

triệu chứng đầu tiên. Nếu triệu chứng không thuyên giảm trong vòng 3 tháng thì cần phải tìm nguyên nhân khác, và lúc này chụp cộng hưởng từ rất cần thiết.

Khởi phát liệt dây III sau chấn thương sọ não cũng là một gợi ý. Có những chấn thương gây nhỏ rời sợi thần kinh và biểu hiện lâm sàng liệt dây III nặng nề. Trên hình ảnh cộng hưởng từ sẽ thấy mất tiếp xúc giữa sợi thần kinh và thân não. Chấn thương gây chảy máu vùng thân não có thể làm tổn thương nhân hoặc xoắn sợi thần kinh, hoặc chấn thương ở vùng ngoại vi của dây trong trường hợp có tổn thương trần ổ mắt hoặc xoang hang.

Theo quan sát của chúng tôi, cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán được rất nhiều nguyên nhân gây liệt dây III, bao gồm cả bất thường đồng tử, trong đó có cả những nhồi máu vi mạch đã có trước khi chụp cộng hưởng từ. Ở bệnh nhân trẻ tuổi, không có tiền sử bệnh lý mạch máu hay các bệnh lý viêm hệ thống cũng như ung thư, cộng hưởng từ có thể giúp tìm được nguyên nhân. Do đó, tất cả các bệnh nhân liệt dây III có hoặc không bất thường đồng tử, đều phải được chụp cộng hưởng từ như xét nghiệm thường quy. Với những bệnh nhân có bất thường đồng tử, thì chụp cộng hưởng từ giúp loại trừ các nguyên nhân chèn ép và thâm nhiễm. Tất nhiên, trong những trường hợp bệnh nhân có kèm theo các triệu chứng xuất huyết màng não, cắt lớp vi tính sọ não kèm dựng mạch não sẽ có lợi hơn nhằm tìm phình mạch não.

## V. KẾT LUẬN

Những bệnh nhân không có tiền sử đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu, chỉ biểu hiện liệt

dây III đơn thuần vẫn cần được chụp cộng hưởng từ như là xét nghiệm cơ bản, tất nhiên trừ trường hợp bệnh nhân có biểu hiện chảy máu màng não đi kèm, để loại trừ những nguyên nhân tổn thương nội sọ hoặc thâm nhiễm. Những bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu, đã gợi ý sẵn tổn thương nhồi máu rất thường gặp, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nhưng vẫn phải chụp cộng hưởng từ sọ não thường quy nếu như bệnh nhân không đỡ sau 3 tuần

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Capo H, Warren F, Kupersmith MJ (1992).** Evolution of oculomotor nerve palsies. J Clin Neuroophthal 1992;10:21–25
2. **Dreyfus PM, Hakim S, Adams RD (1957).** Diabetic ophthalmoplegia: report of a case, with postmortem study and comments on the vascular supply of human oculomotor nerve. Arch Neurol Psychiatry 1957;77:337–349
3. **Green WR, Hackett ET, Schlezinger NE.** Neuro-ophthalmologic evaluation of oculomotor nerve paralysis. Arch Ophthalmol 1960;72:154–167
4. **Hopf HC, Gutmann L(1990).** Diabetic 3rd nerve palsy: evidence for a mesencephalic lesion. Neurology 1990;40(7):1041–1045
5. **Mark AS, Blake P, Atlas SW, Ross M, Brown D, Kolsky M.** Enhancement of the cisternal segment of the third cranial nerve on Gd-MRI: clinical and pathological correlation. AJNR Am J Neuroradiol 1992;13:1463–1470
6. **Richards BW, Jones FR, Younge BR (1992).** Causes and prognosis in 4,278 cases of paralysis of the oculomotor, trochlear, and abducens cranial nerves. Am J Ophthalmol 1992;113:489 – 496
7. **Rucker CW.** Paralysis of the third, fourth and sixth cranial nerves. Am J Ophthalmol 1958; 46:787–794
8. **Trobe JD (1985).** Isolated pupil-sparing third nerve palsy. Ophthalmology 1985;92:58 – 61

## CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC TRONG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT TIỀN PHÁT: CẬP NHẬT Y VĂN

