

Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại Bệnh viện phổi Trung ương

Nguyễn Sĩ Khánh¹, Phạm Thị Thanh Đua^{1*}, Đinh Văn Tuấn¹, Nguyễn Đức Tuyển¹, Đặng Duy Đức¹,
Đinh Văn Lượng¹, Lê Ngọc Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm mũ màng phổi giai đoạn III và đánh giá tính hiệu quả, an toàn của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại Bệnh viện Phổi trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Tiến hành trên 58 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũ màng phổi giai đoạn III được điều trị phẫu thuật nội soi tại khoa Phẫu thuật lồng ngực-Bệnh viện Phổi trung ương từ 7/2019 đến 01/2020. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

Kết quả: PTNS trong điều trị VMMP giai đoạn III. Trong 58 bệnh nhân viêm mũ màng phổi giai đoạn III, có 39 ca điều trị bằng phẫu thuật nội soi, 19 phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Tuổi trung bình $45 \pm 19,5$ (17- 85) tuổi. Tỷ lệ bệnh theo giới nam/nữ:3,83. Triệu chứng lâm sàng chính là đau ngực (81,0%), khó thở (70,7%), ho (60,3%). Thời gian phẫu thuật trung bình: $127,2 \pm 41,6$ (60- 250) phút, thời gian rút dẫn lưu: $7,5 \pm 3$ ngày, số ngày nằm viện $10,3 \pm 3,4$ (5- 22) ngày. Tình trạng bệnh nhân ra viện có 96,6% phổi nở tốt trên phim X quang, tỉ lệ thành công là 94,8%, không có bệnh nhân tử vong.

Kết luận: Để chẩn đoán bệnh viêm mũ màng phổi giai đoạn III chủ yếu dựa vào lâm sàng, chụp CT lồng ngực. Điều trị bằng phương pháp nội soi an toàn, hiệu quả, giảm thời gian phẫu thuật, rút dẫn lưu, nằm viện và giảm đau cho người bệnh.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi (PTNS), viêm mũ màng phổi (VMMP), Ổ cận màng phổi (OCMP).

RESULT OF VATS SURGERY TO TREAT STAGE III EMPYEMA AT THE VIETNAM NATIONAL LUNG HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and laboratory features of stage III empyema and to evaluate the effectiveness and safety of using VATS surgery to treat stage III empyema at the Vietnam National Lung hospital.

Methods: Propective observational study.

From 7/2019 to 01/2020 a total of 58 stage III empyema patients diagnosed who were treated at the Department of Thoracic Surgery – NLH were included in this study. Data were analyzed using SPSS software version 22.0

Results: Among 58 patients with stage III empyema, 39 were treated by total VATS surgery, 19 by VATS as supported procedures. The mean age was 45 ± 19.5 (17-85) years old. Male/female ratio :3.83. The main clinical symptoms were chest pain (81.0%), shortness of breath (70.7%), cough (60.3%). Average surgical time: 127.2 ± 41.6 (60- 250) minutes, draining

¹ Bệnh viện Phổi Trung ương

² Đại học Y dược-Đại học Quốc gia Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Phạm Thị Thanh Đua,

Email: phamdua7587@gmail.com, Tel. 0989357587

Ngày gửi bài: 13/09/2021, Ngày chấp nhận đăng: 26/01/2022

time: 7.5±3 days, hospitalization time 10.3±3.4 (5-22) day. 96.6% of patients discharged with well conditions, confirmed by lung well-expanded lungs on Xrays, the success rate was 94.8%, and there was no patient death.

Conclusion: Diagnosing stage III empyema

was mainly based on clinical symptoms, chest HRCT. VATS surgery is the safe and effective technique, which helps to reduce surgery time, draining, lying down and reducing pain for patients.

Keywords: Empyema, VATS, Decortication.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũ màng phổi (VMMP) là bệnh lý do viêm nhiễm tạo mũ trong khoang màng phổi (KMP). VMMP 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 [1].

Điều trị VMMP 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 VMMP 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 VMMP giai đoạn III kinh điển là mổ mở bóc vỏ màng phổi. Từ những năm 2000 đến nay, trên thế giới việc điều trị VMMP đã có nhiều tiến bộ, đặc biệt là việc ứng dụng kỹ thuật nội soi đối với VMMP giai đoạn III [4].

