

PHẪU THUẬT KÈM TƯỚI RỬA TRONG ĐIỀU TRỊ MỦ MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI: BÁO CÁO LOẠT CA

Võ Tuấn Anh*, Nguyễn Văn Thành, Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Dũng Nhân

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mủ màng phổi hiện nay vẫn là bệnh lý thường gặp, với tỉ lệ tàn tật và tử vong đáng kể. Dẫn lưu màng phổi kết hợp kháng sinh, vật lý trị liệu hô hấp vẫn là điều trị chính trong mủ màng phổi giai đoạn sớm. Nhờ sự tiến bộ trong phẫu thuật lồng ngực, phẫu thuật VATS kèm tưới rửa trong điều trị mủ màng phổi đã được chứng minh đem lại nhiều hiệu quả.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, thực hiện trên 15 bệnh nhân được chẩn đoán mủ màng phổi và điều trị với phương pháp phẫu thuật kèm đặt tưới rửa khoang màng phổi trong khoảng thời gian từ 01/01/2025 đến 31/10/2025 tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

Kết quả: Có 15 trường hợp được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình 55 tuổi trong đó nam 86,7%, nhập viện chủ yếu vì khó thở và sốt chiếm 46,7% và 26,7%, nguyên nhân phần lớn là do viêm phổi 73,3%, tổn thương bên phải chiếm 80%, Rapid score ≥ 5 điểm chiếm 20%. Phương pháp phẫu thuật VATS và Foley tưới rửa màng phổi lần lượt là 53,3% và 46,7%, trong đó gây mê 53,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 64 ± 37 phút (25-120), sử dụng kháng sinh tại bệnh viện 11 ± 4 ngày (7-21), nằm viện sau mổ 12 ± 5 ngày (4-21), thời gian rút dẫn lưu 13 ± 13 ngày (3-45). Theo dõi ghi nhận 1 trường hợp tái phát, 2 trường hợp tử vong do bệnh lý nền.

Kết luận: Kết quả điều trị mủ màng phổi tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai bước đầu đem lại hiệu quả, phẫu thuật VATS giúp giảm thời gian nằm viện, đặt ống dẫn lưu Foley tưới rửa ghi nhận hiệu quả trên những bệnh nhân nặng, quá khả năng phẫu thuật.

Từ khóa: Mủ màng phổi, VATS, ống dẫn lưu Foley tưới rửa

SURGICAL MANAGEMENT WITH IRRIGATION IN THE TREATMENT OF PLEURAL EMPYEMA AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL: A CASE SERIES

ABSTRACT

Introduction: Pleural empyema remains a commonly encountered condition today, carrying significant rates of morbidity and mortality. Chest drainage combined with antibiotics and respiratory physiotherapy continues to be the mainstay of treatment in early-stage empyema. With advancements in thoracic surgery, VATS combined with pleural irrigation has been proven to provide considerable clinical benefits.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 15 patients diagnosed with pleural empyema and treated surgically with placement of a pleural irrigation catheter between January 01, 2025 and October 31, 2025 at Dong Nai General Hospital.

Results: Fifteen cases were included in the study, with a mean age of 55 years; males accounted for 86.7%. The most common reasons for admission were dyspnea (46.7%) and fever (26.7%). Pneumonia was the predominant underlying cause (73.3%), right-sided lesions

Khoa Ngoại Lồng ngực tim mạch – Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh

Email: dranhantuanvo@gmail.com - Tel: 0908520016

Ngày nhận bài: 26/11/2025

Ngày chấp nhận: 05/12/2025

accounted for 80%, and 20% of patients had a RAPID score ≥ 5 . VATS and pleural irrigation using a Foley catheter were performed in 53.3% and 46.7% of cases, respectively; general anesthesia was used in 53.3%. The mean operative time was 64 ± 37 minutes (25–120). The duration of in-hospital antibiotic use was 11 ± 4 days (7–21), postoperative hospital stay was 12 ± 5 days (4–21), and chest tube removal occurred after an average of 13 ± 13 days (3–45). Short- and mid-term follow-up recorded one recurrence and

two deaths due to underlying comorbidities.