Phạm Hữu Lư\*, Nguyễn Đức Thái\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trần khí màng phổi tự phát tiên phát là bệnh lý thường xảy ra ở người trẻ với tỉ lệ tái phát nhất định. Hiện nay, chỉ định phẫu thuật nội soi lồng

ngực trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát đã trở thành thường quy và khuyến cáo thực hiện sớm ngay với các trường hợp tràn khí lần đầu. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang; Kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới tính; chỉ định phẫu thuật; thời gian mổ... Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. **Kết quả:** Từ tháng 01/2018 đến 04/2021 tại trung tâm Tim mạch và Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức có 38 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát. Chỉ định phẫu thuật bao gồm: Trần khí tái phát 44,74%; Rò khí kéo

\*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

\*\*Bệnh viện K trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022

dài 21,05%; Kén khí lớn 21,05%; Trần khí - tràn máu màng phổi 10,52%; Trần khí 2 bên cùng lúc 2,63%. Không có biến chứng cũng như tử vong. Theo dõi từ 1 tháng đến 24 tháng, không có trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực là lựa chọn ưu tiên trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát khi có chỉ định và cần được thực hiện sớm nhất là những trường hợp tràn khí màng phổi tự phát xuất hiện lần đầu nhằm mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh như tính thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn.

**Từ khóa:** Trần khí màng phổi tự phát tiên phát, phẫu thuật nội soi lồng ngực, tràn khí màng phổi lần đầu.

## SUMMARY

### INDICATIONS OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX: LITERATURE REVIEW

**Background:** Primary spontaneous pneumothorax is a common disease in young people with a recurrence rate. Currently, indications of video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) in the routine treatment of primary spontaneous pneumothorax and it is recommended to perform early in the first episode of pneumothorax. **Methods:** Cross-sectional study; The research results were recorded in the following variables: age, sex; operative indications; operative time... The data were recorded in the research medical record for each patient and processed by the SPSS 20.0. **Results:** From January 2018 to April 2021 at Cardiovascular and Thoracic Center – Viet Duc University Hospital, 38 patients underwent video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax. Indications of VATS: Recurrent pneumothorax 44,74%; Prolonged pneumothorax 21,05%; bullae 21,05%; pneumothorax-hemothorax 10,52%; bilateral spontaneous pneumothorax 2,63%. There were no complications nor death. Follow-up from 1 month to 24 months, no cases of recurrence. **Conclusion:** Video-assisted thoracoscopic surgery is the first choice in the treatment of primary spontaneous pneumothorax when indicated. It should be performed as early as possible in cases of spontaneous pneumothorax appearing for the first episode in order to bring more benefits. Advantages for patients such as aesthetics, less pain after surgery, short hospital stay.

**Keyword:** Primary spontaneous pneumothorax, VATS, the first episode of pneumothorax

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi tự phát được mô tả lần đầu tiên bởi Laennec năm 1819 và được phân ra hai loại là tràn khí màng phổi tự phát tiên phát và thứ phát. Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát (Primary spontaneous pneumothorax - PSP) là tình trạng tràn khí thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh không có tiền sử bệnh lý phổi trước đó [1], [2], [3], [4]. Kinh điển bệnh nhân PSP sẽ được chọc hút khí hoặc dẫn lưu khoang

màng phổi và chỉ định mổ theo những tiêu chí cụ thể (PSP tái phát, rò khí kéo dài 3 – 5 ngày, tràn khí kết hợp tràn máu màng phổi... [1], [2], [5], [6]. Ngày nay, với sự phát triển của kỹ thuật nội soi lồng ngực và những dụng cụ phẫu thuật nội soi chuyên dụng, phẫu thuật nội soi lồng ngực (video assisted thoracoscopic surgery – VATS) hiện là một phương pháp lựa chọn đầu tiên khi có chỉ định phẫu thuật với các trường hợp PSP. Tuy nhiên, việc áp dụng VATS trong điều trị PSP xuất hiện lần đầu đã và đang được áp dụng bởi các tác giả trên thế giới nhằm tránh tái phát, giảm chi phí điều trị cho người bệnh... Vì vậy, chúng tôi tiến hành thống kê các chỉ định ngoại khoa trong đó có VATS điều trị PSP trong thời gian gần đây và cập nhật y văn trên thế giới về vấn đề này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** Gồm các bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát được điều trị bằng VATS với tiêu chí: Là tràn khí màng phổi tự phát tiên phát (PSP); không phân biệt tuổi, giới tính; có đầy đủ hồ sơ bệnh án theo quy định. Loại khỏi mẫu nghiên cứu: Bệnh nhân tràn khí màng phổi không phải là tự phát tiên phát: có tiền sử bệnh lý tại phổi như lao phổi, bụi phổi, bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, ung thư phổi... hoặc mới phát hiện trong quá trình điều trị; Bệnh nhân tràn khí màng phổi do can thiệp của nhân viên y tế; Bệnh nhân bị chấn thương ngực, vết thương ngực.