+ Phẫu thuật nội soi (PTNS): ‘complete’ VATS (c-VATS) là kỹ thuật được thực hiện hoàn toàn qua màn hình video, đường mổ ngực dưới 8cm, không sử dụng banh xương sườn.

+ PTNS hỗ trợ mổ mở: ‘assited’ VATS (a-VATS) là kỹ thuật có thể thực hiện bằng nhìn trực tiếp hoặc qua màn hình video, đường

mở ngực có thể đến 10cm, có sử dụng banh xương sườn.

Nghiên cứu tiến hành PTNS với đường rạch da bóc tách và một lỗ đặt trocar để phẫu thuật: Theo Alan D. L. Sihoe [11] mô tả:

+ Rạch 3-5cm ở liên sườn IV-V nách trước, gỡ dính, tách màng phổi về phía dưới, sau đó đặt vị trí camera ở phía dưới vị trí ban đầu vài cm (c-VATS).

+ Một số trường hợp khó khăn, phải mở ngực khoảng 5-10cm, có đặt dụng cụ banh sườn, để có thể bóc vỏ phổi thuận lợi bằng nhìn trực tiếp vào trường mổ kết hợp với sự hướng dẫn của camera (a-VATS).

Với mong muốn áp dụng PTNS – phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm so với mổ mở, chúng tôi thực hiện đề tài “**Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại bệnh viện Phổi trung ương**”, với hai mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm mũ màng phổi giai đoạn III được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phổi trung ương.

2. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại bệnh viện Phổi trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiến hành trên 58 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũ màng

phổi giai đoạn III được điều trị phẫu thuật nội soi tại khoa Phẫu thuật lồng ngực-Bệnh viện Phổi trung ương từ 7/2019 đến 01/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân trên 16 tuổi được chẩn đoán VMMP giai đoạn III, được điều trị bằng PTNS và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VMMP giai đoạn III (OCMP):

- Mủ màng phổi, có một trong hai tiêu chuẩn sau:

+ Dịch mủ đại thể qua quan sát bệnh phẩm bằng mắt thường

+ Dịch mủ vi thể qua đếm tế bào dịch màng phổi: > 500 bạch cầu đa nhân trung tính/mm³ [12].

- VMMP giai đoạn III, có một trong hai tiêu chuẩn sau:

+ CLVT lồng ngực có hình ảnh MP dày và ngấm thuốc cản quang

+ Chẩn đoán trong mổ (sau khi làm sạch và gỡ dính, thấy có lớp vỏ bó phổi làm phổi không nở ra được) [13].

Tiêu chuẩn loại trừ: BN rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch... chống chỉ định phẫu thuật. BN đã phẫu thuật bóc vỏ MP cùng bên; BN có gù vẹo cột sống. Bệnh nhân VMMP có các dấu hiệu:

Xương sườn hẹp khít, chùng lép; màng phổi tạng có canxi rộng trên CLVT lồng ngực; vỏ màng phổi tạng dày >2cm đo trên CLVT lồng ngực; có rò phế quản lớn, nhiều lỗ rò phế quản và đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có theo dõi dọc.

- Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ các trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật bóc vỏ màng phổi từ tháng 7/2019 đến tháng 01/2020, có 58 bệnh nhân.

- Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: PTNS trong điều trị VMMP giai đoạn III

Kết quả có 58 bệnh nhân được chẩn đoán VMMP giai đoạn III được điều trị phẫu thuật trong đó có 39 trường hợp PTNS và 19 trường hợp PTNS có hỗ trợ. Tuổi trung bình là 45±19,5 tuổi; nhỏ tuổi nhất là 17, lớn tuổi nhất là 85 tuổi, có 46 bệnh nhân nam, 12 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ : 3,83.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Sốt	21	36,2
Ho	35	60,3
Khó thở	41	70,7
Đau ngực	47	81

