

ASSESSMENT OF SURGICAL OUTCOMES IN POST-TUBERCULOSIS BRONCHIAL STENOSIS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Dinh Van Luong^{1*}, Nguyen Si Khanh¹, Dinh Van Tuan¹,
Pham Thi Thanh Dua¹, Nguyen Quoc Tuan¹, Vu Quy Duong¹, Pham Thanh Dat²,
Do Anh Tien^{2,3}, Nguyen Cong Huu², Le Ngoc Thanh³

¹National Lung Hospital

²E Hospital

³University of Medicine and Pharmacy, VNU

Received: 24/03/2026

Revised: 01/4/2026; Accepted: 06/04/2026

ABSTRACT

Objective: To investigate the clinical characteristics, indications, and early outcomes of bronchoplastic surgery for post-tuberculosis bronchial stenosis at the National Lung Hospital. Patients and methods A retrospective review of medical records with a cross-sectional descriptive design without a control group was conducted. Data were collected through research medical records and follow-up evaluation files after treatment for 24 patients who underwent bronchoplastic surgery at the National Lung Hospital from 2010 to 2025.

Results: The mean age was 35.82 ± 16.68 years (range: 10–42 years), with a male-to-female ratio of 9 (37.5%) to 15 (62.5%). All patients underwent endotracheal general anesthesia. The mean operative time was 238.6 ± 72.6 minutes (range: 180–480 minutes). The mean duration of chest drainage was 5.9 ± 3.1 days (range: 3–20 days), and the mean postoperative hospital stay was 13.2 ± 5.3 days (range: 7–22 days). The complication rate (20.8%), and good surgical outcomes were achieved in 79,2% of cases.

Conclusion: Bronchoplastic surgery is a safe and effective treatment for severe post-tuberculosis bronchial stenosis. Both meticulous bronchial anastomosis techniques and careful postoperative follow-up play crucial roles in achieving successful surgical outcomes.

Keywords: *Bronchus; post-tuberculosis bronchial stenosis; bronchoplasty; lobectomy.*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẸP PHẾ QUẢN DO LAO TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng^{1*}, Nguyễn Sĩ Khánh¹, Đinh Văn Tuấn¹,
Phạm Thị Thanh Đua¹, Nguyễn Quốc Tuấn¹, Vũ Quý Dương¹, Phạm Thành Đạt²,
Đỗ Anh Tiến^{2,3}, Nguyễn Công Hưu², Lê Ngọc Thành³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, chỉ định, kết quả sớm của phẫu thuật hẹp phế quản do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, mô tả cắt ngang không có đối chứng, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu và hồ sơ theo dõi, đánh giá sau điều trị cho 24 bệnh nhân được phẫu thuật hẹp phế quản do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương giai đoạn 2009-2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $35,82 \pm 16,68$ (từ 10 đến 42 tuổi), nam/nữ = 9 (37,5%) / 15 (62,5%). 100% bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Thời

gian phẫu thuật trung bình $238,6 \pm 72,6$ phút (180-480), thời gian dẫn lưu trung bình $5,9 \pm 3,1$ (từ 3-20 ngày), thời gian hậu phẫu $13,2 \pm 5,3$ ngày (7-22). Tỷ lệ biến chứng (20,8%), phẫu thuật đạt kết quả tốt (79,2%).

Kết luận: Phẫu thuật tạo hình phế quản là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho hội chứng hẹp phế quản nặng sau lao. Cả kỹ thuật nối phế quản và theo dõi bệnh nhân kỹ lưỡng đều đóng vai trò quan trọng trong sự thành công của các ca phẫu thuật.