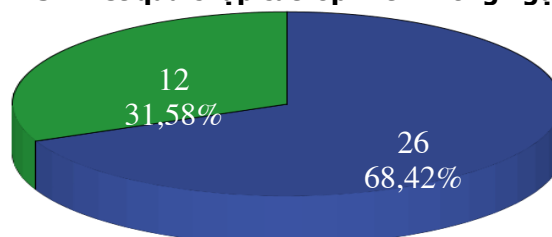
**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang

**Biến số nghiên cứu:** Thống kê các chỉ định phẫu thuật của nhóm nghiên cứu, hình thức xử trí ngoại khoa, thời gian mổ... Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 01/2018 đến 04/2021 có 38 trường hợp tràn khí màng phổi tự phát tiên phát được tiến hành phẫu thuật nội soi lồng ngực với tỷ lệ là nam 78,95% và nữ 21,05%. Nhóm tuổi gặp chủ yếu là từ 18 – 54 chiếm 71,05%.

### 3.1 Kết quả chụp cắt lớp vi tính lồng ngực



**Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ bóng, kén khí phát hiện**

**trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực**

**Nhận xét:** 100% các bệnh nhân vào viện được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực và tỷ lệ phát hiện bóng, kén khí là 68,42%; Nhóm bệnh nhân không phát hiện bóng kén trên CLVT ngực sẽ được chỉ định mổ do: rò khí kéo dài, tràn khí tái phát hoặc tràn máu kèm theo.

**3.2 Hình thức xử trí ngoại khoa**

**Bảng 3.1 Hình thức xử trí ngoại khoa (n = 38)**

Hướng xử trí	n	%
Mổ cấp cứu	03	7,89
Mổ trì hoãn (*)	35	92,11

**3.3 Các chỉ định và phương pháp phẫu thuật**

**Bảng 3.2 Các chỉ định và phương pháp phẫu thuật (n = 38)**

Các chỉ định phẫu thuật	Trị số	Cách thức VATS		Tổng
		Uniportal VATS	Biportal hoặc triportal VATS	
Rò khí kéo dài	n	5	3	8
	%	62,5	37,5	21,05
Kén khí lớn	n	3	5	8
	%	37,5	62,5	21,05
Tràn khí màng phổi tái phát	n	4	13	17
	%	23,53	76,5	44,74
Tràn khí màng phổi 2 bên	n	1	0	1
	%	100	0	2,63
Tràn khí-tràn máu màng phổi	n	2	2	4
	%	50	50	10,52
<b>Tổng</b>	n	15	23	38
	%	39,5	60,5	100

**Nhận xét:** Chỉ định phẫu thuật do tràn khí tái phát chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (44,74%). Không có sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm chỉ định (p > 0,05). Không có trường hợp nào chỉ định phẫu thuật do nghề đặc biệt.

