

miệng, cố định sát ống họng miệng bên đối diện hoặc chủ động mở khí quản.

IV. KẾT LUẬN

Không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật, các biến chứng xảy ra ở mức độ nhẹ, tỷ lệ thấp, không làm ảnh hưởng tới thời gian dự kiến xạ trị hậu phẫu cho bệnh nhân. Kết quả trên cho thấy hiệu quả tốt của phẫu thuật mở cắt ung thư biểu mô mũi xoang giai đoạn muộn trên phương diện khả năng cắt bỏ u rộng rãi cả về đại thể và vi thể và khả năng kiểm soát tốt biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Kết quả tạo hình thành công 100% cũng cho thấy sự ưu việt của vật đùi trước ngoài trong tạo

hình các tổn thương mất chất vùng mũi họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Hồng Phúc.** Nghiên cứu sử dụng vật đùi trước ngoài phức hợp tự do che phủ tổn khuyết phần mềm phức tạp cẳng bàn chân. Đại học Y Hà Nội; 2021.
2. **Dương Mạnh Chiến.** Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu và ứng dụng lâm sàng của vật đùi trước ngoài dạng chùm. Đại học Y Hà Nội; 2018.
3. **S W Kim, K N Kim, J P Hong.** Use of the chimeric anterolateral thigh free flap in lower extremity reconstruction. *Microsurgery*. 2015 Sep 14;35(8):634–9.
4. **T Gedebou, F Wei, C Lin.** Clinical experience of 1284 free anterolateral thigh flaps. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2002 Jul;34(4):239–44.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ MÀNG PHỔI DO LAO TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2019-2021

Nguyễn Xuân Giang^{1,2}, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ổ cận màng phổi bằng nội soi lồng ngực (VATS) ở bệnh nhân viêm mủ màng phổi (VMMP) do lao được điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong giai đoạn 2019–2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 81 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán VMMP do lao giai đoạn II và III, điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) lồng ngực. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS với mức ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** BN có độ tuổi trung bình $38,59 \pm 15,51$, với tỷ lệ nam giới chiếm 79,0%. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu bao gồm đau ngực (64,2%), khó thở (29,6%). Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh cho thấy 93,8% có tràn dịch màng phổi khu trú và hình thành ổ cận màng phổi. Xét nghiệm dịch màng phổi thường cho kết quả dịch mủ với bạch cầu trung tính chiếm trên 60% và có đến 14 trường hợp (17,28%) phát hiện lao kháng thuốc từ các mẫu bệnh phẩm lấy trong ổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 159,51 phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $11,04 \pm 8,12$ ngày với tỷ lệ biến chứng sau mổ là 23,45% với biến chứng thường gặp nhất là rò khí kéo dài (17,3%) và không ghi nhận tử vong. Tỷ lệ biến chứng và thời gian nằm viện sau mổ của BN giai đoạn III cao hơn rõ rệt so với của BN

giai đoạn II. 96,3% BN cho thấy sự cải thiện rõ rệt về hình ảnh tổn thương trên phim Xquang và chức năng phổi sau mổ. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu khẳng định hiệu quả và độ an toàn cao của PTNS lồng ngực trong điều trị VMMP do lao. Việc can thiệp sớm bằng VATS góp phần cải thiện nhanh chóng tình trạng hô hấp, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm thiểu các biến chứng hậu phẫu. Những kết quả này cho thấy VATS có thể được xem là lựa chọn ưu việt trong quản lý lâm sàng các trường hợp VMMP do lao.