Từ khóa: Phế quản, hẹp phế quản do lao, phẫu thuật tạo hình phế quản, cắt thùy phổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp phế quản (PQ) là sự thu hẹp khu trú hoặc lan tỏa của lòng PQ, làm giảm lưu lượng khí lưu thông. Khi đường kính phế quản bị hẹp từ 50% trở lên sẽ xuất hiện triệu chứng khó thở. Hẹp PQ nặng gây ra các biến chứng ở phổi như viêm phổi, xẹp phổi, giãn phế quản, và thậm chí tử vong do suy hô hấp và ngạt thở. Hẹp PQ có thể do nguyên nhân bẩm sinh, viêm lao, sau chấn thương, sau phẫu thuật, sau ghép phổi hoặc do u lành tính và ác tính ở PQ. Trong đó, lao PQ là nguyên nhân phổ biến nhất tại Việt Nam^{1,2,3,4}.

Bệnh lao PQ - nguyên nhân hàng đầu gây hẹp PQ và ảnh hưởng đến 10–40% bệnh nhân (BN) lao phổi, có các triệu chứng đa dạng và thường gây nhầm lẫn do vị trí và giai đoạn bệnh khác nhau, điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán kịp thời và nguy cơ tiến triển thành hẹp đường thở, xẹp phổi và tái phát lao. Mặc dù có hướng dẫn của Tổ

chức Y tế Thế giới (WHO) và liệu pháp chống lao, nhưng không có phác đồ điều trị tiêu chuẩn nào cho chứng hẹp khí PQ. Các biện pháp can thiệp bao gồm các kỹ thuật đốt (điện hoặc laser), nong bóng, đặt stent và phẫu thuật PQ⁵.

Phẫu thuật cắt phổi thực hiện lần đầu vào năm 1895 bởi Macewen, song phẫu thuật này vẫn được cho là tiềm ẩn nguy cơ cao về tai biến, đặc biệt là ở những bệnh nhân (BN) có chức năng tim phổi hạn chế. Do vậy, phẫu thuật tạo hình PQ được coi như một giải pháp thay thế cho phẫu thuật cắt

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Đại học Y Dược, cơ sở Linh Đàm, Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

*Tác giả liên hệ: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com - Tel: 0912187592

Ngày nhận: 24/03/2026 Ngày sửa: 01/04/2026

Ngày chấp nhận: 06/04/2026

DOI: 10.47972/vjcts.v55i.1722

phổi trên những BN có tổn thương tại PQ. Kỹ thuật này được thực hiện lần đầu tiên năm 1932 bởi Bigger, được đánh giá hiệu quả và cải tiến liên tục để ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới, với những ưu điểm như cải thiện chức năng hô hấp, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng... so với kỹ thuật cắt phổi kinh điển. Đây là kỹ thuật phẫu thuật tinh vi, đòi hỏi chẩn đoán chính xác, chỉ định hợp lý và phẫu thuật viên có kinh nghiệm^{1,6}.

Bệnh viện Phổi Trung ương đã triển khai phẫu thuật hẹp PQ từ năm 2010. Tuy nhiên, số lượng BN còn hạn chế, chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định và kết quả phẫu thuật. Tổng kết và đánh giá kết quả phẫu thuật là mục tiêu của bài viết này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

24 BN được phẫu thuật hẹp PQ do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 05/2009 – 07/2025. Chúng tôi đưa vào nghiên cứu những BN (1) được xác nhận mắc lao phổi hoặc lao phế quản, được chẩn đoán và điều trị bằng thuốc chống lao ít nhất ba tháng, có kết quả xét nghiệm đờm âm tính với trực khuẩn lao, (2) bị hẹp PQ nặng (theo Freitag độ ≥ 3)⁷, không có chỉ định nội soi PQ can thiệp hoặc nội soi PQ can thiệp thất bại, (3) phát triển các biến chứng phổi sau hẹp như viêm phổi, đông đặc phổi hoặc xẹp phổi, và (4) đã được phẫu thuật tái tạo PQ để điều trị hẹp^{2,3,4,7,8}.

Chúng tôi loại trừ những bệnh nhân bị hẹp PQ phức tạp sau lao liên quan đến nhiều vị trí cần các can thiệp khác nhau. Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, mô tả cắt ngang không có đối chứng, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu; và hồ sơ theo dõi, đánh giá sau

điều trị. Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu thực tế theo số hồ sơ thu thập được.