**3.3 Một số thông số khác**

- Thời gian phẫu thuật trung bình cho cả 2 nhóm là 62,5 ± 18,33 phút, thời gian ngắn nhất là 35 phút và dài nhất là 90 phút
- Tai biến: Không có trường hợp nào xảy ra tai biến hoặc tử vong.
- Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là 10 ± 3,541 ngày

**IV. BÀN LUẬN**

Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát cho đến nay vẫn còn là vấn đề toàn cầu do tỷ lệ mắc thường cao, chi phí điều trị lớn, diễn biến thường đột ngột ở bệnh nhân khỏe mạnh, tỷ lệ tái phát sau điều trị bảo tồn còn cao... ảnh hưởng lớn tới sức khỏe người bệnh và gánh nặng cho hệ thống y tế [4], [5], [7]. Hiện nay, vấn đề can thiệp ngoại khoa khi có chỉ định thì phẫu thuật nội soi

Tổng	38	100
------	----	-----

(\*) Lý do bệnh mổ trì hoãn: Bệnh nhân đã được dẫn lưu màng phổi (DLMP) trước mổ với thời gian DLMP trước mổ ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 13 ngày. Thời gian DLMP trung bình trước mổ là 4,69 ± 2,875 ngày.

**Nhận xét:** Trong 4 trường hợp tràn khí tràn máu: chỉ định mổ cấp cứu cho 3 trường hợp; 1 trường hợp dẫn lưu không ra thêm máu, có hình ảnh bóng kén trên CLVT ngực. DLMP vẫn là can thiệp chủ yếu được sử dụng xử lý ban đầu cho khi bệnh nhân vào viện.

là lựa chọn đầu tiên trong hầu hết các trường hợp can thiệp ngoại khoa, chỉ định có xu hướng ngày càng sớm hơn. Qua nghiên cứu nhóm bệnh nhân được lựa chọn và cập nhật y văn thì chúng tôi có một số bàn luận như sau:

**4.1 Chỉ định phẫu thuật:** Như trình bày tại bảng 3.2 thì chỉ định phẫu thuật do tràn khí tái phát chiếm tỷ lệ cao nhất (44,74%), điều này có thể suy luận rằng chọc hút hay dẫn lưu là điều trị bảo tồn chưa triệt để trong đó các tổn thương bóng, kén khí vẫn chưa được giải quyết trong loại hình thương tổn này; Bên cạnh đó, chỉ định mổ do rò khí kéo dài và kén khí lớn đều chiếm tỷ lệ 21,05%; Tràn khí tràn máu là 10,52%; Tràn khí hai bên là 2,63% (Bảng 3.2). Không có trường hợp nào chỉ định phẫu thuật do nghề đặc biệt. Như vậy, về mặt chỉ định chúng tôi tuân thủ khuyến cáo chung như các tác giả đã thực hiện [1], [2], [3]. Mặt khác, chúng tôi chủ trương: Tất cả các bệnh nhân tràn khí màng phổi sau khi được dẫn lưu khoang màng phổi sẽ được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực đánh giá tình trạng nhu mô phổi, nếu phát hiện kén khí trên phim chụp thì chỉ định phẫu thuật nội soi cắt và khâu kén

khí. Điều này cũng đã được khẳng định bởi Mendogni và cộng sự [3]. Phân tích các chỉ định phẫu thuật trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.2) bao gồm: Tràn khí - tràn máu màng phổi vì thường có điểm chảy máu do tổn thương mạch máu nằm trong tổ chức dính giữa nhu mô phổi và thành ngực phổi không nở được nên ít có khả năng tự cầm máu, lượng máu trong khoang màng phổi tăng, trong trường hợp nặng bệnh nhân có thể trụ mạch và tử vong, cần can thiệp sớm. Tỷ lệ tràn khí - tràn máu cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu trên thế giới. Các tác giả nghiên cứu đều nhận thấy toàn trạng của những bệnh nhân này thường nặng và cần can thiệp phẫu thuật sớm. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ định VATS cấp cứu cho 3/4 trường hợp tràn khí - tràn máu màng phổi (Bảng 3.1 và 3.2) do bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu. Tràn khí màng phổi tự phát 2 bên đồng thời (Simultaneous Bilateral Spontaneous Pneumothorax – SBSP) là một tình trạng hiếm gặp, ít được báo cáo trong y văn và chỉ chiếm khoảng 1,3% trong tổng số tràn khí màng phổi tự phát. Hầu hết các trường hợp SBSP thường có bệnh phổi tiềm ẩn. Bệnh nhân vào viện có lâm sàng diễn biến rầm rộ, khó thở khởi phát đột ngột và đau ngực, đây là một tình trạng đe dọa đến tính mạng, do đó việc chẩn đoán và xử trí kịp thời sẽ cứu sống được bệnh nhân. Do số lượng các bệnh nhân SBSP rất ít nên trong nghiên cứu của chúng tôi đề cập đến SBSP chỉ mang tính chất báo cáo ca bệnh. Rò khí không cầm qua dẫn lưu sau 48 – 72 giờ và tràn khí màng phổi tái phát chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong nghiên cứu (Bảng 3.2). Như vậy, chỉ định của chúng tôi cũng giống như hướng dẫn quốc tế về điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát đã được công bố [1], [2], [3]. Tuy nhiên, hiện nay rất nhiều các tác giả trên thế giới khuyến cáo chỉ định can thiệp phẫu thuật nội soi ngay lần tràn khí đầu tiên vì: Đã có so sánh về tỷ lệ tái phát, số ngày nằm viện, chi phí tốn kém hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ điều trị bảo tồn bằng dẫn lưu màng phổi mà chưa mổ [5], [8], [9] và các tác giả khẳng định giá trị lợi ích hơn của phẫu thuật nội soi chỉ định cho lần tràn khí đầu tiên so với điều trị bảo tồn (trong đó có dẫn lưu khoang màng phổi) [7]; lợi ích ngày nằm viện và lợi ích kinh tế - xã hội đã được chứng minh ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật xử trí nội soi trong lần tràn khí lần đầu khi vào viện [4].

