

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT DẪN LƯU KHOANG MÀNG PHỔI TỐI THIỂU ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

LÔ QUANG NHẬT, VŨ ĐỨC MẠNH
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018 - 2021;

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 96 bệnh nhân tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín được phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2021.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình là $53,6 \pm 16,0$ tuổi. Nam giới chiếm 78,1%, nữ giới chiếm 21,9%. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (55,2%), hình thái tổn thương chính là tràn máu- tràn khí khoang màng phổi chiếm 51,0%. Thời gian lưu ống dẫn lưu sau phẫu thuật trung bình là $5,3 \pm 2,5$ ngày. Kết quả điều trị tốt (90,63%), trung bình (8,33%), kém (1,04%).

Kết luận: Phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi cho kết quả tốt cao, không có trường hợp nào tử vong. Nhóm bệnh nhân gãy ít xương sườn có thời gian lưu ống dẫn lưu ngắn hơn nhóm gãy nhiều xương sườn và kết quả điều trị tốt cao. Bệnh nhân tập thở tốt cho kết quả điều trị tốt cao.

Từ khoá: Chấn thương ngực kín, Phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu, tràn máu - tràn khí khoang màng phổi.

SUMMARY

RESULTS OF CHEST TUBE TREAT CHEST TRAUMA AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Chịu trách nhiệm: Lô Quang Nhật

Email: nhatdhyk2007@gmail.com

Ngày nhận: 10/8/2021

Ngày phản biện: 18/9/2021

Ngày duyệt bài: 12/10/2021

Objectives: Evaluate the results of chest tube in the treatment of hemothorax, pneumothorax cause chest trauma at Thai Nguyen National Hospital from 2018 to 2021;

Methods: 96 patients were hemothorax, pneumothorax and chest tube at Thai Nguyen National Hospital from July 2018 to June 2021.

Results: The mean age was 53.6 ± 16.0 years old. men accounted for 78.1%, female accounted for 21.9%. The main cause is traffic accidents (55.2%), the main disease is hemo - pneumothorax accounting for 51.0%. The average postoperative drainage time was 5.3 ± 2.5 days. Good results were (90,63%), moderate (8,33%), poor (1.04%).

Conclusion: Chest tube for the treatment of hemothorax, pneumothorax has high good results (90,63%), there were no deaths. Few fractures of ribs have a short chest tube time, good treatment results. Practicing good breathing gives good treatment results.

Keywords: Chest trauma, chest tube, hemothorax, pneumothorax.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nguy cơ tử vong cao do ảnh hưởng trực tiếp đến hai cơ quan sinh tồn của cơ thể là: phổi và tim, đòi hỏi phải được chẩn đoán nhanh, xử trí kịp thời [2,4]. Nguyên nhân hàng đầu là do tai nạn giao thông và có xu hướng tăng trong những năm gần đây [3,9].

Chẩn đoán tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín thường không khó, dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh chụp xquang ngực thẳng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực [2]. Biện pháp điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín chủ yếu là dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu [1].

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, trong thời gian từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021, chúng tôi đã phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu điều trị tràn máu,

tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín cho nhiều bệnh nhân. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu để đánh giá kết quả của phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Vậy kết quả của phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi như thế nào? Có các yếu tố nào liên quan đến kết quả phẫu thuật? Xuất phát từ những yêu cầu thực tế và để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018 - 2021.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

96 bệnh nhân tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín được phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới tính (nam, nữ), nguyên nhân (tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, xung đột bạo lực), triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (hình ảnh chụp xquang ngực thẳng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực để xác định hình thái tổn thương tràn máu, tràn khí khoang màng phổi, số

lượng xương sườn gãy); thời gian lưu ống dẫn lưu, lí liệu pháp hô hấp (tập thở), kết quả điều trị.

Số liệu được nhập liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0. Các thuật toán được sử dụng gồm tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

Đánh giá kết quả điều trị dựa theo tác giả Âu Văn Thảo^[7]

+ Tốt: Hết đau ngực hoặc đã giảm nhiều, không khó thở, rì rào phế nang bình thường hoặc giảm nhẹ, không có biến chứng, Xquang phổi nở tốt, hết dịch, hết khí.

+ Trung bình: Còn đau ngực, khó thở nhẹ, rì rào phế nang giảm, có biến chứng còn dịch, khí màng phổi, xẹp phổi, cần chọc hút bổ sung, xoay dẫn lưu..., sau xử trí phổi nở tốt hoặc còn mờ nhẹ góc sườn hoành.

+ Xấu: đau ngực, khó thở, rì rào phế nang giảm nhiều, dày dính màng phổi, viêm mũ màng phổi.

Đánh giá kết quả tập thở dựa theo tác giả Âu Văn Thảo^[7]

+ Tập thở tốt: Bệnh nhân tự giác tập thở hàng ngày thực hiện trên 100 lần trở lên. Tự giác hít sâu thở đều hay thổi bóng.

+ Tập thở trung bình: Bệnh nhân đã được hướng dẫn nhưng thực hiện không thường xuyên, ngày thực hiện dưới 100 lần.