2.3. Quy trình kỹ thuật

- Gây mê nội PQ với ống 02 nòng, thông khí phổi bên đối diện. BN nằm nghiêng 90° về bên đối diện tổn thương. Mở ngực dài 12-15 cm phía sau bên ở khoang liên sườn 5.

- Phẫu tích giải phóng rốn phổi, PQ; xác định vị trí hẹp PQ, đánh giá khả năng bảo tồn nhu mô. Cắt đoạn PQ hẹp (cả thùy phổi mất chức năng), lấy mẫu bờ cắt, gửi cắt lạnh để đảm bảo diện cắt không còn tổn thương. Nếu dương tính, cắt thêm 0,5–1 cm PQ đến khi âm tính.

- Khâu nối phục hồi PQ: Chuẩn bị 2 đầu miệng nối sạch, không còn tổ chức bệnh lý. Hút sạch đàm nhớt ứ đọng trong phổi. Dùng PDS 3-0/4-0 khâu hai mũi đơn đầu tiên đánh dấu chia đôi miệng nối giúp tránh xoắn vặn, nửa mặt sau được khâu bằng mũi liên tục, nửa mặt trước được khâu bằng mũi rời hoặc mũi liên tục tùy vào sức căng của miệng nối. Có thể phủ miệng nối bằng tổ chức mỡ trung thất hoặc màng phổi trung thất.

- Kiểm tra, đóng ngực: Miệng nối được kiểm tra rò khí trong nước bằng cách bóp bóng thông khí 2 phổi. Đặt 1-2 ống dẫn lưu 32 Fr khoang màng phổi hút áp lực âm 20-25 cmH₂O sau mổ. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu. Bệnh phẩm phẫu thuật gồm đoạn hẹp PQ, tổn thương thùy phổi (nếu cắt thùy phổi) được gửi đến khoa giải phẫu bệnh, vi sinh.

- Hậu phẫu khi lâm sàng ổn định, dẫn lưu ra dịch trong, < 100ml/24h, không sử dụng, xạ quang phổi nở sẽ tiến hành rút dẫn lưu màng phổi.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Quy trình nghiên cứu và bệnh án mẫu được thống nhất, tuân thủ chặt chẽ tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm KoboToolbox. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ NHẬN XÉT

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN nghiên cứu

Từ 2009-2025 chúng tôi thực hiện phẫu thuật cho 24 BN bị hẹp PQ do lao, các BN đều không có chỉ định nội soi PQ can thiệp hoặc nội soi PQ can thiệp thất bại.

Tuổi trung bình là $35,82 \pm 16,68$ (10 – 42 tuổi). Nữ giới chiếm chủ yếu 15BN (62,5%). Thời gian trung bình từ khi chẩn đoán lao đến khi chẩn đoán hẹp PQ là 31 tháng (Từ 6–60 tháng). Hầu hết BN có các triệu chứng ho, khó thở tăng dần. Các đặc điểm cơ bản của BN trước khi phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

| Đặc điểm | | Tất cả bệnh nhân (N=24) |
|--|----------------------|--------------------------------|
| Tuổi | | $35,82 \pm 16,68$ [10 – 42] |
| Nữ giới | | 15 (62,5%) |
| Thời gian từ khi chẩn đoán lao đến khi bị hẹp PQ (tháng) | | 31 (6–60). |
| Triệu chứng | Không có triệu chứng | 1 (4,2%) |
| | Đau ngực | 2 (8,4) |
| | Khó thở | 10 (41,7%) |
| | Ho | 13 (54,2%) |
| | Sốt | 2 (8,4%) |

Chụp X-quang ngực cho thấy hẹp đường thở chỉ ở 2 BN (8,3%), nhưng xẹp phổi ở 16 BN (66,7%), đông đặc phổi ở 5 BN (20,8%) và xơ hóa dạng đường ở 2 BN (8,3%). Chụp CLVT cho thấy các trường hợp xẹp phổi, đông đặc phổi và xơ hóa dạng đường tương tự; tuy nhiên, chụp CLVT phát hiện 100% các trường hợp hẹp đường thở. Vị trí hẹp được xác định bằng chụp CLVT và nội soi PQ tương tự nhau, với 18 BN (75,0%) hẹp PQ gốc trái và 6 BN (25,0%) hẹp PQ gốc phải. Nội soi PQ chủ yếu cho thấy hẹp PQ đoạn gần. Điều này có thể là do ống nội soi PQ không thể đi qua vị trí hẹp. Hầu hết các tổn thương là xơ hóa đường thở (91,6%).

