

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4908

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC VỎ MÀNG PHỔI ĐIỀU TRỊ MỦ MÀNG PHỔI GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phạm Hữu Du¹, Châu Phú Thi², Liêu Vĩnh Đạt¹, Phạm Đức Nguyên¹,
Nguyễn Khải Đạt¹, Phạm Công Khánh^{3*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh

*Email: khanhphammd1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/3/2026

Ngày phản biện: 18/7/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mủ màng phổi giai đoạn III là tình trạng bệnh lý phức tạp do lớp vỏ xơ dày bó chặt nhu mô phổi, gây hạn chế hô hấp nặng nề. Điều trị nội khoa và chọc hút đơn thuần thường không hiệu quả, phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi là chỉ định cần thiết để làm sạch khoang màng phổi, giải phóng nhu mô phổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi ở bệnh nhân viêm mủ màng phổi giai đoạn III tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 - 2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mủ màng phổi giai đoạn III và có chỉ định phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi. Các dữ liệu về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả hậu phẫu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 94,7% bệnh nhân có triệu chứng đau ngực kiểu màng phổi, 63,2% bệnh nhân có sốt, 60,5% có ho, 55,3% có khó thở. Trên cắt lớp vi tính lồng ngực cho thấy 84,2% bệnh nhân có dày màng phổi, 81,6% đa ổ mủ khu trú trong khoang màng phổi. Kết quả phẫu thuật ghi nhận tỷ lệ thành công 89,5% trong đó 94,4% bệnh nhân có phổi nở tốt trên X-quang sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi là phương pháp điều trị hiệu quả cho viêm mủ màng phổi giai đoạn III, giúp cải thiện tình trạng lâm sàng, nở phổi trên phim X-quang ngực và giảm thiểu biến chứng lâu dài cho bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm mủ màng phổi, mở ngực bóc vỏ màng phổi, mủ lồng ngực.

ABSTRACT

SURGICAL RESULTS OF PLEURAL DECORTICATION FOR STAGE III PLEURAL EMPYEMA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Pham Huu Du¹, Chau Phu Thi², Lieu Vinh Dat¹, Pham Duc Nguyen¹,
Nguyen Khai Dat¹, Pham Cong Khanh^{3*}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

3. Tam Anh Hospital

Background: Stage III pleural empyema is a complex pathological condition characterized by a thick fibrous peel entrapping the lung parenchyma, leading to severe ventilatory restriction. Given that medical management and simple thoracentesis are typically ineffective, open thoracotomy decortication is an essential indication to clear the pleural space and liberate the lung parenchyma. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the outcomes of open thoracotomy decortication in patients with stage III pleural empyema at Can

*Tho Central General Hospital 2024 - 2026. **Materials and methods:** A prospective descriptive study was conducted on 38 patients diagnosed with stage III pleural empyema who met the indications for open thoracotomy decortication. Data regarding clinical presentations, paraclinical findings, and postoperative outcomes were collected and analyzed using SPSS version 25.0 software. **Results:** The clinical presentations included pleuritic chest pain 94.7%, fever 63.2%, cough 60.5%, and dyspnea 55.3%. Chest computed tomography scans revealed pleural thickening in 84.2% of cases and multiloculated pleural collections in 81.6%. The surgical success rate was 89.5%, with 94.4% of these patients demonstrating satisfactory lung re-expansion on postoperative chest radiographs. **Conclusion:** Open thoracotomy decortication is a highly effective therapeutic approach for stage III pleural empyema. It significantly improves clinical status, promotes optimal lung re-expansion on chest X-rays, and minimizes long-term complications for patients.*