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau ngực, khó thở, ho với các tỷ lệ tương ứng là 81, 70,7 và 60,3%. Sốt có 21 trường hợp chiếm tỷ lệ 36,2%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm tổn thương trên Xquang phổi		
Vị trí (bên phải/trái)	34/24	58,6/41,1
Mức độ tràn dịch (Ít/trung bình/nhiều/không đánh giá)	12/33/5/8	20,7/56,9/8,6/13,8
Hình ảnh ổ trống KMP (Có/không)	27/31	46,6/53,4
Dày màng phổi (có/không)	30/28	51,7/48,3
Tổn thương phổi hợp (thâm nhiễm/đông đặc/không có)	4/19/25	6,9/32,8/60,3
Đặc điểm tổn thương trên CLVT lồng ngực		
Ổ trống KMP (có/không)	31/27	53,4/46,6
Tỷ trọng dịch (thấp/hỗn hợp)	47/12	79,3/29,7
Dày màng phổi (có/không)	52/6	89,7/10,3
Dấu hiệu tách màng (có/không)	43/14	74,1/25,9
Dày tổ chức ngoài lá thành (có/không)	40/18	70,0/30,0
Tổn thương phổi hợp (đông đặc/dày tổ chức kẽ/xẹp thụ động/tổn thương khác/không có tổn thương)	17/26/6/12	29,3/44,8/37,9/10,3/20,7
Đặc điểm tổn thương trên siêu âm		
Vách hóa (có/không)	49/9	84,5/15,5
Dày màng phổi (có/không)	53/5	91,4/8,6
Tính chất dịch (giảm âm/tăng/ âm hỗn hợp)	13/5/35	24,5/9,4/75,5

Trên phim chụp x quang, tất cả bệnh nhân đều có tràn dịch màng phổi, chủ yếu gặp ở phổi phải mức độ trung bình, 46,6% có ổ trống khoang màng phổi, 51,7% có dày màng phổi. Trên phim chụp CLVT lồng ngực hầu hết bệnh nhân có dày màng phổi, tăng tỉ trọng và có dấu hiệu tách màng. Trên siêu âm dấu hiệu dày màng phổi khá điển hình, có vách, âm vang hỗn hợp.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	PTNS	PTNS có hỗ trợ	p
Thời gian mổ (X±SD(Min-Max)) (phút)	110,3±33,6 (60-230)	161,8 ± 34,8 (110- 250)	<0,05
Số lượng máu mất (X±SD(Min-Max)) (ml)	320±217 (100- 800)	335,7±223,1 (100- 750)	>0,05
Thời gian rút dẫn lưu (X±SD(Min-Max)) (ngày)	6,3 ± 1,8 (3- 12)	10,1 ± 3,5 (5- 19)	<0,05
Thời gian nằm viện sau mổ (X±SD(Min-Max)) (ngày)	8,8 ± 2,3 (5- 16)	13,1 ±3,7 (7- 22)	<0,05
Thời gian nằm viện (X±SD(Min-Max)) (ngày)	24,5 ± 8,5 (9- 48)	28,8 ± 8,3 (15- 45)	>0,05

Thời gian mổ, thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện sau mổ của nhóm phẫu thuật nội soi thấp hơn nhóm phẫu thuật nội soi có hỗ trợ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Kết quả ra viện

Kết quả phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sau mổ		
X quang phổi (phổi nở tốt/phổi nở không tốt)	56/2	96,6/3,4
Kết quả phẫu thuật (thành công/không thành công)	55/3	94,8/5,2
Khi ra viện		
X quang phổi khi ra viện (phổi nở tốt/phổi nở không tốt)	56/2	96,6/3,4
X quang phổi sau 1-3 tháng(phổi nở tốt/phổi nở không tốt)	52/00	100/00

Kết quả ngay sau mổ, khi ra viện và theo dõi sau 1-3 tháng phổi nở tốt, phẫu thuật thành công chiếm 94,8%. Có 3 trường hợp phẫu thuật lần đầu không thành công (2 ca còn mô tồn dư khoang màng phổi, 01 ca phải cắt phổi hình chêm do rò khí kéo dài/COPD).

Có 19 trường hợp có biến chứng trong đó biến chứng dẫn lưu màng phổi kéo dài gặp nhiều nhất, tiếp theo là nhiễm khuẩn vết mổ, ổ mũ tồn dư và xẹp phổi.