+ Tập thở kém: Bệnh nhân không thực hiện tập thở hay thổi bóng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Bảng phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới tính

Giới Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Từ 20- 29	8	88,9	1	11,1	9	100
Từ 30- 39	10	83,3	2	16,7	12	100
Từ 40- 49	12	75,0	4	25,0	16	100
Từ 50- 59	17	81,0	4	19,0	21	100
Từ 60 trở lên	28	73,7	10	26,3	38	100
Tổng	75	78,1	21	21,9	96	100
Tuổi trung bình	53,6 ± 16,0 tuổi					

Nhận xét: Tuổi trung bình là 53,6 ± 16,0 tuổi. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm 78,1%, nữ giới chiếm 21,9%.

- Tỷ lệ nam/nữ: 3,57/ 1.

Bảng 2. Phân bố theo nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	53	55,2
Tai nạn lao động	12	12,5
Tai nạn sinh hoạt	28	29,2
Xung đột bạo lực	3	3,1
Tổng cộng	96	100

Nhận xét: Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 55,2%, tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ 29,2%.

Bảng 3. Tồn thương khoang màng phổi trước phẫu thuật

Tồn thương khoang màng phổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TMKMP	28	29,2
TKKMP	19	19,8
TM-TKKMP	49	51,0
Tổng	96	100

(TMKMP: Trần máu khoang màng phổi, TKKMP: Trần khí khoang màng phổi,

TM-TKKMP: Trần máu - trần khí khoang màng phổi)

Nhận xét: trần máu - trần khí khoang màng phổi chiếm tỷ lệ 51,0%.

Bảng 4. Bảng phân bố bệnh nhân theo số lượng xương sườn gãy và thời gian lưu ống dẫn lưu

t1 Xương sườn gãy	Trung bình (ngày)	Độ lệch chuẩn	Tối đa	Tối thiểu
≤ 3 xương	4,86	2,38	11	2
>3 xương	5,60	2,60	14	2

(t1: thời gian lưu ống dẫn lưu)

Nhận xét: Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình của nhóm gãy dưới 3 xương là 4,86 ngày; nhóm gãy trên 3 xương là 5,60 ngày.

- Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là 5,3 ± 2,5 ngày.

Bảng 5. Liên quan giữa số lượng xương sườn gãy và kết quả điều trị

Kết quả Xương sườn gãy	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 3 xương	43	97,7	1	2,3	0	0	43	100
> 3 xương	44	84,6	7	13,5	1	1,9	52	100
Tổng	87	90,63	8	8,33	1	1,04	96	100

Nhận xét: kết quả điều trị tốt chiếm 90,63%, trung bình chiếm 8,33%, kết quả kém chiếm 1,04%. Tỷ lệ kết quả điều trị tốt ở nhóm gãy trên 3 xương sườn là 84,6%, nhóm gãy dưới 3 xương là 97,7%.

Bảng 6. Liên quan giữa tập thở và kết quả điều trị

Kết quả Tập thở	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tốt	59	100	0	0	0	0	59	100
Trung bình	28	75,7	8	21,6	1	2,7	37	100
Kém	0	0	0	0	0	0	0	100
Tổng	87	90,63	8	8,33	1	1,04	96	100

Nhận xét: Bệnh nhân tập thở tốt kết quả điều trị tốt đạt 100%. Nhóm bệnh nhân tập thở trung bình có kết quả điều trị tốt là 75,7%.

BÀN LUẬN

Trong 96 bệnh nhân được phẫu thuật, nam giới chiếm tỷ lệ 78,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 3,57/ 1. Tỷ lệ này khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Theo Lê Ngọc Thành và cộng sự, nam giới chiếm tỷ lệ là 87,7%, nữ giới là 12,4%^[6]. Theo tác giả Chrysou K nghiên cứu thấy nam giới chiếm 74,5%^[8]. Theo chúng tôi, nguyên nhân gây sự chênh lệch giới tính này là do nam giới tham gia giao thông, tham gia vào các hoạt động lao động sản xuất nhiều hơn nữ giới.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,6 ± 16,0 tuổi. Lứa tuổi lao động từ 20 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao 61,4%. Nhóm tuổi 20 - 29 tuổi tỷ lệ nam/ nữ cao (8/1), ở nhóm trên 59 tuổi tỷ lệ này là 2,8/1.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Việt Dương (41,6 ±

6,4 tuổi)^[1] và Phạm Ngọc Sâm (tuổi trung bình là 37,6 tuổi)^[5].

Theo bảng 2, có bốn nhóm nguyên nhân gây ra chấn thương ngực kín. Trong đó, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 55,2%. Theo Chrysou K, tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 51,8%^[8]. Theo Đoàn Duy Hùng tỉ lệ này là 60,2%^[4]. Thực tế tại Việt Nam hiện nay, tỷ lệ tai nạn giao thông cao phản ánh ý thức tham gia giao thông của người dân chưa cao, tình trạng đường xá chưa đáp ứng được số lượng, tốc độ phát triển của các phương tiện tham gia giao thông.