Keywords: Pleural empyema, open thoracotomy decortication, thoracic empyema.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ màng phổi được định nghĩa là sự hiện diện của mủ trong khoang màng phổi. Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân: viêm phổi, áp xe phổi, chấn thương ngực, biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật lồng ngực, vỡ vào khoang màng phổi hoặc do sự kết hợp của nhiều yếu tố gây nên [1], [2]. Theo phân loại của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ bệnh được chia thành ba giai đoạn: giai đoạn I (giai đoạn xuất tiết) với sự tích tụ dịch trong khoang màng phổi, giai đoạn II (giai đoạn mủ sợi hoá) với sự khu trú dịch mủ, sự tiến triển nhiễm trùng hình thành các ổ mủ trong khoang màng phổi và giai đoạn III (giai đoạn tổ chức hoá) tiến triển nhiễm trùng dẫn đến xơ hoá và bó phổi. Giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao ở các nước đang phát triển do chẩn đoán và can thiệp muộn, với tỷ lệ tử vong có thể lên đến 10-20% nếu không phẫu thuật [3]. Tỷ lệ viêm mủ màng phổi đang tăng lên và là gánh nặng đối với hệ thống chăm sóc khỏe. Ở Mỹ, tỷ lệ mắc viêm mủ màng phổi nhập viện hàng năm là 11,7 trên 100.000 trường hợp, với tỷ lệ tử vong tại bệnh viện lên tới 7,2%, và chi phí trung bình hàng năm gần một tỷ USD [4]. Tùy vào giai đoạn bệnh mà bệnh nhân có những phác đồ điều trị khác nhau. Trong viêm mủ màng phổi giai đoạn III, điều trị nội khoa đơn thuần (kháng sinh, dẫn lưu màng phổi) thường thất bại do vỏ xơ dày ngăn cản sự tái nở phổi, đòi hỏi can thiệp ngoại khoa để bóc vỏ màng phổi. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm video assisted thoracoscopic surgery (VATS) và phẫu thuật mở ngực. VATS được ưu tiên ở giai đoạn sớm vì ít xâm lấn, thời gian nằm viện ngắn hơn, nhưng ở giai đoạn III muộn, tỷ lệ chuyển mổ mở cao do độ phức tạp của vỏ xơ.

Tại Việt Nam, đặc biệt là ở Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ viêm mủ màng phổi giai đoạn III là bệnh lý thường gặp, nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật mở ngực điều trị viêm mủ màng phổi. Các nghiên cứu gần đây chủ yếu tập trung vào phẫu thuật VATS trong khi đó các nghiên cứu về phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi còn hạn chế. Do đó nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm mủ màng phổi giai đoạn III tại bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 – 2026; 2) Đánh giá kết quả phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi ở bệnh nhân viêm mủ màng phổi giai đoạn III tại bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 – 2026. Qua đó đánh giá lại vai trò của mổ mở trong kỷ nguyên nội soi. Đồng thời cung cấp cơ sở dữ liệu hữu ích vào cơ sở dữ liệu sức khỏe chung của quốc gia, góp phần nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị viêm mủ màng phổi trong khu vực nói riêng và cả nước nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm mũ màng phổi giai đoạn III điều trị bằng phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 01/2024 – 03/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũ màng phổi giai đoạn III có chỉ định phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi từ đủ 18 tuổi trở lên, có đầy đủ thông tin về hồ sơ nghiên cứu và người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật: suy đa cơ quan nặng, rối loạn đông máu, bệnh lý nền nặng không cho phép phẫu thuật. Bệnh nhân mũ màng phổi giai đoạn III có phân loại ASA từ mức IV trở lên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu với 38 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng gồm: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng (sốt, ho, đau ngực kiểu màng phổi, khó thở), thời gian khởi phát đến khi phẫu thuật. Các đặc điểm cận lâm sàng về chỉ số bạch cầu, vi khuẩn học mũ màng phổi, X-quang phổi, cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực ngực, siêu âm màng phổi. Đánh giá kết quả phẫu thuật qua các chỉ số về thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, thời gian rút ống dẫn lưu (ODL) sau mổ, thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng, kết quả X-quang ngực sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Trong đó thành công của phẫu thuật được ghi nhận dựa trên sự thuyên giảm về triệu chứng lâm sàng và kết quả X-quang ngực sau mổ ghi nhận phổi nở hoàn toàn, không tử vong sau mổ. Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận thông qua với phiếu chấp thuận số: 24.419.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 6 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả được phân tích trên 38 bệnh nhân viêm mũ màng phổi được theo dõi từ tháng 01/2024 đến tháng 03/2026.