Từ khóa: Viêm mủ màng phổi, lao màng phổi, phẫu thuật nội soi, VATS.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH TUBERCULOUS EMPYEMA AT CENTRAL LUNG HOSPITAL FROM 2019 TO 2021

Objective: The study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics, as well as the surgical outcomes of video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) for pleural decortication in patients with tuberculous empyema treated at the National Lung Hospital from 2019 to 2021. **Methods:** A cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with stage II and III tuberculous empyema who underwent VATS. Data collected from medical records were processed and analyzed using SPSS statistical software, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The average age of patients was 38.59 ± 15.51 years, with males accounting for 79.0%. The main clinical manifestations included chest pain (64.2%) and dyspnea (29.6%). Imaging studies revealed that 93.8% of patients had localized pleural effusion. Pleural fluid analysis

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 01.7.2025

typically showed purulent fluid with neutrophils exceeding 60%, and drug-resistant tuberculosis was detected in 14 cases (17.28%) from intraoperative samples. The average surgical duration was 159.51 minutes, with an average postoperative hospital stay of 11.04 ± 8.12 days. The postoperative complication rate was 23.45%, with prolonged air leak (17.3%) being the most common complication, and no mortality was recorded. The complication rate and postoperative hospital stay were significantly higher in stage III patients compared to stage II patients. 96.3% of patients showed significant improvement in radiographic findings and pulmonary function postoperatively. **Conclusion:** The study confirms the efficacy and safety of VATS in the treatment of tuberculous empyema. Early intervention with VATS contributes to rapid respiratory improvement, shorter hospital stays, and reduced postoperative complications. These results suggest that VATS can be considered a superior option in the clinical management of tuberculous empyema cases.

Keywords: Empyema, tuberculous pleuritis, thoracoscopic surgery, VATS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng trên toàn cầu, đặc biệt là ở các quốc gia có gánh nặng lao cao như Việt Nam¹. Lao màng phổi, chiếm tỉ lệ đáng kể trong các ca lao ngoài phổi, có thể tiến triển thành VMMP do lao – một biến chứng nặng có khả năng gây di chứng lâu dài và làm suy giảm chức năng hô hấp.

Trong bối cảnh điều trị VMMP do lao, PTNS lồng ngực (VATS) đã được chứng minh là phương pháp điều trị ít xâm lấn, giúp loại bỏ ổ mủ hiệu quả, giảm đau và rút ngắn thời gian phục hồi. Tuy nhiên, dữ liệu về đặc điểm bệnh và hiệu quả điều trị VATS ở BN VMMP do lao tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp thêm bằng chứng lâm sàng hỗ trợ cho việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu ở các trường hợp VMMP do lao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: 81 BN từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán là VMMP do lao và được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Từ 16 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán là VMMP dựa trên tiêu chuẩn của Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS).
- + Hội chứng tràn dịch màng phổi được xác định qua lâm sàng và hình ảnh (X-quang, CT, siêu âm).
- + Xét nghiệm dịch màng phổi cho thấy tính chất mủ, số lượng tế bào bạch cầu >500 tế bào/ml với tỷ lệ bạch cầu trung tính vượt trội

($>60\%$).

- Xác nhận căn nguyên lao qua các phương pháp sinh học phân tử (Xpert MTB/RIF, LPA, TRC) hoặc nuôi cấy MGIT/Bactec, và/hoặc kết quả giải phẫu bệnh.

- Được điều trị bằng PTNS màng phổi

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chẩn đoán là ung thư (phổi, màng phổi hoặc cơ quan khác di căn phổi)
- VMMP không có bằng chứng vi khuẩn lao trong dịch màng phổi
- VMMP có bằng chứng vi khuẩn ngoài lao trong đờm, dịch màng phổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý
- Các chỉ số về điều trị phẫu thuật

Phương pháp xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 26 để nhập và xử lý số liệu. Tính toán các tỷ lệ, các số trung bình, trung vị. Kiểm định tính chuẩn bằng test Kolmogorov–Smirnov. Sử dụng test K^2 , kiểm định Fisher's Exact để so sánh các tỷ lệ. Sử dụng test T-student, kiểm định Mann–whitney U để so sánh các số trung bình, trung vị khi đánh giá kết quả điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 81 BN (29 giai đoạn II, 52 giai đoạn III). Độ tuổi trung bình là $38,59 \pm 15,95$, chủ yếu là nam giới (79,3%), trong đó nhóm tuổi 20–40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (44,4%).

