CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ Ổ CẶN MÀNG PHỔI DO CHẤN THƯƠNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

*Đoàn Quốc Hưng**, Lại Thanh Tùng**

TÓM TẮT:

Mô tả hồi cứu, tiến cứu 71 BN chẩn đoán sau phẫu thuật là ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực được điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2013 đến 3/2016. 71 BN (58 nam, 13 nữ), thời gian trung bình từ khi tại nạn đến khi được phẫu thuật là 46,2±22 ngày, 83,1% BN có 2 DLKMP sau mổ. Thời gian dẫn lưu trung bình là 6,7 ± 2,1 ngày, biến chứng hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ 12,7%, 80,3% BN ổn định ra viện, không có BN nặng về hoặc tử vong. Chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi và lý liệu pháp hô hấp là hai vấn đề quan trọng nhất trong chăm sóc bệnh nhân sau mổ ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực.

***Từ khóa**: ổ cặn màng phổi, chấn thương ngực.*

Summary: POST-OPERATIVE CARE PROCESS FOR POST TRAUMATIC EMPYEMA PATIENTS AT VIET DUC HOSPITAL.

SUMMARY

The charts of 71 patients with post-traumatic empyema treated by surgery at Viet Duc hospital from 1/2013 to3/2016 were reviewed in this retrospective and prospective study. 71 patients (58 males, 13 females), average time for patients from injury to be operated was 46,2±22 days, 83,1% cases had two chest tubes after surgery. The average duration of chest drainge was 6,7±2,1 days. The most common complication was surgical site infection with 12,7% cases. 80,3% with good results is discharged, the mortality was none. Post-operative chest tube care and respiratory physiotherapy were two significant issues in post-operative care process for post-traumatic empyema.

***Keywords**: Post-traumatic empyema, chest trauma.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, tiến triển tự nhiên nếu không được điều trị hoặc biến chứng của điều trị thường gặp là ổ cặn màng phổi. Ổ cặn màng phổi là sự dày dính lá thành và lá tạng của màng phổi làm giảm hoặc mất khả năng giãn nở của phổi, đồng thời tạo một khoảng trống trong khoang màng phổi [1], khó có thể điều trị bằng dẫn lưu khoang màng phổi đơn thuần mà phải điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoặc mở ngực. Chăm sóc sau mổ ở những bệnh nhân này cực kỳ quan trọng. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả quy trình chăm sóc bệnh nhân sau mổ ổ cặn màng phổi do chấn thuong ngực và nhận xét một số kết quả điều trị và chăm sóc bệnh nhân sau mổ ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng:

Tất cả các BN được chẩn đoán sau mổ là ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực tại bệnh viện HN Việt Đức từ 1/2013 đến 3/2016, không phân biệt tuổi và giới. Loại trừ các trường hợp ổ cặn màng phổi do các nguyên nhân khác không phải do chấn thương ngực, ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực được dẫn lưu màng khoang màng phổi đơn thuần.

** Khoa phẫu thuật tim mạch Bệnh viện HN Việt Đức*
*** Bộ môn Ngoại, ĐHY Hà Nội*
Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng
Ngày nhận bài: 10/02/2017 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/03/2017
Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng
GS.TS. Bùi Đức Phú

2.2.Phương pháp:

Mô tả hồi cứu-tiến cứu. Tất cả các BN có tiền sử chấn thương ngực gặp biến chứng ổ cặn màng phổi được phẫu thuật (nội soi, mổ mở có nội soi hỗ trợ hay mở ngực). Cỡ mẫu thuận tiện, lấy tất cả các BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu gồm một số đặc điểm dịch tễ học, xử trí chấn thương ngực ban đầu, chăm sóc sau mổ (dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp), một số kết quả điều trị và chăm sóc. Số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0, thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình±độ lệch chuẩn, sử dụng kiểm định T test để so sánh các số trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p< 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 71 BN (60 hồi cứu và 11 tiến cứu) có chẩn đoán sau mổ là ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực. Với một số đặc điểm dịch tễ học: có 58 nam và 13 nữ, độ tuổi nằm trong khoảng từ 18-50 tuổi (59,2%), 40,8% BN là nông dân và 56,3% nguyên nhân gây chấn thương ngực là tai nạn giao thông.