Bảng 5 : Chức năng hô hấp khi ra viện và sau 1-3 tháng

Đặc điểm	Số lượng	X±SD	p	
FVC (%)	Khi ra viện	58	68,8 ± 14,5	< 0,05
	Sau 1-3 tháng	52	81,1 ± 16,7	
FEV1 (%)	Khi ra viện	58	66,4 ± 13,7	< 0,05
	Sau mổ 1- 3 tháng	52	78,9 ± 17,4	

Chức năng hô hấp được cải thiện tốt sau 1-3 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 1, các triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau ngực, khó thở và ho, sốt ít gặp (36,2%). Nghiên cứu của Đàm Hiếu Bình các triệu chứng thường gặp theo thứ tự giảm dần: đau tức ngực (100%), khó thở (88%), mệt mỏi gây sút cân (76%), ho (60%) và sốt (58%). Đinh Văn Lượng (2008) nghiên cứu 46 BN có OCMP thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp là: đau ngực (95,5%), khó thở (57,6%), sốt (54,6%), ho (54,5%) [6]. Nghiên cứu của Arvind Kumar cho thấy các triệu chứng thường gặp theo thứ tự giảm dần như sau: Sốt (61%), ho (40%), đau ngực (31%) và khó thở (17%); Rafael Andrade- Alegre gặp các triệu chứng: ho (81,8%), đau ngực kèm sốt (78,8%) và khó thở (63,6%) [7]. VMMP thường gặp nhất là sau viêm phổi, tuy nhiên ở giai đoạn ổ cận màng phổi thì các triệu chứng viêm phổi đã thoái triển. Giai đoạn này các triệu chứng lâm sàng do hiện tượng co kéo, giảm thể tích và sự đàn hồi của thành ngực gây đau tức ngực và khó thở trong khi sốt và ho ít gặp hơn. Những dấu hiệu này cũng là những dấu hiệu khiến bệnh nhân đi khám và nhập viện.

Kết quả ở bảng 2 có 58,6% bệnh nhân có tràn dịch màng phổi bên phải, 41,4% số BN có tràn dịch MP bên trái; 56,9% các trường hợp có dịch MP mức trung bình, 46,6% sau khi được dẫn lưu hoặc chọc hút dịch để lại hình ảnh ổ trống

khoang màng phổi- một dấu hiệu gợi ý ổ cận, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước, trên phim X quang thấy tỉ lệ ổ cận ở khoang màng phổi bên phải nhiều hơn bên trái. Hình ảnh CLVT lồng ngực: nghiên cứu có chung kết luận là ở giai đoạn tổ chức hóa của VMMP thấy: dày màng phổi thành 86- 90%, màng phổi ngấm thuốc cản quang 96%, dày màng phổi và ngấm thuốc ở cả 2 lá thành và tạng 68- 75%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 84,5% số BN có tổn thương vách hóa; 91,4% bệnh nhân có tổn thương dày màng phổi. Nghiên cứu của Đàm Hiếu Bình (2005), thấy 72% tràn mủ tự do, 28% tràn mủ khu trú, 78% vách hóa và 11,4% dày màng phổi. Theo chúng tôi, những triệu chứng này giúp đánh giá phân loại giai đoạn bệnh, nhằm đưa ra quyết định điều trị phẫu thuật thích hợp. Vai trò của siêu âm màng phổi trong đánh giá giai đoạn VMMP trước phẫu thuật như một yếu tố tiên lượng cũng đã được nhắc đến [8].

Kết quả bảng 3: Thời gian mổ của nhóm PTNS ngắn hơn so với nhóm PTNS hỗ trợ mổ mở, kết quả này cũng tương tự với các tác giả khác. Có thể thấy thời gian phẫu thuật giữa các tác giả rất khác nhau vì nó phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như kinh nghiệm phẫu thuật viên, thời gian bị bệnh, căn nguyên gây VMMP (tiên phát hay thứ phát), vi khuẩn học VMMP, các thủ thuật điều trị đã can thiệp trước đó, toàn trạng

