]. Nghiên cứu cũng ghi nhận 17,1% bệnh nhân có ran rít, ngáy ở phổi ở bệnh nhân, chủ yếu ở bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát thứ phát, bệnh nền là COPD.

4.2.2. Cận lâm sàng tràn khí màng phổi tự phát

***Mức độ tràn khí màng phổi trên X-quang**

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là tràn khí màng phổi lượng nhiều (91,4%) trên X-quang. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Vinh Quang khi

nghiên cứu của ông có tỷ lệ tràn khí màng phổi lượng nhiều là 78,1% và lượng ít 21,9% [5]. Lý giải phần lớn tràn khí màng phổi là lượng nhiều vì khi tràn khí màng phổi lượng ít, triệu chứng mơ hồ chưa khiến bệnh nhân vào viện.

***Vị trí và kích thước kén khí trên CT Scan**

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều xuất hiện kén khí ở đỉnh phổi (91,4%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Phạm Vinh Quang với tỷ lệ kén khí vùng đỉnh thùy trên là 97% các trường hợp [5]. Nghiên cứu của Trầm Công Chất tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ là 98,6% ở thùy trên [1], của tác giả Nguyễn Hoài Nam là 76% [3]. Vùng đỉnh phổi thường dễ bị tổn thương do có thông khí nhiều hơn đáy phổi và thương tổn như lao phổi thường xuất hiện ở đỉnh phổi do ái khí.

Đồng thời nghiên cứu cũng ghi nhận kén khí bên phải xuất hiện nhiều hơn bên trái. Nghiên cứu của Phạm Vinh Quang cho kết quả tương đồng khi tỷ lệ tràn khí bên phải là 68,2% và bên trái là 31,8% [5]. Qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tràn khí phổi phải nhiều hơn phổi trái. Điều này có thể giải thích là do phế quản gốc phải đi thẳng hơn bên trái nên lượng khí qua phổi phải nhiều và áp lực lớn hơn phổi trái nên phổi phải dễ bị tổn thương và tràn khí hơn.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi điều trị tràn khí màng phổi tự phát

Nghiên cứu của chúng tôi có 77% bệnh nhân được chỉ định khi dẫn lưu thất bại và 23% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật ngay thì đầu khi phát hiện tràn khí. Những bệnh nhân được dẫn lưu màng phổi từ 4-5 ngày vẫn còn ra khí rỉ rả theo thì hô hấp thì có chỉ định phẫu thuật cắt kén khí và làm kín lỗ dò khí. Còn đối với những bệnh nhân tràn khí màng phổi lượng ít hoặc lâm sàng không khó thở, tiên lượng bệnh nhân chịu được phẫu thuật, chúng tôi đều phẫu thuật cắt kén khí ngay thì đầu để giảm thời gian điều trị và giảm tỷ lệ biến chứng do nằm lâu ngày trong bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được cắt kén khí phổi bằng dụng cụ cắt khâu tự động (stapler) chiếm 88,5%. Điều này có sự khác biệt với nghiên cứu của Phạm Vinh Quang với tỷ lệ cắt kén với cắt phổi hình chêm là 5%. Sự khác biệt này có thể lý giải vì trong nghiên cứu của Phạm Vinh Quang, tỷ lệ kén khí nhỏ hơn 2cm chiếm 78%, trong khi nghiên cứu của chúng tôi kích thước kén khí trung bình là 5,2 cm, lớn nhất là 15cm [5].

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phương pháp xử lý thương tổn. Nhóm bệnh nhân được cắt khâu kén khí bằng stapler có thời gian phẫu thuật ngắn hơn nhóm xử trí đốt kén khí bằng dao đốt lưỡng cực và nội soi khâu kén khí. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Trầm Công Chất ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 80 phút [1]. Nghiên cứu Phạm Vinh Quang cũng ghi nhận thời gian trung bình phẫu thuật cắt kén khí là 72 phút [5].

Thời gian nằm viện điều trị hậu phẫu trung bình là 8,3 ngày với các kỹ thuật xử lý, trong đó thời gian hậu phẫu trung bình ngắn nhất là kỹ thuật sử dụng stapler với 8 ngày hậu phẫu, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Trầm Công Chất với số ngày nằm viện là 6 ngày [1] và nghiên cứu của Phạm Vinh Quang là 5,3 ngày [5].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phẫu thuật thành công, bệnh nhân không còn rò khí khi ra viện và không tái phát trong 3 tháng theo dõi chiếm 94,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Vinh Quang khi tỷ lệ thành công

trong nghiên cứu là 96,4% [5] và nghiên cứu của Trầm Công Chất là 98,6% [1]. Với tỷ lệ thành công cao ít biến chứng, phẫu thuật nội soi giúp điều trị hiệu quả bệnh tràn khí màng phổi tự phát.

V. KẾT LUẬN

Tràn khí màng phổi tự phát ở nam gặp nhiều hơn nữ. Bệnh lý phổi hợp thường gặp nhất là COPD và tổn thương do lao phổi cũ. Khó thở, đau ngực và dấu hiệu tam chứng Galliard là dấu hiệu lâm sàng kinh điển của TKMPTP. Phần lớn tràn khí màng phổi khi nhập viện là tràn khí màng phổi lượng nhiều. Hình ảnh trên CT Scan lồng ngực giúp phát hiện kén khí phổi và đánh giá chính xác lượng TKMP. Hầu hết kén khí nằm ở đỉnh phổi. Đánh giá kết quả điều trị cho thấy: Thời gian phẫu thuật được rút ngắn với sự hỗ trợ của stapler. Phẫu thuật nội soi cắt kén khí phổi điều trị hiệu quả TKMPTP với tỷ lệ thành công cao (94,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trầm Công Chất (2017), "Đánh giá kết quả điều trị tràn khí màng phổi tự phát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ", Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ.
2. Trần Minh Bảo Luân, Nguyễn Hoài Nam (2010), "Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát: cắt bóng khí bằng stapler hay khâu qua nội soi lồng ngực", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. tập 14, số 1, tr 123-128.
3. Nguyễn Hoài Nam (2006), Phẫu Thuật Nội Soi Lồng Ngực, Nhà xuất bản y học thành phố Hồ Chí Minh, tr 97-110.
4. Lý Kim Ngân (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị tràn khí màng phổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.
5. Phạm Vinh Quang (2010), Phẫu thuật nội soi điều trị tràn khí màng phổi tự phát, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 67-74.
6. Đỗ Kim Quê (2010), "Điều trị kén khí phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 14, số 2.
7. Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Minh (2011), "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả chống tái phát của tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát bằng phẫu thuật nội soi", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. tập 14, số 1, tr 144-149.
8. A. K Ayed, Chandrasekaran C., Sukumar M. (2009), "Video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax: clinicopathological correlation", European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 29 (2), pp 221-225.
9. K. B. Gupta, D. S. Mishra, S. Tandon, G. Sindhwani, T. Tanwar (2003), "Role of chest CT scan in determining etiology of primary spontaneous pneumothorax", Indian Journal of Chest Dis Allied, pp 173-177.
10. C. S. Ng, T. W. Lee, S. Wan, A. P. Yim (2006), "Video assisted thoracic surgery in the management of spontaneous pneumothorax: the current status", Postgrad Medicine, pp 179-185.

(Ngày nhận bài: 04/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 18/09/2020)