Bảng 3.1: *Các tổn thương phối hợp ban đầu (N = 71)*

Tổn thương phối hợp		n		Tỷ lệ (%)
Không		54		76,1
Có	Chấn thương sọ não	17	8	33,9
	Chấn thương bụng kín		4	
	Chấn thương cột sống		4	
	Gãy xương chi		1	
Tổng		71		100

Bảng 3.2: *Phương thức xử trí chấn thương ngực thì đầu (N=71)*

Xử trí	n	Tỷ lệ (%)
Không can thiệp ngoại khoa	15	21,1
Dẫn lưu khoang màng phổi	56	78,9
Phẫu thuật nội soi	0	0
Mở ngực	0	0
Tổng	71	100

Bảng 3.3: *Thời gian từ khi tai nạn đến khi được phẫu thuật (N=71)*

Thời gian (ngày)	n	Tỷ lệ (%)
< 14	13	18,3
14 – 28	30	42,3
> 28	27	39,4
Tổng	71	100
Trung bình	46,2 ± 22,0	

Bảng 3.4: *Phân bố bệnh nhân theo phương pháp phẫu thuật (N=71)*

Kiểu mổ	n	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật nội soi	32	45,1
Mổ mở có nội soi hỗ trợ	2	2,8
Mở ngực	37	52,1
Tổng	71	100

Bảng 3.5: *Số lượng dẫn lưu khoang màng phổi sau mổ (N=71)*

Số lượng dẫn lưu	n	Tỷ lệ (%)
0	1	1,4
1	10	14,1
2	59	83,1
3	1	1,4
Tổng	71	100

Bảng 3.6: *Lý liệu pháp hô hấp trên bệnh nhân tiến cứu (n=11)*

Lý liệu pháp hô hấp	n	Tỷ lệ (%)
Ngồi dậy – tập thở	11	100
Vỗ - rung	7	63,6
Ho – khạc	7	63,6
Thổi bóng	9	81,8

Bảng 3.7: *Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi sau mổ (n=70)*

Thời gian (ngày)	n	Tỷ lệ (%)
<7	38	54,3
7 – 14	32	45,7
> 14	0	0
Tổng	70	100
Trung bình (ngày)	6,7 ± 2,1	

Bảng 3.8: *Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch khoang màng phổi (N=71)*

Kết quả nuôi cấy		**n**		**Tỷ lệ (%)**
Có	Dương tính	43	24	33,8
	Âm tính		19	26,8
Không		28		39,4
Tổng		71		100

Bảng 3.9*: Phân bố biến chứng theo phương pháp phẫu thuật (N=71)*

Phẫu thuật / **Biến chứng**	**PTNS + mổ mở có NS hỗ trợ**		**Mở ngực**	
	n	%	n	%
Không	30	88,2	23	62,2
Có	4	11,8	14	37,8
Tổng	34	100	37	100

Bảng 3.10: *Biến chứng sau mổ (N=71)*

Biến chứng	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Nhiễm trùng vết mổ	9	12,7
Suy hô hấp sau mổ	4	5,6
Chảy máu sau mổ	3	4,2
Đặt lại DLKMP	2	2,8
Lỏng, hở chân dẫn lưu	1	1,4
Mổ lại	1	1,4

Bảng 3.11: *Thời gian hậu phẫu (N=71)*

Thời gian (ngày)	**n**	**Tỷ lệ (%)**
<7	10	14
7 – 14	55	77,5
>14	6	8,5
Tổng	71	100
Trung bình (ngày)	9,4 ± 4,0	

Bảng 3.12: *Tình trạng bệnh nhân lúc ra viện*

Tình trạng bệnh nhân	**n**	**Tỷ lệ (%)**
Ổn định ra viện	57	80,3
Chuyển tuyến dưới hoặc khoa khác	14	19,7
Nặng xin về hoặc tử vong	0	0
Tổng	71	100

IV. BÀN LUẬN

4.1.Có hai căn nguyên chính gây ổ cặn màng phổi trong bệnh cảnh chấn thương ngực, đó là không giải quyết tốt vấn đề xẹp phổi và vấn đề máu đông cùng fibrin trong khoang màng phổi [2]. Bảng 1 cho thấy có 33,9% BN có tổn thương phối hợp ngoài chấn thương ngực, nhiều nhất là CTSN. Bảng 2, có 21,1% BN chấn thương ngực không được can thiệp ngoại khoa ngay sau tai nạn, đây là sai sót trong quá trình chẩn đoán và đưa ra chỉ định can thiệp ban đầu. Bảng 3.3, thời gian trung bình từ khi tai nạn đến khi được phẫu thuật là 46,2±22 ngày, dài hơn rất nhiều so với O'conner (12,1 ngày) [3], thời gian này càng dài tổn thương phổi càng nặng gây khó khăn trong phẫu thuật. Ổ cặn màng phổi khó có thể điều trị bằng DLKMP đơn thuần mà phải điều trị bằng phẫu thuật nội soi, mổ mở có nội soi hỗ trợ hoặc mở ngực, đặt dẫn lưu khoang màng phổi sau phẫu thuật [2]. Bảng 3.4: 45,1% BN được PTNS, 2,8% bệnh nhân mổ mở có NS hỗ trợ, 52,1% BN được mở ngực. Chăm sóc ở những BN này cực kỳ quan trọng, giúp tránh tái phát và hồi phục chức năng hô hấp cho bệnh nhân, gồm hai vấn đề chính là chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi và tập lý liệu pháp hô hấp.