người bệnh... Số lượng máu mất trong các nghiên cứu rất khác nhau, từ thực tiễn phẫu thuật chúng tôi nhận thấy rằng chảy máu có liên quan đến một số yếu tố như dịch mủ đặc, mủ kéo dài dai dẳng trước mổ, nuôi cấy dịch màng phổi dương tính với vi khuẩn, có tổn thương phổi phổi hợp... Thời gian rút dẫn lưu của nhóm PTNS ngắn hơn so với nhóm PTNS hỗ trợ mổ mở do PTNS là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu ít gây sang thương cho bệnh nhân và do vậy làm giảm quá trình đáp ứng viêm toàn thân và tại chỗ. Đây có thể là lý do giải thích cho việc rút dẫn lưu sớm hơn ở nhóm bệnh nhân PTNS so với nhóm PTNS hỗ trợ mổ mở. Đối chiếu với nhóm mổ nội soi bóc vỏ của một số tác giả khác: Arvind Kumar 7 ngày, nghiên cứu của Martin Reichert và cộng sự thấy rằng có tới 52,9% các trường hợp có số ngày dẫn lưu ≥ 7 ngày còn nghiên cứu của Hussein Elkhayat là 5,42 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ở nhóm PTNS ngắn hơn so với nhóm PTNS hỗ trợ mổ mở. Đối chiếu với nhóm mổ nội soi bóc vỏ của một số tác giả khác: David A. Waller 5,5 ngày [Error! Reference source not found.], Martin Reichert 18,3 \pm 26,8 ngày [9].

Biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng cộng 21 trường hợp, có 3 trường hợp được đánh giá là phẫu thuật thất bại, trong đó có 2 trường hợp còn ổ mủ tồn dư khoang màng phổi (3,4%), nuôi cấy dịch màng phổi dương tính với vi khuẩn (*P. aeruginosa* và *S. Marcescens*), mở màng phổi dẫn lưu và điều trị theo kháng sinh đồ trước phẫu thuật. Tuy nhiên tại thời điểm phẫu thuật vẫn đang viêm nóng, rất dễ chảy máu và nhu mô phổi mủn dễ rách, sau mổ phổi nở không tốt, còn ổ mủ tồn dư. Hai trường hợp này ra viện vẫn còn dẫn lưu và được chuyển tuyến dưới tiếp tục điều trị, sau đó quay lại để tiến hành phẫu thuật thì 2. Một trường hợp khác VMMP giai đoạn III do dẫn lưu khí kéo dài trên bệnh nhân

COPD, chúng tôi phải mổ lại để cắt phổi hình chêm do rò khí nhiều sau mổ trong cùng một đợt nằm viện (1,7%). Arvind Kumar nghiên cứu 100 trường hợp VMMP do lao giai đoạn III thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ nội soi bóc vỏ như sau: Rò khí kéo dài 29%, phổi nở không hoàn toàn 4%, nhiễm trùng vết mổ 4%. Tổng biến chứng là 37%. Nghiên cứu của Reichert (n=110) chủ yếu là dẫn lưu màng phổi kéo dài có 20 trường hợp (18,2%), sau đó là suy hô hấp có 12 trường hợp (10,9%), viêm phổi 8 trường hợp (7,3%), chảy máu 6 trường hợp (5,5%) và các biến chứng ít gặp khác. Như vậy, biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật này là dẫn lưu màng phổi kéo dài đến từ nguyên nhân rò khí và phẫu thuật hữu trùng.

Kết quả bảng 4,5: tỉ lệ phẫu thuật thành công là 94,8%, không có bệnh nhân tử vong. Theo Trần Thị Hậu (1994) nghiên cứu 98 bệnh nhân bị VMMP, trong đó có 24 bệnh nhân phải điều trị phẫu thuật, kết quả khỏi chiếm 95,83%, ổ không lấp sau mổ 4,17%. Đinh Văn Lượng (2008) báo cáo 42 bệnh nhân (giai đoạn ổ cận) được mổ mở bóc vỏ phổi có tỷ lệ khỏi hoàn toàn không có biến chứng là 69% [6]. Nguyễn Nhật Linh (1995) nghiên cứu 50BN VMMP người lớn trong 1 năm đạt tỷ lệ điều trị phẫu thuật khỏi 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân tái khám sau mổ 1-3 tháng đạt 89,7% (52/58), trên Xquang ngực 100% phổi nở tốt, các chỉ số FVC và FEV1 tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Arvind Kumar đánh giá chức năng hô hấp sau mổ 6 tháng thấy có sự cải thiện, so sánh với kết quả trước mổ thấy% FEV1 tăng từ 58,8 \pm 11,6 lên 75,2 \pm 5,4;% FVC tăng từ 60,5 \pm 12,2 lên 78,6 \pm 6,8. Choi chia 65 BN được bóc vỏ MP thành 2 nhóm: nhóm A có 41 bệnh nhân VMMP do lao, nhóm B có 24 BN VMMP không do lao. Ở nhóm A, chỉ số FEV1