Mức độ hẹp khá tương đồng giữa chụp CLVT và nội soi PQ, với hầu hết các trường hợp là hẹp nặng hoặc tắc nghẽn. Đặc điểm chi tiết đầy đủ của các tổn thương được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương

| Đặc điểm | Kết quả chụp x-quang (N=24) | Kết quả chụp CLVT (N=24) | Kết quả nội soi PQ (N=24) |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Hẹp đường thở | 2 (8,3%) | 24 (100%) | - |
| Xẹp phổi | 16 (66,7%) | 17 (70,8%) | - |
| Đông đặc phổi | 5 (20,8%) | 6 (25,0%) | - |
| Xơ hóa dạng đường | 2 (8,3%) | 4 (16,7%) | - |
| Vị trí hẹp | | | |
| Phế quản gốc phải | - | 6 (25,0%) | 6 (25,0%) |
| Phế quản gốc trái | - | 18 (75,0%) | 18 (75,0%) |
| Loại tổn thương | | | |
| Xơ hóa PQ | - | - | 22 (91,6%) |
| Nhuễn hóa PQ | - | - | 1 (4,2%) |
| Biến dạng PQ | - | - | 1 (4,2%) |
| Chiều dài đoạn hẹp (mm) | - | $15,32 \pm 7,94$ | - |
| Đường kính lòng đoạn hẹp (mm) | - | $1,25 \pm 2,02$ | - |
| Phân mức độ hẹp | | | |
| Hẹp mức độ vừa (51-70%) | - | 2 (8,4%) | 2 (8,4%) |
| Hẹp mức độ nặng (71-99%) | - | 14 (58,3%) | 13 (54,2%) |
| Hẹp tắc nghẽn (100%) | - | 8 (33,3%) | 9 (37,5%) |

3.2. Đặc điểm, kết quả phẫu thuật.

Tất cả BN đều được phẫu thuật cắt bỏ đoạn hẹp và nối thông, trong đó có 6 BN (25,0%) được cắt bỏ thùy phổi kèm theo. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy 6 BN (25,0%) còn tổn thương lao (chưa xơ hóa). Thời gian phẫu thuật là 238,6 phút. 5 BN (20,8%) gặp biến chứng, trong đó gồm rò rỉ khí kéo dài, xẹp phổi, rò rỉ đường chấp và chảy máu sau mổ. Không ghi nhận trường hợp nào bục miệng nối. Tất cả BN có biến chứng đều được phát hiện, theo dõi và điều trị kịp thời. Chi tiết được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm, kết quả phẫu thuật

| Đặc điểm phẫu thuật và biến chứng | Tất cả bệnh nhân (N=24) |
|--|-------------------------|
| Phương pháp phẫu thuật | |
| Cắt đoạn phế quản | 18 (25,0%) |
| Cắt đoạn PQ + cắt thùy phổi | 6 (25,0%) |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | 238,6 ± 72,6 (180–480) |
| Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày) | 5,9 ± 3,1 (3 - 20) |
| Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày) | 13,2 ± 5,3 (7-22) |
| Kết quả giải phẫu bệnh lý | |
| Tổn thương lao | 6 (25,0%) |
| Tổn thương viêm hạt | 5 (20,8%) |
| Tổn thương viêm mạn xơ hóa | 13 (54,2%) |
| Biến chứng sau phẫu thuật | |
| Rò rỉ khí kéo dài | 2 (8,4%) |
| Xẹp phổi | 1 (4,2%) |
| Chảy máu sau mổ | 1 (4,2%) |
| Rò rỉ đường chấp | 1 (4,2%) |

3.3. Kết quả theo dõi sau mổ (từ 1- 6 tháng)

Qua chụp x-quang thấy có 91,6% phổi nở tốt. Soi PQ đánh giá miệng nối PQ thông thoáng đạt 87,6%. 01 BN hẹp nhiều, có mềm sụn PQ, được đặt stent PQ, 01 BN hẹp do phù nề miệng nối, có tổ chức hạt mọc nhiều, được nội soi ống cứng, cắt

lọc tổ chức hạt và nong PQ thành công.