3.1. Một số đặc điểm chung

- Tuổi: Nhỏ nhất: 22 tuổi, lớn nhất 74 tuổi. Trung bình: $49,89 \pm 14,42$.

- Giới tính: Trong 38 bệnh nhân có 35 nam (92,1%) và 3 nữ (7,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=38)

Bảng 8. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân viêm mũ màng phổi

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian bệnh (ngày)	$19,8 \pm 12,8$	
Ho	23	60,5
Sốt	24	63,2
Đau ngực kiểu màng phổi	36	94,7
Khó thở	21	55,3

Nhận xét: Thời gian khởi phát bệnh trung bình của viêm mũ màng phổi là $19,8 \pm 12,8$ ngày, triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất của viêm mũ màng phổi là đau ngực kiểu màng phổi 94,7%, tiếp theo là sốt 63,2%, ho 60,5% và khó thở 55,3%.

Bảng 9. Nguyên nhân và bệnh lý phổi hợp

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân	Viêm phổi	24	63,2
	Chấn thương	12	31,6
	Áp xe trung thất vỡ	2	5,3
Bệnh lý phổi hợp	Viêm phổi	26	68,4
	Viêm tụy	1	2,6
	Tiền sử lao phổi	3	7,9
	Đái tháo đường	8	21,1

Nhận xét: Nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm mủ màng phổi là viêm phổi 63,2%, ít nhất là áp xe trung thất vỡ vào khoang màng phổi 2%. Bệnh lý kèm theo nhiều nhất là viêm phổi 68,4%, thấp nhất là viêm tụy 2,6%.

Bảng 10. Đặc điểm tổn thương trên X-quang ngực và siêu âm màng phổi

	Đặc điểm tổn thương (n=38)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
X-quang ngực	Bên trái	15	39,5
	Bên phải	23	60,5
	Dày màng phổi	12	31,6
	Hình ảnh ổ trống khoang màng phổi	20	52,6
Siêu âm màng phổi	Hồi âm hỗn hợp không vách ngăn	3	7,9
	Hồi âm hỗn hợp có vách ngăn	13	34,2
	Tăng tỉ trọng đồng đậm độ, dày màng phổi	22	57,9

Nhận xét: Trên X-quang ngực bệnh nhân viêm mủ màng phổi có 39,5% bên trái, 60,5% bên phải, 31,6% bệnh nhân có dày màng phổi. Siêu âm màng phổi ghi nhận dịch tăng tỉ trọng đồng đậm độ dày màng phổi có tỷ lệ cao nhất 34,2%, dịch hồi âm hỗn hợp có vách ngăn chiếm 34,2%, dạng hồi âm hỗn hợp không vách ngăn 7,9%.

Bảng 11. Đặc điểm tổn thương trên CLVT lồng ngực và vi khuẩn học dịch màng phổi

	Đặc điểm tổn thương (n=38)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
CLVT lồng ngực – tổn thương phổi hợp	Tổn thương đa ổ có vách ngăn	31	81,6
	Dày màng phổi	32	84,2
	Đông đặc	8	21,1
	Xẹp phổi	16	42,1
	Xơ hóa phổi	2	5,3
	Tổn thương dạng hang	1	2,6
	Tổn thương mô kẽ	2	5,3
Vi khuẩn dịch màng phổi dương tính n=4 (10,5%)	<i>Staphylococcus aureus</i>	1	25
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	50
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	25

Nhận xét: Trên CLVT lồng ngực cho thấy tổn thương viêm mủ màng phổi đa ổ chiếm 81,6%, 84,2% dày màng phổi, trong các tổn thương phổi hợp trên CLVT lồng ngực xẹp phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,1%, thấp nhất là tổn thương dạng hang 2,6%. Tỷ lệ dương tính khi cấy dịch màng phổi là 10,5%, trong đó 25% do *Staphylococcus aureus*, 50% do *Klebsiella pneumoniae*, 25% do *Pseudomonas aeruginosa*.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 12. Các thông số trong và sau mổ viêm mủ màng phổi