#### 4.2 Tai biến và tái phát sau điều trị:

Không có trường hợp nào tai biến hoặc tử vong. Theo dõi sau phẫu thuật tính đến 04/2021, chưa

có trường hợp nào tái phát. Kết quả này bước đầu cho thấy chỉ định VATS sớm và chính xác sẽ đem lại hiệu quả cao và những ưu điểm của phương pháp điều trị này. Trong một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng khẳng định vai trò của phẫu thuật nội soi về tính an toàn, hiệu quả, kinh tế, thẩm mỹ trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát nói chung và xuất hiện lần đầu nói riêng [4],[7].

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực lựa chọn hàng đầu trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát khi có chỉ định, cần được thực hiện sớm nhất là những trường hợp tràn khí màng phổi tự phát tiên phát xuất hiện lần đầu nhằm mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh như tính thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tschopp J.-M., Bintcliffe O., Astoul P., et al. (2015).** ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J*, **46(2)**, 321–335.
2. **Baumann M.H., Strange C., Heffner J.E., et al. (2001).** Management of Spontaneous Pneumothorax. *Chest*, **119(2)**, 590–602.
3. **Mendogni P., Vannucci J., Ghisalberti M., et al. (2020).** Epidemiology and management of primary spontaneous pneumothorax: a systematic review. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, **30(3)**, 337–345.
4. **Fung S., Alexander A., Ashmawy H., et al. (2021).** Socioeconomic Impact of Recurrent Primary Spontaneous Pneumothorax: Should Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Be Considered at First Episode of Primary Spontaneous Pneumothorax?. *Healthcare (Basel)*, **9(9)**, 1236.
5. **Daemen J.H.T., Lozekoot P.W.J., Maessen J.G., et al. (2019).** Chest tube drainage versus video-assisted thoracoscopic surgery for a first episode of primary spontaneous pneumothorax: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, **56(5)**, 819–829.
6. **Cardillo G., Ricciardi S., Rahman N., et al. (2019).** Primary spontaneous pneumothorax: time for surgery at first episode?. *J Thorac Dis*, **11(Suppl 9)**, S1393–S1397.
7. **Chiu H.-Y., Ho Y.-C., Yang P.-C., et al. (2021).** Recommendation for management of patients with their first episode of primary spontaneous pneumothorax, using video-assisted thoracoscopic surgery or conservative treatment. *Sci Rep*, **11(1)**, 10874.
8. **Nachira D., Meacci E., Congedo M.T., et al. (2020).** Surgical treatment of primary spontaneous pneumothorax: what is better to do?. *J Thorac Dis*, **12(4)**, 1274–1276.
9. **Olesen W.H., Katballe N., Sindby J.E., et al. (2018).** Surgical treatment versus conventional chest tube drainage in primary spontaneous pneumothorax: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, **54(1)**, 113–121.