Conclusion: Initial outcomes of pleural empyema management at Dong Nai General Hospital are favorable. VATS contributes to reduced hospital stay, and the use of Foley catheter irrigation shows benefits in severe cases with limited surgical tolerance.

Keywords: *Pleural empyema, VATS, Foley irrigation catheter.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mủ màng phổi (MMP) là bệnh lý do viêm nhiễm tạo mủ trong khoang màng phổi (KMP). MMP có thể diễn biến cấp tính hoặc mạn tính do các loại vi khuẩn gây bệnh trực tiếp tại KMP, hoặc thứ phát sau nhiễm trùng phổi phế quản.

Điều trị MMP có nhiều phương pháp như: kháng sinh, chọc hút, dẫn lưu màng phổi, thuốc tiêu sợi huyết, đặt ống tưới rửa...được chỉ định cho từng giai đoạn khác nhau của bệnh; sự thất bại của điều trị bảo tồn, sự chậm trễ của người bệnh trong tiếp cận dịch vụ y tế khiến MMP tiến triển thành mạn tính và phải điều trị phẫu thuật. Chẩn đoán sớm và điều trị đúng, kịp thời giúp nâng cao hiệu quả điều trị, nhanh hồi phục, giảm tỷ lệ tai biến và biến chứng và rút ngắn số ngày nằm viện... Điều trị MMP giai đoạn III kinh điển là mổ mở bóc vỏ màng phổi xâm lấn nhiều. Hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong điều trị mủ màng phổi, phẫu thuật nội soi và đặc biệt dẫn lưu màng phổi tưới rửa bằng nước muối sinh lý mang lại nhiều hiệu quả.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân MMP.

2. Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật kèm đặt Foley tưới rửa khoang màng phổi điều trị MMP.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu thực hiện theo thiết kế báo cáo loạt ca hồi cứu

2.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tiêu chuẩn chọn vào: bệnh nhân được chẩn đoán MMP và điều trị với phương pháp phẫu thuật nội soi màng phổi hoặc đặt ống Foley tưới rửa khoang màng phổi, tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 01/01/2025 đến tháng 31/10/2025.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không liên lạc được, không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Quy trình thực hiện

- Chẩn đoán bệnh:

+ Bệnh nhân nhập viện chủ yếu khó thở, sốt, thỉnh thoảng gặp đau ngực, ho.

+ Chọc dịch màng phổi trắng đục (mủ).

+ Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực có thuốc cản quang: ghi nhận hình ảnh dịch đậm độ cao, nghi ngờ MMP, kèm dày màng phổi, dịch có thể tự do, hoặc khu trú thành một hay nhiều ổ

- Phẫu thuật nội soi làm sạch màng phổi: Bệnh nhân được xác định bên và vị trí tổn thương

• Lựa chọn phương pháp vô cảm: Mê nội phế

quản và cô lập phổi

- Tư thế: Nghiêng về bên lành, sát trùng trái sấp rộng
- Rạch da khoang liên sườn 4 hoặc 5, 3 tới 5cm, bóc lộ vào khoang màng phổi, tạo khoang đủ rộng để đặt dụng cụ vén mô mềm
- Vào khoang màng phổi, hút dịch mủ, cấy vi trùng
- Làm sạch khoang màng phổi, tưới rửa nhiều lần bằng nước muối sinh lý NaCl 0,9%

- Nếu màng phổi tạng dày, tiến hành làm sạch, bóc vỏ phổi
- Bộc lộ và làm sạch tối đa về mặt giải phẫu nhu mô phổi, từng thùy, rãnh liên thùy, màng phổi trung thất, màng phổi cơ hoành, để chắc chắn không còn ổ tổn thương
- Cho thông khí phổi kiểm tra mức độ phổi nở.
- Đặt 1 ống dẫn lưu và lồng Foley để tưới rửa màng phổi
- Đóng ngực