Bảng 3.1. Phân bố BN theo giai đoạn bệnh và tuổi, giới

	Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
Tuổi							
16 – 20	4	13,8	5	9,6	9	11,1	0,607
20 – 40	12	41,4	24	46,2	36	44,4	
40 – 60	11	37,9	15	28,8	26	32,1	
>60	2	6,9	8	15,4	10	12,3	
X ± SD	37,48 ± 15,95		39,21 ± 15,37		38,59 ± 15,51		
	p = 0,633						
Giới tính							
Nam	19	65,5	45	86,5	64	79	0,044
Nữ	10	34,5	7	13,5	17	21	

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Triệu chứng chủ yếu khiến BN nhập viện: đau ngực (64,2%) và khó thở (29,6%). Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên

đến khi nhập viện của nhóm BN giai đoạn III cao hơn so với nhóm BN giai đoạn II.

Bảng 3.2. Phân bố BN theo thời gian từ khi có triệu chứng khởi phát đến khi nhập viện

	Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
<6 tuần	29	100	5	9,6	34	42	0,000
≥6 tuần	0	0	47	90,4	47	58	
X ± SD	3,28 ± 0,99		8,67 ± 4,38		6,74 ± 4,40		
	p = 0.000						

Hầu hết BN có hội chứng 3 giảm ở cả hai nhóm BN. Tỷ lệ BN có hẹp khoang liên sườn và lệch xương bả vai ở nhóm BN giai đoạn III (92,3% và 69,2%) cao hơn so với giai đoạn II (58,6% và 10,3%). Chỉ số BMI trung bình của BN VMMP do lao (19,16) thấp hơn so với chỉ số BMI trung bình của người Việt Nam năm 2006 (20,6)

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể

	Giai	Giai	Chung	p
--	------	------	-------	---

Bảng 3.4. Hình ảnh VMMP do lao trên phim X-quang ngực thường quy, siêu âm và CT ngực

		Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Xquang ngực thường quy								
Mờ khu trú tại màng phổi		24	82,8	52	100	76	93,8	0,005
Hẹp khoang liên sườn		21	72,4	49	94,2	70	86,4	0,014
Siêu âm màng phổi								
Độ dày lớp dịch	≤ 20mm	13	44,8	37	71,2	50	61,7	0,031
	> 20mm	16	55,2	15	28,8	31	38,3	
Có vách hóa		27	93,1	44	84,6	71	87,7	0,318
Mật độ dịch	Tăng âm	0	0	19	36,5	19	23,5	0,000
	Không tăng âm	29	100	33	63,5	62	76,5	
CT ngực								
Dày dính màng phổi		29	100	46	88,5	75	92,6	0,083
Có vôi hóa màng phổi		0	0	27	51,9	27	33,3	0,000

Do chức năng hô hấp: Giảm đồng đều các chỉ số FEV1 (61,25 ± 8,71%) và FVC (65,62 ± 7,59%), chỉ số FEV1/FVC trong giới hạn bình thường (93,34 ± 8,97%)

Xét nghiệm dịch màng phổi: Đa số cho thấy dịch mủ màu vàng đục với sự chiếm ưu thế của bạch cầu trung tính (>60%). Có 19 trường hợp (23,4%) phát hiện lao kháng

	đoạn II		đoạn III				
	n	%	n	%	n	%	
Ran phổi	9	31,0	19	36,5	28	34,6	0,637
Hội chứng 3 giảm	27	93,1	47	90,4	71	87,7	1,000
Ap xe/rò thành ngực	0	0	5	9,6	5	6,2	0,154
Hẹp khoang liên sườn	17	58,6	48	92,3	65	80,2	0,001
Lệch xương bả vai	3	10,3	36	69,2	39	48,1	0,000
BMI trung bình	19,18 ± 2,11		19,14 ± 2,32		19,16 ± 2,23		0,943

X-quang ngực cho thấy tràn dịch màng phổi khu trú ở 93,8% BN và hẹp khoang liên sườn ở 86,4% BN.