BN được đánh giá phẫu thuật đạt kết quả tốt (không bị biến chứng, soi PQ miệng nối thông thoáng, x-quang phổi nở tốt) chiếm 79,2% ; trung bình (Soi PQ miệng nối hẹp nhẹ, trung bình, xquang phổi nở tốt) chiếm 8,4%, kém (Soi PQ miệng nối hẹp nhiều, x-quang phổi nở không hoàn toàn) chiếm 8,4%, cụ thể được thể hiện trong Bảng 4.

Bảng 4. kết quả theo dõi sau mổ 1-6 tháng

| Đặc điểm | Tất cả bệnh nhân (N=24) |
|--|-------------------------|
| Miệng nối PQ qua nội soi PQ | |
| Không hẹp | 19 (79,2%) |
| Hẹp nhẹ - trung bình | 2 (8,4%) |
| Hẹp nhiều cần đặt stent | 1 (4,2%) |
| Hẹp nhiều cần nội soi phế quản cắt lọc | 1 (4,2%) |
| X-quang phổi | |
| Nở hoàn toàn | 22 (91,6%) |
| Nở không hoàn toàn | 2 (8,4%) |
| Kết quả thành công | |
| Tốt | 19 (79,2%) |
| Trung bình | 2 (8,4%) |
| Kém | 2 (8,4%) |

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm của tập hợp BN nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả đã được báo cáo trước đây^{1,8}, phần lớn là nữ giới (35,82) trẻ tuổi (62,5%) và tỷ lệ mắc bệnh lao ở PQ trái cao hơn (75%). Căn nguyên hẹp PQ cao hơn ở nữ giới trẻ tuổi mắc bệnh lao vẫn chưa rõ ràng. Sự dễ bị nhiễm trùng nhanh hơn của PQ gốc trái là do cấu tạo giải phẫu của nó, nơi nó bị chèn ép giữa cung động mạch chủ và các hạch bạch huyết trung thất và rốn phổi trái^{1,8}.

Các BN của chúng tôi chủ yếu đi khám và phát hiện vì lý do đau tức ngực, ho và khó thở tăng dần. Đây đều là những triệu chứng không đặc hiệu

của hẹp đường thở, có thể gặp trong những bệnh lý hô hấp khác, hoàn cảnh phát hiện cũng giống với nghiên cứu của các tác giả khác^{2,3,4,6,8,9}.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có giá trị chẩn đoán cao, cho phép chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây xẹp phổi là do thương tổn hẹp, tắc PQ cũng như đánh giá vị trí, mức độ hẹp, độ dài đoạn hẹp, tình trạng nhu mô phổi, là những dấu hiệu hết sức quan trọng để đưa ra chỉ định điều trị, đồng thời theo dõi điều trị^{1,2,3,4}. Ngày nay, với sự phát triển của kỹ thuật chụp CLVT độ phân giải cao (HRCT) có thể kèm dựng hình 3D cây PQ với nội soi PQ ảo cho phép đánh giá toàn diện đường thở, từ đó lập kế hoạch cho can thiệp chẩn đoán và điều trị thích hợp. Tất cả các BN của chúng tôi đều được chụp CLVT độ phân giải cao dựng hình cây PQ trước mổ, phát hiện 17 (70,8%) BN xẹp phổi sau PQ hẹp, 6 (25%) BN có tổn thương đông đặc phổi kèm các ổ áp xe nhỏ - các BN này sau đó đã được phẫu thuật cắt đoạn phế quản có chứa thùy phổi.