Hình 1. Vỏ màng phổi dày trên nội soi lồng ngực



Hình 2. vết mổ nội soi làm sạch, bóc vỏ màng phổi

Tưới rửa màng phổi: Thực hiện tưới rửa màng phổi 4 lần/ngày, mỗi lần tưới rửa với 250 ml NaCl 0,9%

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại
Lồng ngực Tim mạch Bệnh viện Đa khoa Đồng

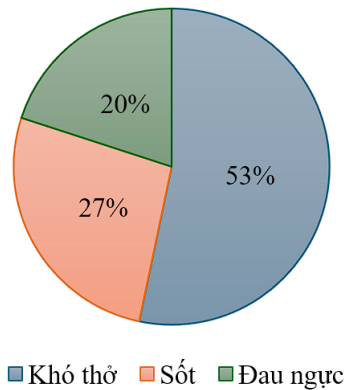
Nai, từ 01/01/2025 tới nay có 15 bệnh nhân thỏa
nghiên cứu. Qua quá trình thu thập và phân tích số
liệu, ghi nhận những kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Biến số	Số liệu (N = 15)
Tuổi trung bình	55 ± 14 (22 – 74)
Nam (n, %)	13, 84.7
BMI	20.61 ± 53.7
Đái tháo đường (%)	60
Tăng huyết áp (%)	53.3
Suy tim (%)	13.3
K phổi (%)	6.37
Di chứng chấn thương sọ não (%)	13.3
Bại não (%)	6.7

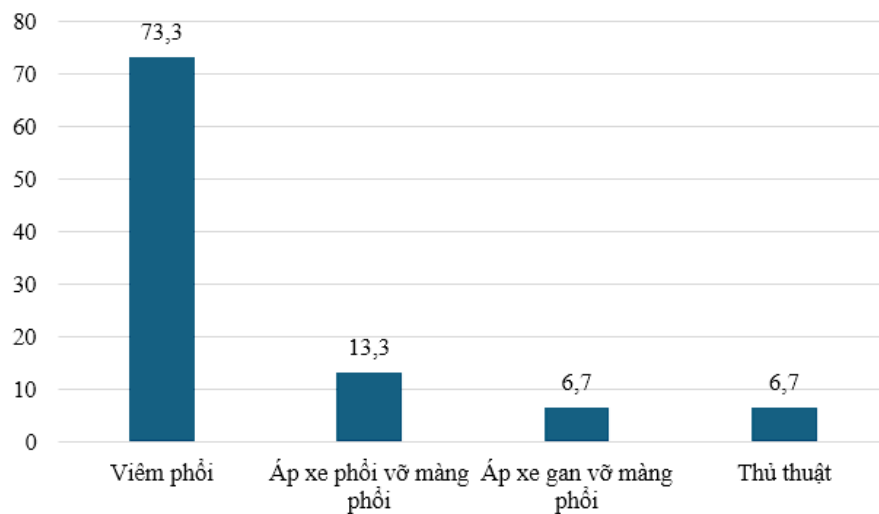
Tuổi trung bình 55 ± 14, lớn nhất 74 và nhỏ nhất 22 tuổi. Trong đó giới nam chiếm 84,7%. Tiền căn ĐTD chiếm 60%, tiếp đến là THA 53,3%. Có 2 trường hợp K phổi, 2 trường hợp di chứng CTSN, và 1 trường hợp bại não.

Lý do nhập viện



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo lý do nhập viện

Về lý do nhập viện, các bệnh nhân đến bệnh viện chủ yếu vì khó thở với 53%, tiếp đến là sốt 27%, đau ngực chiếm 20%



Biểu đồ 2. Nguyên nhân gây mũ màng phổi

Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là viêm phổi chiếm 73%.