Siêu âm màng phổi cho thấy 95% BN có dày màng phổi, dịch có vách hóa là 87,7% CT scan lồng ngực phát hiện dày dính màng phổi ở 92,6% BN, kèm theo có vôi hóa màng phổi ở 33,3% BN.

thuốc hàng 1 (R,H) trong đó có đến 14 trường hợp phát hiện ra lao kháng thuốc bằng các bệnh phẩm trong mủ (dịch màng phổi, tổ chức vò ổ cận)

3.3. Kết quả điều trị bằng VATS. Thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian rút dẫn lưu sau mổ và thời gian nằm viện của nhóm BN giai đoạn III đều cao hơn so với nhóm BN giai đoạn II

Bảng 3.5 Thời gian phẫu thuật, thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện

	Giai đoạn II	Giai đoạn III	Chung	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	127,93±30,66	177,11±29,85	159,51±38,21	0,000
Thời gian rút dẫn lưu sau mổ (ngày)	6,66 ± 2,32	7,94 ± 3,13	7,48 ± 2,91	0,146
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	8,41 ± 3,29	12,50 ± 9,56	11,04 ± 8,12	0,040

Không có BN VMMP do lao trong nghiên cứu có biến chứng nhiễm trùng vết mổ hoặc tử vong. Biến chứng rò khí kéo dài là hay gặp nhất và thường xảy ra ở nhóm BN giai đoạn III.

Bảng 3.6. Biến chứng hậu phẫu và tử vong

	Giai đoạn II	Giai đoạn III	Chung	p
Chảy máu	0	02/52 (3,8%)	2/81 (2,5%)	0,535
Còn ổ tồn dư	0	03/52 (5,8%)	3/81 (3,7%)	0,549
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	0	
Rò khí kéo dài	01/29 (3,4%)	13/52 (25%)	14/81 (17,3%)	0,015
Tử vong	0	0	0	

Tỷ lệ tái khám là 53/81 (65,43%), trong đó có 15/29 (51,72%) BN giai đoạn II đi khám lại, 38/52 (73,08%) BN giai đoạn III đi khám lại.

Bảng 3.7. So sánh chức năng hô hấp trước mổ và sau mổ 3 tháng

		Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung		p (Wilcoxon – test)
		n	X ± SD	n	X ± SD	n	X ± SD	
FEV1	Trước	29	60,34 ± 7,98	52	61,75 ± 9,13	81	61,25 ± 8,71	0,043
	Sau	1	72	4	69,25 ± 3,50	5	69,80 ± 3,27	
FVC	Trước	29	63,86 ± 7,37	52	66,59 ± 7,60	81	65,62 ± 7,59	0,043
	Sau	1	84	4	76,25 ± 5,91	5	77,80 ± 6,18	
FEV1/FVC	Trước	29	94,76 ± 9,91	52	92,55 ± 8,40	81	93,34 ± 8,97	0,498
	Sau	1	84	4	91,05 ± 4,14	5	89,64 ± 4,78	

Các chỉ số FEV1, FVC đều được cải thiện ở nhóm BN được đo CNHH khi tái khám

Bảng 3.8. So sánh mức độ nở phổi trên X-quang ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng

		Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Sau mổ (n=81)	Phổi nở kém đi	0	0	0	0	0	0	
	Không thay đổi	0	0	1	1,9	1	1,2	
	Phổi nở tốt hơn	3	10,3	17	32,7	20	24,7	
	Phổi nở gần hoàn toàn	26	89,7	34	65,4	60	74,1	
Tái khám (n=53)	Phổi nở kém đi	0	0	0	0	0	0	0,046
	Không thay đổi	0	0	1	2,6	1	1,9	
	Phổi nở tốt hơn	0	0	10	26,3	10	18,9	
	Phổi nở gần hoàn toàn	15	100	27	71,1	42	79,2	
p (McNemar test)						0,025		

Tỷ lệ BN tái khám chụp phim Xquang có phổi nở gần hoàn toàn ở nhóm BN giai đoạn II cao hơn so với tỷ lệ này ở nhóm BN giai đoạn III