Tỷ lệ nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 29,2% cao hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Sâm (20%)^[5] và Âu Văn Thảo (26,8%)^[7]. Trong nghiên cứu của tôi, tai nạn sinh hoạt có tỷ lệ khá cao so với các nghiên cứu khác. Có thể giải thích là do người dân chưa sử dụng biện pháp an toàn trong sinh hoạt, làm việc tại nhà.

Theo bảng 3 trong số 96 trường hợp nghiên cứu có 49 trường hợp tràn máu- tràn khí khoang màng phổi chiếm 51,0% thấp hơn nghiên cứu của Âu Văn Thảo (70,7%)^[7]. Kết quả này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của tác giả Âu Văn Thảo là các bệnh nhân tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong bệnh cảnh đa chấn thương nên số bệnh nhân nặng nhiều hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 4 cho thấy nhóm bệnh nhân gãy dưới 3 xương sườn có thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình ngắn hơn nhóm bệnh nhân gãy trên 3 xương sườn. Do gãy nhiều xương sườn thì dịch, máu ở ổ gãy chảy ra nhiều hơn, màng phổi tiết dịch nhiều hơn nên thời gian lưu ống dẫn lưu dài hơn.

Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là $5,3 \pm 2,5$ ngày tương tự nghiên cứu của Phạm Ngọc Sâm (6 ngày)^[5] và lâu hơn nghiên cứu Đoàn Duy Hùng (70,92 giờ)^[4].

Theo bảng 5, tỷ lệ kết quả điều trị tốt ở nhóm gãy dưới 3 xương sườn (97,7%) cao hơn nhóm gãy trên 3 xương sườn (84,6%), với $p < 0,05$, có ý nghĩa thống kê. Thực tế lâm sàng cho thấy những bệnh nhân gãy ít xương sườn có kết quả điều trị tốt hơn các bệnh nhân có gãy nhiều xương sườn. Do bệnh nhân gãy ít xương sườn thì đau ít hơn, tập thở tốt hơn, ngồi dậy đi lại sớm, ăn uống tốt hơn nên kết quả điều trị cao hơn bệnh nhân gãy nhiều xương sườn.

Theo bảng 6, kết quả điều trị tốt ở nhóm bệnh nhân tập thở tốt (100%) cao hơn nhóm bệnh nhân tập thở trung bình (75,7%), với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Thực tế lâm sàng các động tác tập thở (hít thở sâu, thổi bóng) đã làm cho phổi nở tốt, đẩy hết khí, hết dịch ra khỏi khoang màng phổi. Vậy nên tập thở là một lí liệu pháp cần áp dụng cho tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 96 trường hợp phẫu thuật dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu điều trị tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín, tôi có một số kết luận sau:

- Bệnh nhân chấn thương ngực kín có tràn máu, tràn khí khoang màng phổi gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi lao động 20 - 59 chiếm 61,4%, chủ yếu là nam giới chiếm 78,1%, nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 55,2%.

- Nhóm bệnh nhân gãy ít xương sườn có thời

gian lưu ống dẫn lưu trung bình ngắn, kết quả điều trị tốt cao.

- Kết quả điều trị: Đạt kết quả tốt 90,63%, trung bình 8,33% và kết quả kém là 1,04%.

- Số lượng xương sườn gãy có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nhóm bệnh nhân gãy ít xương sườn có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm bệnh nhân gãy nhiều xương sườn

- Tập thở có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tập thở tốt cho kết quả tốt cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt Dương, Nguyễn Trung Quân** (2012). "Nhận xét kết quả điều trị 72 bệnh nhân chấn thương ngực kín có tràn máu, tràn khí khoang màng phổi tại Bệnh viện 103". Y học thực hành, số 4, Tr 70- 73

2. **Đặng Hạnh Đệ** (2017), "Cấp cứu ngoại khoa", Phẫu thuật cấp cứu lồng ngực và tim mạch, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.

3. **Đặng Công Hiếu, Vũ Anh Hải** (2021). "Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có gãy nhiều xương sườn tại Bệnh viện Quân y 103". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 500, tháng 3, Số 2- 2021, Tr 1- 4.

4. **Đoàn Duy Hùng, Đoàn Quốc Hưng** (2016). "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội giai đoạn 2012-2014". Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam số 14, tháng 8 - 2016, tr 3 - 9.

5. **Phạm Ngọc Sâm** (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng điều trị tràn máu - tràn khí khoang màng phổi hai bên trong chấn thương. Luận văn Thạc sĩ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Lê Ngọc Thành, Nguyễn Tiến Quyết** (2012). "Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán và điều trị chấn thương, vết thương lồng ngực". Đề tài Độc lập cấp Nhà nước.

7. **Âu Văn Thảo** (2014). Đánh giá kết quả dẫn lưu khoang màng phổi trong bệnh cảnh đa chấn thương tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Luận văn Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

8. **Chrysou K, Halat G, Hokscho B, et al** (2017). "Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients-still a relevant problem?". Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 25 (1), 42.

9. **Lowry K and Coppel D. L.** (2017). "The Management of Chest Trauma". Journal of Thoracic Disease, 9 26 - 31.