Kết quả cấy dịch màng phổi

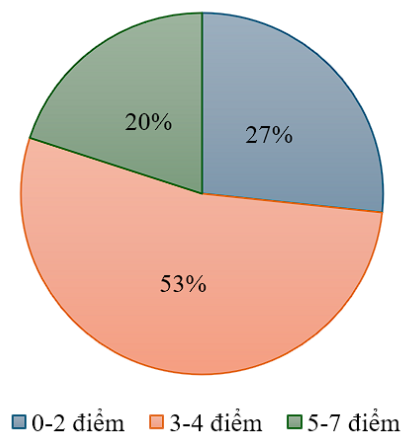
Có 4 trường hợp mọc vi khuẩn, chiếm 26,7%

Trong đó có 1 bệnh nhân nhiễm *Klebsiella pneumoniae*, 2 bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas Aeruginosa*, 1 bệnh nhân nhiễm *Escherichia coli*.

Albumin

Số bệnh nhân có Albumin máu dưới 27 chiếm 73,3%, cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhân mũ màng phổi và ổ cận màng phổi cao.

Điểm Rapid score cho viêm mũ màng phổi: Nhóm Rapid score 3-4 điểm chiếm đa số với 53%.



Biểu đồ 3. Phân bố bệnh nhân theo điểm RapiDsore

Thời gian phẫu thuật trung bình: $96,25 \pm 19,2$ phút (60 - 120 phút)

Thời gian rút dẫn lưu trung bình: $13,40 \pm 12,8$ ngày

Theo dõi tái phát: Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IV, chọc dịch màng phổi nhiều lần dịch vàng trong, sau đó chọc ra dịch trắng đục, nhập viện được xử trí tươ

rửa màng phổi, ngày thứ 5 bệnh nhân hết sốt, dẫn lưu không ra dịch, sau đó thân nhân xin rút DLMP xuất viện. Sau xuất viện 7 ngày bệnh nhân khó thở, nhập viện lại, ghi nhận dịch màng phổi tái lập, được dẫn lưu màng phổi và tưới rửa trở lại, sau 14 ngày xuất viện, theo dõi tới hiện tại không tái phát.

Biến chứng: Chưa ghi nhận biến chứng khác trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Tử vong sớm: Có 1 trường hợp tử vong sớm, bệnh nhân bại não, nằm một chỗ, không tiếp xúc, suy kiệt, nuôi ăn qua sonde dạ dày. Tình trạng nặng xuất viện tử vong sau 30 ngày.

Biến chứng trong thời gian theo dõi: Sau thời gian theo dõi, chúng tôi ghi nhận có thêm 01 trường hợp tử vong

Trường hợp 2: Bệnh nhân đã điều trị ổ MMP, không ghi nhận tái phát. 10 tháng sau mổ, bệnh nhân đột quỵ não tử vong.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55 tuổi (22–74), phù hợp với nhiều báo cáo trong và ngoài nước, cho thấy MMP thường gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi [1, 2]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (86,7%), điều này tương đồng với nghiên cứu của Maskell và cộng sự khi ghi nhận nam mắc nhiều hơn nữ, có thể do tỷ lệ hút thuốc và bệnh phổi mạn tính ở nam cao hơn [3].

4.2. Yếu tố bệnh nền

Trong nghiên cứu, có đến 60% bệnh nhân mắc đái tháo đường, 53,3% tăng huyết áp và 13,3% suy tim. Đây là những yếu tố thuận lợi cho nhiễm trùng hô hấp tiến triển nặng, đồng thời làm giảm hiệu quả điều trị nội khoa đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân có albumin máu thấp (<27 g/L) chiếm tới 73,3%, phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng và nhiễm trùng nặng, là yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu đã được báo cáo trước đây [4].