	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	60	320	151,6 ± 52,2
Số lượng máu mất trong lúc mổ (mL)	200	600	386,8 ± 100,5
Thời gian rút ODL màng phổi (ngày)	1	22	6,4 ± 3,6
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	1	23	7,3 ± 3,8

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 151,6 ± 52,2 phút, dài nhất là 320 phút, ngắn nhất là 60 phút. Lượng máu mất trung bình trong lúc mổ là 386,8 ± 100,5ml, nhiều nhất là 600 mL, ít nhất là 200 mL. Thời gian rút ODL trung bình sau mổ là 6,4 ± 3,6 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,3 ± 3,8 ngày.

Bảng 13. Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS	Đau nhẹ	8	21,1
	Trung bình	27	71,1
	Nặng	3	7,9
Biến chứng	Rò khí kéo dài	1	2,6
	Chảy máu	0	0
	Nhiễm trùng	0	0
Tử vong		2	5,3

Nhận xét: Tính theo thang điểm VAS, đa số bệnh nhân có mức độ đau trung bình sau mổ 71,1%, rất đau sau mổ chiếm tỷ lệ ít nhất 7,9%. Không ghi nhận biến chứng chảy máu, nhiễm trùng trong nghiên cứu, 2,6% bệnh nhân có rò khí kéo dài sau mổ.

Bảng 14. Kết quả phẫu thuật và theo dõi bệnh nhân tái khám sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Kết quả sớm sau phẫu thuật (n = 38)	Thành công	34	89,5
	Thất bại	4	10,5
X-quang ngực 1 tháng sau mổ (n = 36)	Phổi nở hoàn toàn	34	94,4
	Không thay đổi	2	5,6
X-quang ngực 3 tháng sau mổ (n = 25)	Phổi nở hoàn toàn	24	96
	Không thay đổi	1	4
X-quang ngực 6 tháng sau mổ (n = 25)	Phổi nở hoàn toàn	24	96
	Không thay đổi	1	4

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật ghi nhận thành công ở 89,5% bệnh nhân. X-quang ngực sau mổ tháng phổi nở hoàn toàn tỷ lệ 94,4%, không thay đổi 5,6%. X-quang ngực sau mổ 3 tháng và 6 tháng với phổi nở hoàn toàn đạt 96%, không thay đổi 4%.

Bảng 15. Tình trạng sức khỏe bệnh nhân sau mổ 6 tháng (n=25)

Tình trạng sức khỏe sau phẫu thuật	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cải thiện hoàn toàn	21	84
Đau ngực kéo dài	3	12
Hạn chế vận động thể lực	1	4