Bảng 3.9. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Giai đoạn II		Giai đoạn III		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
Thành công	29	100	49	94,2	78	96,3	0,549
Không thành công	0	0	3	5,8	3	3,7	

96,3% BN cho thấy sự nở phổi và chức năng hô hấp cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm mủ màng phổi do lao. Nghiên cứu gồm 81 BN VMMP do lao (29 giai đoạn II, 52 giai đoạn III), tuổi trung bình 38,59, chủ yếu là nam giới (79,3%), trong độ tuổi lao động (20–40 tuổi chiếm 44,4%). So với nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Lượng² (2013), nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN nhóm 20–40 cao hơn (44,4% - 34,41%), và tỷ lệ BN nhóm 40–60 thấp

hơn (12,3% -26,34%) cho thấy xu hướng trẻ hóa của BN mắc VMMP do lao. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm “thời kỳ dân số vàng” của Việt Nam khi người lao động chiếm tỷ lệ lớn và có mức độ giao tiếp cao, tập trung sinh hoạt trong các môi trường đông người (nhà máy, khu công nghiệp, ký túc xá...), từ đó gia tăng nguy cơ nhiễm các bệnh đường hô hấp, trong bối cảnh gánh nặng lao đang rất cao.

Các nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy độ tuổi trung bình tương đối tương đồng: Baofu Chen⁴ (Trung Quốc) là 42, Arvind Kumar⁵ (Ấn Độ) là 31, điều này phần nào phản ánh đặc điểm của các quốc gia đang phát triển với gánh nặng lao cao.

Đau ngực (64,2%) và khó thở (29,6%) là lý do chính thúc đẩy BN tìm kiếm chăm sóc y tế.

Khoảng thời gian từ khởi phát triệu chứng đến chẩn đoán là 3,28 tuần (giai đoạn II) đến 8,67 tuần (giai đoạn III).

Dinh dưỡng: BMI trung bình là 19,16, thấp hơn mức trung bình quốc gia với 42% thuộc nhóm thiếu cân. Tương đồng với nghiên cứu ở

Ấn Độ (Arvind Kumar⁵, 2021), phản ánh tình trạng nhiễm trùng kéo dài

Triệu chứng thực thể: Hội chứng ba giảm (90–93%), hẹp khoang liên sườn (80,2%), lệch xương bả (48,1%). Giai đoạn III có tỷ lệ cao hơn, gây khó khăn cho phẫu thuật do không gian tiếp cận ổ cận hẹp.

Vi sinh: 40,5% nuôi cấy lao dương tính; 23,5% kháng thuốc lao hàng 1 (R,H), trong đó có tới 14/19 trường hợp phát hiện bằng bệnh phẩm trong mổ.

4.2. Kết quả điều trị của phẫu thuật nội soi (VATS). Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc rạch da đến khi đặt xong dẫn lưu và đóng ngực, với thời gian trung bình là 159,5 phút (127,9 phút ở giai đoạn II và 177,1 phút ở giai đoạn III). Tỷ lệ BN có thời gian mổ trên 180 phút là 13,6%, toàn bộ thuộc nhóm giai đoạn III. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế: Baofu Chen⁴ là 104,5 phút (chung), Arvind Kumar⁵ là 204,4 phút (giai đoạn III), Yiming Zhou⁷ (2021) là 210 phút (giai đoạn III).

Không có ca tử vong nào được ghi nhận. Ở nhóm giai đoạn II, tỷ lệ biến chứng sau mổ là 3,4%, trong khi nhóm giai đoạn III có các biến chứng như chảy máu (1,9%), còn ổ mủ (5,8%), rò khí kéo dài (17,3%). So sánh với các nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Lượng² (2013), Baofu Chen⁴ (2015), Arvind Kumar⁵ (2021) và Yiming Zhou⁷ (2021) cho thấy biến chứng chủ yếu là rò khí kéo dài, đặc biệt ở BN giai đoạn III.

Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình là 7,48 ngày, với tỷ lệ dẫn lưu kéo dài trên 14 ngày chiếm 9,9% (3,4% ở giai đoạn II, 13,5% ở giai đoạn III). Thời gian nằm viện trung bình là 11,04 ngày (8,4 ngày ở giai đoạn II và 12,5 ngày ở giai đoạn III), tương đương với các báo cáo trong nước và quốc tế.

Tỷ lệ tái khám sau 1–3 tháng là 65,43%. Kết quả cho thấy 100% BN giai đoạn II có phổi nở gần hoàn toàn trên X-quang, so với 71,1% ở giai đoạn III. Chức năng hô hấp được cải thiện với FEV1 tăng từ 61,25% lên 69,8%, FVC từ 65,62% lên 77,8%, tương đồng với kết quả của Đinh Văn Lượng² (2013) (FEV1 từ 67,3% lên 88,6%; FVC từ 68,2% lên 91,2%).

Tỷ lệ điều trị thành công tính đến thời điểm tái khám đạt 96,3% (100% ở giai đoạn II và 94,2% ở giai đoạn III), tương đương với các nghiên cứu của Đinh Văn Lượng² (2013), Baofu Chen⁴ (2015), Arvind Kumar⁵ (2021) và Yiming Zhou⁷ (2021).

V. KẾT LUẬN

VMMP do lao là biến chứng của lao màng phổi, thường phát sinh do sự tiến triển của tràn dịch màng phổi không được điều trị kịp thời. Những BN mắc VMMP do lao có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu (đau ngực, khó thở), nhưng thường kèm theo các dấu hiệu suy giảm dinh dưỡng và hẹp, biến dạng khoang liên sườn. Xét nghiệm dịch màng phổi cho thấy đặc tính mủ với bạch cầu trung tính chiếm ưu thế.

Kết quả nghiên cứu cho thấy PTNS lồng ngực đạt tỷ lệ thành công điều trị lên đến 96,3%, tương đương so với các nghiên cứu quốc tế.

PTNS lồng ngực (VATS) được khẳng định là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho BN VMMP do lao. Việc can thiệp sớm với VATS không chỉ giúp cải thiện nhanh chóng chức năng hô hấp mà còn giảm thiểu biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Những kết quả tích cực của nghiên cứu này góp phần củng cố vai trò của VATS trong quản lý lâm sàng các ca VMMP do lao và đề xuất mở rộng chỉ định điều trị bằng kỹ thuật này trong hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global Tuberculosis Report 2021.
2. **Đinh Văn Lượng.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật viêm mủ màng phổi người lớn. Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
3. **Shen KR, Bribriesco A, Crabtree T, et al.** The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empyema. J Thorac Cardiovasc Surg. 2017; 153(6):e129-e146.
4. **Baofu Chen et al.** Outcomes of Video-Assisted Thoracic Surgical Decortication in 274 Patients with Tuberculous Empyema. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2015;21(3):223-228.
5. **Arvind Kumar et al.** Thoracoscopic Decortication of Stage III Tuberculous Empyema Is Effective and Safe in Selected Cases. The Annals of Thoracic Surgery. 2017;104(5):1688-1694.
6. **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.
7. **Zhou Y, Li X, Dai J, et al.** Uniportal Thoracoscopic Decortication for Stage III Tuberculous Empyema With Severe Rib Crowding. The Annals of Thoracic Surgery. 2021;112(1): 289-294.
8. **Zeng X, Yue W, Ye S, Zhang L, Yang S.** Evaluation of thoracic surgery as a treatment approach in patients with rifampin-resistant chronic tuberculous empyema. J Bras Pneumol. 48(4):e20220074.

ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ THỞ MÁY Ở TRẺ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lê Phước Truyền^{1,2}, Đinh Tấn Phương², Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điều trị và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue cần thở máy tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023 trên 113 bệnh nhi được chẩn đoán sốc sốt xuất huyết dengue. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm có thở máy (n=31) và nhóm không thở máy (n=82). Các thông số lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị được phân tích chi tiết và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Nhóm thở máy có tỷ lệ sốc SXHD nặng và sốc kéo dài cao hơn rõ rệt so với nhóm không thở máy ($p<0,001$). Nhóm này cũng có các chỉ số sinh hóa như lactate, AST, ALT, troponin I và NT-proBNP tăng cao hơn đáng kể, kèm tình trạng toan chuyển hóa nặng hơn. Tổng lượng dịch và thời gian truyền dịch cũng cao hơn đáng kể. Các yếu tố nguy cơ thở máy được xác định gồm: sốc SXHD nặng (OR = 6,093), SIPA bất thường (OR = 5,112), NT-proBNP > 7 pmol/L (OR = 3,647), AST > 1000 IU/L (OR = 6,808). **Kết luận:** Bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue thở máy có biểu hiện lâm sàng nặng hơn, rối loạn sinh hóa nhiều hơn và cần điều trị tích cực hơn. Các yếu tố nguy cơ thở máy được xác định gồm: mức độ sốc, SIPA bất thường, NT-proBNP tăng, AST > 1000 IU/L.

Từ khóa: sốc, sốt xuất huyết, thở máy, dengue

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR MECHANICAL VENTILATION IN CHILDREN WITH DENGUE SHOCK SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To describe the clinical characteristics, treatment, and risk factors associated with mechanical ventilation in pediatric patients with dengue shock syndrome (DSS) at Children's Hospital 1. **Subjects and Methods:** A longitudinal observational study was conducted from January 2021 to December 2023, involving 113 children diagnosed with DSS. Patients were divided into two groups: those requiring mechanical ventilation (n=31) and those not requiring ventilation (n=82). Clinical, laboratory, and therapeutic parameters were analyzed and compared between the two groups. **Results:** The mechanically ventilated group had significantly higher rates of severe DSS (64.5% vs. 26.8%) and prolonged

shock (32.3% vs. 1.2%, $p<0.001$). This group also showed markedly elevated levels of lactate, AST, ALT, troponin I, and NT-proBNP, as well as more severe metabolic acidosis. Total fluid volume and duration of fluid resuscitation were significantly greater. Identified risk factors for mechanical ventilation included severe DSS, elevated SIPA scores, increased NT-proBNP, and AST > 1000 IU/L. **Conclusion:** Children with DSS requiring mechanical ventilation presented with more severe clinical and biochemical disturbances, necessitating more intensive treatment. Early identification of risk factors may improve prognosis in this high-risk population. **Keywords:** shock, dengue hemorrhagic fever, mechanical ventilation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi dengue (DENV) gây ra, lây truyền qua muỗi Aedes aegypti. Năm 2022, Việt Nam ghi nhận 367.729 ca nhiễm DENV, trong đó có 140 trường hợp tử vong.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), SXHD có thể tiến triển từ thể nhẹ đến nặng, trong đó sốc SXHD là biến chứng nguy hiểm nhất, có thể dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.²

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của SXHD ở bệnh nhi em. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương trên 164 bệnh nhi cho thấy nhóm tuổi 11–15 chiếm tỷ lệ cao nhất, với các triệu chứng phổ biến như sốt, buồn nôn, chán ăn và da sung huyết.³ Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai nghiên cứu mô tả 800 trường hợp sốc SXHD, biểu hiện xuất huyết niêm chiếm 4%, tăng CRP chiếm 11,3%, albumin máu <25 g/l chiếm 11,3%, tăng lactat máu >2 mmol/l chiếm 40,2%.⁴ Tuy nhiên, các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào mô tả lâm sàng chung, chưa đi sâu vào nhóm bệnh nhi có diễn tiến nặng cần hỗ trợ hô hấp. Hiện nay, số liệu và nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của nhóm bệnh nhi sốt xuất huyết dengue cần thở máy tại Việt Nam còn hạn chế.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, điều trị và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhi SXHD cần thở máy tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ đó cung cấp dữ liệu thực tiễn hỗ trợ công tác chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn cho nhóm bệnh nhân rất nặng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô

¹Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Truyền

Email: dr.letruyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025