4.3. Nguyên nhân và vi sinh

Nguyên nhân chủ yếu là viêm phổi (73,3%), phù hợp với y văn quốc tế khi viêm phổi vẫn là căn nguyên hàng đầu của MMP [2]. Tỷ lệ cấy dịch màng phổi dương tính chỉ 26,7%, thấp hơn so với các nghiên cứu khác (thường 40–60%). Điều này có thể do bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước nhập viện, hoặc kỹ thuật nuôi cấy còn hạn chế. Các tác nhân gặp bao gồm *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Escherichia coli*, đều là vi khuẩn Gram âm thường gặp trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn nặng.

4.4. Phương pháp phẫu thuật

Trong 15 ca, 53,3% được phẫu thuật nội soi VATS và 46,7% đặt ống Foley tưới rửa. VATS có ưu điểm loại bỏ tổ chức mũ giả mạc, giải phóng nhu mô phổi, giúp phổi nở tốt, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tái phát [5]. Tuy nhiên, với các bệnh nhân nặng, nhiều bệnh nền hoặc không đủ điều kiện gây mê, đặt Foley tưới rửa là lựa chọn thay thế hợp lý, vừa an toàn vừa mang lại hiệu quả làm sạch khoang màng phổi. Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy nhóm Foley tưới rửa có thời gian dẫn lưu dài hơn (16 ngày so với 10 ngày ở nhóm VATS), nhưng vẫn đạt hiệu quả lâm sàng.

4.5. Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 12 ± 5 ngày, tương đồng với các báo cáo của Chen (2019) và Brunelli (2021), dao động từ 10–15 ngày [4]. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tái phát (6,7%), xảy ra ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IV, sau xử trí bằng Foley tưới rửa vẫn ổn định. Hai trường hợp tử vong không liên quan trực tiếp đến phẫu thuật (một bệnh nhân bại não suy kiệt, một bệnh nhân tử vong do đột quỵ). Như vậy, hiệu quả của phẫu thuật kèm tưới rửa được đánh giá là khả quan, biến chứng phẫu thuật gần như không ghi nhận.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy mổ mở bóc vỏ màng phổi có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn, đặc biệt ở bệnh nhân nhiều bệnh nền. Sự

phát triển của VATS cùng với kỹ thuật tưới rửa đã thay thế đáng kể cho phương pháp mổ mở. Kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung trên thế giới, khi phẫu thuật ít xâm lấn kết hợp rửa màng phổi bằng dung dịch muối sinh lý mang lại hiệu quả điều trị tốt, an toàn, và giảm biến chứng.

Hạn chế của nghiên cứu:

- Cỡ mẫu nhỏ (15 ca), chưa đủ mạnh để đưa ra kết luận rộng rãi.
- Nghiên cứu hồi cứu, chưa có nhóm đối chứng so sánh trực tiếp với các phương pháp khác.
- Thời gian theo dõi còn ngắn, cần nghiên cứu thêm về kết quả dài hạn.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kèm tưới rửa trong điều trị MMP tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai bước đầu cho kết quả khả quan. Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng việc áp dụng linh hoạt hai phương pháp này sẽ nâng cao hiệu quả điều trị, giảm gánh nặng bệnh tật và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân MMP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giang, N.X. and Đ.V. Lượng, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân viêm mũ màng phổi do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019–2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025. 552(2): p. 26–31.
2. Nhật, L.X. and V.H. Vĩnh, Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ổ kén mũ màng phổi bằng phương pháp đặt Foley tưới rửa tại Khoa Ngoại lồng ngực Bệnh viện Chợ Rẫy. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2021. 25(3): p. 01–06.
3. J, G., Saline lavage for the management of severe pleural empyema: A cohort study. Clinical Respiratory Journal, 2021.
4. HE, D., et al., Management of pleural infection in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. Thorax, 2010. 65(Suppl 2): p. ii41–ii53.
5. Nhung, N.V., N.L. Vinh, and N.T. Tùng, Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2011. 391(2): p. 56–62.