Nhận xét: Trong 25 bệnh nhân tái khám sau mổ 6 tháng, ghi nhận 84% bệnh nhân cải thiện sức khỏe hoàn toàn, 12% bệnh nhân đau ngực kéo dài sau mổ, 4% bệnh nhân ghi nhận hạn chế vận động thể lực.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình $49,89 \pm 14,42$ tuổi (22–74) tương đương các nghiên cứu trong nước và quốc tế gần đây: $45 \pm 19,5$ tuổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương do Nguyễn Sĩ Khánh nghiên cứu phẫu thuật VATS trên 58 bệnh nhân giai đoạn III [5], trong một phân tích tổng hợp VATS và mở ngực bóc vỏ màng phổi cho bệnh nhân bị viêm mủ màng phổi của Hui Pan – CS cũng cho thấy độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu khoảng từ 40 – 60 tuổi [6]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế rõ rệt 92,1%, cao hơn so với báo cáo của Josef Yayan - CS nghiên cứu về sự khác biệt giới tính trong điều trị phẫu thuật viêm mủ màng phổi trên 103 bệnh nhân trong đó có 73 bệnh nhân nam và 30 bệnh nhân nữ [7]. Triệu chứng đau ngực kiểu màng phổi chiếm tỷ lệ rất cao 94,7%, cao hơn nghiên cứu VATS tại Bệnh viện Phổi Trung ương 81% [5]. Thời gian khởi phát đến phẫu thuật trung bình $19,84 \pm 12,77$ ngày phản ánh tình trạng chẩn đoán và can thiệp muộn – yếu tố chính dẫn đến giai đoạn III tổ chức hóa.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Quyết định phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi chủ yếu dựa vào hình ảnh CLVT lồng ngực, nghiên cứu cho thấy hình ảnh CLVT lồng ngực xác định chính xác giai đoạn III với dày màng phổi 84,2%, tổn thương đa ổ có vách ngăn 81,6%, xẹp phổi 42,1% – hoàn toàn phù hợp đồng thuận của Hiệp hội phẫu thuật Lồng ngực Hoa Kỳ [8]. Tỷ lệ tổn thương bên phải cao hơn 60,5% cũng được ghi nhận phổ biến ở châu Á do nguyên nhân viêm phổi phải thường gặp. Nghiên cứu của Yuan-Ming Tsai - CS trong 380 bệnh nhân Đài Loan được phẫu thuật VATS do viêm mủ màng phổi, 230 bệnh nhân 60,5% có tổn thương bên phải [9]. Tỷ lệ dương tính khi cấy dịch màng phổi còn thấp chỉ 10,5%, điều này hoàn toàn có thể lý giải được do đặc thù của bệnh nhân giai đoạn muộn: phần lớn bệnh nhân đã trải qua một thời gian dài sử dụng nhiều loại kháng sinh, vi khuẩn trong dịch màng phổi thường đã bị tiêu diệt hoặc ức chế phát triển, mủ lúc này chủ yếu là xác bạch cầu thoái hóa và tổ chức fibrin. Đồng thời việc chọc hút mủ màng phổi trong giai đoạn này rất khó khăn do lớp vỏ dày xơ hóa do vậy đa phần các mẫu trong nghiên cứu được lấy dịch cấy mủ tại thời điểm phẫu thuật. Do đó tỷ lệ này chỉ mang tính chất tham khảo.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình $151,6 \pm 52,2$ phút và lượng máu mất $386,8 \pm 100,5$ mL nằm trong khoảng chấp nhận được của phẫu thuật mở ngực Hui Pan – CS mô tả với thời gian mổ trung bình 137–228 phút, lượng máu mất trung bình 300–600 mL [6]. Thời gian rút ống dẫn lưu $6,4 \pm 3,6$ ngày và thời gian nằm viện sau mổ $7,3 \pm 3,8$ ngày ngắn hơn đáng kể so với nhiều nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Khánh tại Bệnh viện Phổi Trung ương 7,5 ngày rút ống, 10,3 ngày nằm viện, nghiên cứu của Arvind Kohli thời gian nằm viện trung bình là 12 ngày (trong khoảng 8-21) [10]. Kết quả này có thể nhờ kinh nghiệm của kíp phẫu thuật, việc lựa chọn bệnh nhân và chiến lược mổ mở ngực từ đầu.

Tỷ lệ thành công 89,5% và phổi nở hoàn toàn đạt 94,4% sau 1 tháng, ổn định 96% sau 3–6 tháng nằm hoàn toàn trong khoảng 86–95% thành công và khoảng 95% phổi nở tốt được báo cáo trong các phân tích gộp gần đây về phẫu thuật bóc vỏ màng phổi giai đoạn III như Massoud Sokouti - CS [3], Hui Pan -CS [6], I Wayan Sudarma - CS [11]. Biến chứng thấp: rò khí kéo dài chỉ 2,6%, không chảy máu hay nhiễm trùng vết mổ. Tử vong 5,3% (2/38) nằm ở mức thấp so với 10,5% tử vong 30 ngày ở giai đoạn III trong nghiên cứu của Maria Giovanna Mastromarino - CS [12] và 11,1% trong nghiên cứu phẫu thuật bóc vỏ