trung bình trước và sau mổ là 65,8% và 80,5%, mức độ cải thiện trung bình đạt 26,5%; FVC trung bình trước và sau mổ là 61,9% và 75,4%, cải thiện 26,4%. Ở nhóm B, FEV1 trung bình trước và sau mổ là 66,4% và 75,8%, mức độ cải thiện trung bình đạt 17,1%; FVC trung bình trước và sau mổ là 64,9% và 71,8%; cải thiện trung bình 14,2%. Sự cải thiện của các chỉ số này sau mổ so với trước mổ tăng lên rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ở từng nhóm; nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm [10].

Như vậy, với VMMP giai đoạn III, việc can thiệp ngoại khoa không những cần; đồng thời chúng tôi cũng nhận thấy vai trò của phục hồi chức năng sau mổ bóc vỏ phổi là rất quan trọng, góp phần vào thành công của phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Để chẩn đoán bệnh viêm mủ màng phổi giai đoạn III chủ yếu dựa vào lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Điều trị bằng phương pháp nội soi an toàn, hiệu quả, giảm thời gian phẫu thuật, rút dẫn lưu, nằm viện và giảm đau cho người bệnh. Giải quyết triệt để về mặt nhiễm trùng mạn tính mà còn giúp cải thiện chức năng hô hấp của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davies CW, Gleeson FV, Davies RJ. (2003). BTS guidelines for the management of pleural infection. *Thorax*. 58(2), 18-28.
2. Andrews NC, Parker EF, Shaw RR, et al. (1962). Management of nontuberculous empyema: a statement of the subcommittee on surgery. *Am Rev Respir Dis*. 85, 935-6.
3. Delorme E (1894). Nouveau traitement des empyèmes chroniques. *Gaz Hop*. 67, 94-96.
4. Hoàng Đình Cầu và cộng sự. (1984). Khuyến cáo hội thảo bệnh màng phổi. *Bệnh lao và Phổi*, 15-23.

5. Đinh Văn Lượng (2013), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật viêm mủ màng phổi người lớn*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

6. Đinh Văn Lượng, Nguyễn Chi Lăng, Lê Ngọc Thành. (2008). Một số nhận xét về căn nguyên và kết quả mổ bóc vỏ ổ cận màng phổi qua 42 trường hợp tại khoa Ngoại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương. *Tạp chí Y học thực hành*, 7(612-613), 14-16.

7. Đàm Hiếu Bình (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm mủ màng phổi có điều trị ngoại khoa*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

8. Rafael A. A, Juan D. G, Salomón Z. (2008). Open Thoracotomy and Decortication for Chronic Empyema. *Clinics*. 63(6), 789-793.

9. Stefano B, Luca V, Sara B, et al. (2017). Uniportal thoracoscopic decortication for pleural empyema and the role of ultrasonographic preoperative staging. *Interact CardioVasc Thorac Surg*. 24, 560-566.

10. Bagheri R, Haghi S. Z, Dalouee M. N, et al. (2016). Effect of decortication and pleurectomy in chronic empyema patients. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 24(3), 245-9.

11. Alan D. L. S. (2012), *Topics in Thoracic Surgery*, InTech.

12. Weese WC, Shindler ER, Smith IM. (1973). Empyema of the thorax then and now. *Arch Intern Med*. 13, 516-20.

13. Didier L, Michael G, Edgardo P, et al. (2005). Delayed Referral and Gram Negative Organisms Increase the Conversion Thoracotomy Rate in Patients Undergoing Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Empyema. *Ann Thorac Surg*. 79, 1851-1856.