Tương tự, nội soi PQ là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hẹp PQ, được mô tả đầu tiên năm 1897 bởi Gustav Killian. Nội soi PQ là một phương pháp thăm dò có giá trị, cho phép chẩn đoán vị trí, mức độ thương tổn hẹp, ngoài ra còn có thể tiến hành sinh thiết thương tổn cũng như lấy bệnh phẩm xét nghiệm vi khuẩn^{6,7}. Trên nội soi PQ, chúng tôi ghi nhận chủ yếu hẹp PQ nặng 14 (58,3%), hẹp tắc nghẽn 8 (33,3%).

Một đặc điểm của BN nghiên cứu của chúng tôi là sự chiếm ưu thế của các tổn thương xơ hóa mạn tính đường thở với đường kính lòng PQ rất hẹp. Loại tổn thương này hạn chế khả năng can thiệp đường thở, có thể khiến phẫu thuật trở thành lựa chọn điều trị dứt điểm duy nhất. Ngoài ra, phẫu thuật mang lại lợi thế là giải quyết các tổn thương phổi đồng thời thông qua phẫu thuật cắt thùy phổi, được thực hiện trong 25,0% trường hợp của chúng tôi.

Sau khi cắt bỏ các tổn thương đường thở, kỹ thuật nối tái lập đường thở rất quan trọng để đảm bảo rằng chỗ nối không bị căng và có đủ nguồn cung cấp máu. Chúng tôi đã sử dụng chỉ khâu PDS

3-0/ 4-0 với kỹ thuật khâu liên tục ở nửa sau của chỗ nối. Đối với nửa trước của chỗ nối, chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật khâu liên tục hoặc mũi rời. Hẹp miệng nối là một vấn đề đáng lo ngại cần được theo dõi sau khi tái tạo PQ, đặc biệt là đối với các tổn thương sau lao. Nguyên nhân có thể là do kỹ thuật khâu, đường kính không đều của hai đầu hoặc khâu quá dày. Viêm miệng nối có thể do chỉ khâu và các tác nhân kích thích khác gây ra, dẫn đến tăng sinh mô hạt hoặc sẹo. Trong nghiên cứu này, có 02 trường hợp hẹp miệng nối trên 50% xảy ra trong 6 tháng đầu tiên sau mổ. Trong số này, 01 BN hẹp nhiều do mềm sụn PQ, được đặt stent PQ. 01 trường hợp hẹp do phù nề miệng nối, có tổ chức hạt mọc nhiều, được nội soi ống cứng, cắt lọc tổ chức hạt và nong PQ thành công. Theo một số báo cáo, nội soi phế quản có thể được xem xét để loại bỏ mô hạt và điều trị hẹp miệng nối bằng nong bóng hoặc đặt stent. Tái hẹp miệng nối muộn cũng có thể do phẫu thuật không cắt bỏ hoàn toàn các tổn thương xơ hóa ở mức độ vi thể và sử dụng thuốc chống lao không đầy đủ sau phẫu thuật^{1,5}.

Không có nghiên cứu nào trước đây đánh giá đầy đủ các yếu tố quyết định kết quả phẫu thuật và các yếu tố dự báo phẫu thuật bảo tồn phổi ở BN điều trị hẹp PQ do lao. Tuy nhiên, Pulle và Mohan Venkatesh nhận thấy thời gian kéo dài của các triệu chứng và số lần nong PQ >2 lần có liên quan đáng kể đến kết quả phẫu thuật với thời gian rò khí, thời gian nằm viện dài hơn. Do hẹp tái phát thường xuyên và được điều trị lặp đi lặp lại chỉ bằng nong PQ, nên đã có nhiều đợt nhiễm trùng nhu mô phổi gây dày dính phổi vào thành ngực và trung thất, đòi hỏi phải phẫu thuật gỡ dính rộng rãi. Đây là lý do dẫn đến rò khí bề mặt phổi kéo dài, dẫn đến dẫn lưu màng phổi kéo dài và thời gian nằm viện dài hơn⁸.