màng phổi mở sớm tại Ấn Độ của Arvind Kohli -CS [10], có thể liên quan đến bệnh lý phổi hợp (đái tháo đường 21,1%, viêm phổi kèm 68,4%) và thời gian bệnh kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở ngực bóc vỏ màng phổi mang lại hiệu quả cao trong điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại Việt Nam, đặc biệt trong bối cảnh chẩn đoán muộn thường gặp. Tuy nhiên nghiên cứu với cỡ mẫu còn hạn chế nên chưa thể khẳng định được hết vai trò của mở ngực bóc vỏ màng phổi điều trị mũ màng phổi giai đoạn III. Kết quả nghiên cứu góp phần vào cơ sở dữ liệu quốc gia và hỗ trợ xây dựng hướng dẫn điều trị phù hợp với điều kiện thực tiễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp. (Ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT). Nhà xuất bản Y học. 2012.
2. Sellke F.W., Nido P.J.d., Swanson S.J. Sabiston and Spencer Surgery of the Chest. Elsevier. 2024. 527-534.
3. Sokouti M., Sadeghi R., Pashazadeh S., Abadi S.E.H., Sokouti M., *et al.* Treating empyema thoracis using video-assisted thoracoscopic surgery and open decortication procedures: a systematic review and meta-analysis by meta-mums tool. *Arch Med Sci.* 2019. 15(4), 912-935, doi: 10.5114/aoms.2018.77723.
4. Walker S.P., Gonelli F., Mei F., Bodtger U., Shaw J.A. Global point prevalence study to determine the variations in aetiology, management and outcomes of pleural infection: a protocol for the international multicentre study of pleural infection (the INTERMITTENT Study). *BMJ Open Respir Res.* 2025. 12(1), 1-5, doi: 10.1136/bmjresp-2025-003288.
5. Nguyễn Sĩ Khánh, Phạm Thị Thanh Đua, Đinh Văn Tuấn, Nguyễn Đức Tuyển, Đặng Duy Đức, *et al.* Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại Bệnh viện Phổi Trung ương. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam.* 2022. 36(36), 36-43, doi: 10.47972/vjcts.v36i.737.
6. Pan H., He J., Shen J., Jiang L., Liang W., He J. A meta-analysis of video-assisted thoracoscopic decortication versus open thoracotomy decortication for patients with empyema. *J Thorac Dis.* 2017. 9(7), 2006-2014, doi: 10.21037/jtd.2017.06.109.
7. Yayan J., Krüger M., Biancosino C. Sex differences in surgical treatment of pleural empyema: an exploratory retrospective comparison of video-assisted thoracoscopic surgery and thoracotomy. *Journal of Cardiothoracic Surgery.* 2025. 21(1), 1-8, doi: 10.1186/s13019-025-03741-y.
8. Shen K.R., Bribresco A., Crabtree T., Denlinger C., Eby J., *et al.* The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empyema. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2017. 153(6), e129-e146, doi: 10.1016/j.jtcvs.2017.01.030.
9. Tsai Y.M., Gamper N., Huang T.W., Lee S.C., Chang H. Predictors and Clinical Outcomes in Empyema Thoracis Patients Presenting to the Emergency Department Undergoing Video-Assisted Thoracoscopic Surgery. 2019. 8, doi: 10.3390/jcm8101612.
10. Kohli A., Bhende V.V., Chaudhary A., Patel V.B., Krishnakumar M., Roy S. Early Thoracotomy and Decortication in Pleural Empyema. *Cureus.* 2025. 17(10), 1-9, doi: 10.7759/cureus.93879.
11. Sudarma I., Putu Yasa K., Harta I., Pertiwi P. Video-assisted thoracoscopic surgery vs. open thoracotomy in the management of empyema: A Meta-analytical perspective. *Journal of Indonesia Vascular Access.* 2024. 4(2), 32-37, doi: 10.51559/jinava.v4i2.72.
12. Mastromarino M.G., Lenzini A., Rabazzi G., Castaldi A., Aprile V., *et al.* Surgical interventions for pleural infection. *Breathe (Sheff).* 2025. 21(4), 1-14, doi: 10.1183/20734735.0105-2025.