4.2.Quy trình chăm sóc BN sau mổ ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực

-Dẫn lưu khoang màng phổi sau mổ tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức được tiến hành theo 4 nguyên tắc cơ bản là: kín, một chiều, vô khuẩn và hút liên tục với hệ thống dẫn lưu 3 bình trụ Jeannet [4]. Bảng 3.5, đa phần bệnh nhân được đặt 2 DLKMP sau mổ (83,1%). Có 19,7% bệnh nhân dẫn lưu có dấu hiệu tắc được xoay hút dẫn lưu trong đó 2 bệnh nhân xoay hút không có hiệu quả phải đặt lại DLKMP. DLMKP đều được hút liên tục với áp lực -20 cmH_2O. Thời gian rút DLKMP sau mổ trung bình 6,7±2,1 ngày, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân VMMP do nhiều nguyên nhân theo Đinh Văn Lượng, 11,2±10,1 ngày [5] và nhóm bệnh nhân VMMP mạn tính của Nguyễn Văn Quảng và Nguyễn Công Minh [6].

-Lý liệu pháp hô hấp sau mổ là một trong 2 chăm sóc đặc biệt quan trọng, đặc biệt là trong ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực, giúp phổi nở ra tránh tiếp tục hình hành ổ cặn màng phổi. Thực hiện ngay sau khi bệnh nhân tỉnh, rút nội khí quản, theo nguyên tắc sớm, tích cực, liên tục, tăng dần theo thời gian, tùy sức khỏe bệnh nhân, biện pháp sau bao gồm các biện pháp trước[7]. Có 85,9% bệnh nhân có chỉ định tập LLPHH trong hồ sơ, trong đó 4 biện pháp được sử dụng chính là ngồi dậy và tập thở 100%, vỗ rung 63,6%, ho – khạc 63,6% và thổi bóng 81,8%.

-Chăm sóc giảm đau và tại chỗ sau mổ: có 69% - 49/71 bệnh nhân sử dụng Morphin để giảm đau. 100% bệnh nhân được thay băng sau mổ với 16,9% bệnh nhân được thay băng hàng ngày và 83,1% bệnh nhân được thay băng khi thấm dịch.

4.3.Một số kết quả điều trị và chăm sóc sau mổ ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực

-Bảng 3.10, biến chứng sau mổ chủ yếu nằm ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật mở ngực, với tỷ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ - chân dẫn lưu với 12,7%. Có 1 BN mổ lại với lý do bỏ sót chấn thương phế quản, được mổ lại cắt nối phế quản. Bảng 3.11: thời gian hậu phẫu trung bình (từ lúc được phẫu thuật cho đến lúc ra viện) là 9,4±4,0 ngày, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân VMMP mạn tính theo Nguyễn Văn Quảng và Nguyễn Công Minh (12,36 ±7,89 ngày) [6]. Bảng 12 có 80,3% bệnh nhân ổn định ra viện, 19,7% bệnh nhân chuyển tuyến dưới hoặc khoa khác, không có bệnh nhân nào nặng về hoặc tử vong.

V. KẾT LUẬN

Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau mổ ổ cặn màng phổi do chấn thương ngực tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức là đúng so với quy trình chuẩn. Hai vấn đề cần chú trọng nhất sau mổ là chăm sóc DLKMP và tập lý liệu pháp hô hấp. Điều trị chấn thương ngực cần chỉ định can thiệp kịp thời và tập lý liệu pháp hô hấp giúp nở phổi, tránh hình thành nên ổ cặn màng phổi. Theo dõi sát và chẩn đoán sớm hơn ổ cặn màng phổi ở các bệnh nhân chẩn thương ngực để tiến hành điều trị sớm tránh tổn thương nặng hơn. Ưu tiên sử dụng phẫu thuật nội soi nếu đủ điều kiện để giảm biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Văn Lượng, Nguyễn Chi Lăng và Lê Ngọc Thành (2008). Một số nhận xét về căn nguyên và kết quả mổ bóc vỏ ổ cặn màng phổi qua 42 trường hợp tại khoa ngoại – bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Trung Ương 2006 – 2007. *Tạp chí y học thực hành*, 612 + 613(7), 14 - 16.
2. Nguyễn Hữu Ước và Ngô Gia Khánh (2016). Ổ cặn màng phổi do chấn thương lồng ngực, Bài giảng lý thuyết sau đại học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. J. V. O'Connor, A. Chi, M. Joshi et al (2013). Post-traumatic empyema: aetiology, surgery and outcome in 125 consecutive patient. *Injury*, 44 (9), 1153-1158.
4. Đoàn Quốc Hưng (2007). Dẫn lưu khoang màng phổi chuẩn mực. *Tạp chí ngoại khoa*, 57(4), 45 - 52.
5. Đinh Văn Lượng (2013). *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật viêm mủ màng phổi người lớn*, luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Văn Quảng và Nguyễn Công Minh (2007). Đánh giá kết quả phẫu thuật bóc vỏ phổi trong điều trị viêm mủ màng phổi mạn tính. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11(1).
7. Nguyễn Hữu Ước (2012). Vai trò của lý liệu pháp hô hấp sau phẫu thuật lồng ngực. *Health and Medicine.*