Các kết quả trong 5 năm gần đây nhấn mạnh lợi ích của tạo hình PQ so với cắt phổi về bảo tồn chức năng, biến chứng sau mổ. Minglei Yang và cộng sự (2022) so sánh tạo hình PQ kèm tạo hình động mạch phổi với cắt toàn bộ phổi, cho thấy kết quả sớm và dài hạn thuận lợi hơn ở nhóm bảo tồn¹⁰.

Những hạn chế chính của nghiên cứu chúng tôi là cỡ mẫu còn nhỏ và thiếu nhóm đối chứng, do tính ít gặp của bệnh, điều này hạn chế khả năng khái quát hóa các phát hiện của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi tin rằng việc phối hợp điều trị nội- ngoại khoa bài bản cùng với phẫu thuật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm sẽ góp phần vào kết quả thành công.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi mặc dù với cỡ mẫu nhỏ nhưng cũng cho thấy phẫu thuật hẹp phế quản do lao đạt kết quả khả quan với tỷ lệ miệng nối không hẹp đạt 79,2%, tỷ lệ biến chứng sớm của phẫu thuật trong giới hạn cho phép và điều trị nội khoa thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Đức Hùng (2008), “Hẹp khí phế quản do lao – điều trị phẫu thuật”, Tạp chí Y học Việt Nam, 352(2): 474- 482.
2. Trương Thanh Thiet, Nguyen Huu Lan, Nguyen Hoai Nam (2021), “Characteristics of CT scan and bronchoscopy in tuberculous tracheobronchial stenosis”, The Vietnam Journal of Cardiovascular and Thoracic Surgery, 32, 17-23. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v32i.531>.
3. Trương Thanh Thiét, Nguyễn Hữu Lân, Nguyễn Hoài Nam (2021), “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sẹo hẹp khí phế quản do lao”, Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tháng 3/2021, tr 01-04.
4. Trương Thanh Thiet, Nguyen Thanh Trung, et al (2024), Long-term outcomes of surgical reconstruction for post-tuberculosis tracheobronchial stenosis: a 7-year follow-up in a tuberculosis-endemic region, J Thorac Dis 2024;16(6):3563-3573 | <https://dx.doi.org/10.21037/jtd-24-230>.

5. Vũ Khắc Đại (2024), “Vai trò của nội soi can thiệp đặt stent trong điều trị hẹp khí phế quản”, Tạp chí Nhi khoa, số 17 (02), p. 11-17.

6. Jeong, B. H., et al (2020), “Clinical Outcomes of Complications Following Self-Expandable Metallic Stent Insertion for Benign Tracheobronchial Stenosis”, Medicina (Kaunas, Lithuania), 56(8), p. 367.

7. Freitag L., et al (2007), “A proposed classification system of central airway stenosis”, Eur Respir J, 30(1), pp. 7-12.

8. Palle, Mohan Venkatesh, et al (2021), Surgical intervention is safe, feasible, and effective in tubercular tracheobronchial stenosis. Lung India 38(3):p 245-251, May–Jun 2021. | DOI: 10.4103/lungindia.lungindia_343_20

9. Zhongcheng Li, Guocai Mao, et al (2018), Bronchoplasty for treating the whole lung atelectasis caused by endobronchial tuberculosis in main bronchus, Submitted Dec 24, 2017. Accepted for publication Jun 11, 2018. doi: 10.21037/jtd.2018.06.126

10. Minglei Yang, MD et al (2022), “Comparison of Bronchial Sleeve Lobectomy With Pulmonary Arterioplasty Versus Pneumonectomy”, Ann Thorac Surg 2022;113:934-41; <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2021.04.007>.

11. Girelli L, et al (2023), “Risk factors and management of anastomotic complications in bronchoplastic surgery”, Curr Oncol; 30(4): 3589-3597. doi:10.3390/curroncol30040263.

12. Xin-Yu Zhu et al (2021), “Techniques and outcomes of bronchoplastic and sleeve resection: an 8-year single-center experience”, Transl Lung Cancer Res 2021;10(12):4538-4548 | <https://dx.doi.org/10.21037/tlcr-21-913>.