

sớm, do đó chúng tôi nghĩ kết quả ghi nhận tỉ lệ sử dụng ức chế beta 28,9% phù hợp với thực tế lâm sàng tại cơ sở nghiên cứu vì tỉ lệ bệnh nhân hội chứng vành cấp có Killip III và IV khá cao.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, trong số 83 bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện có 11 bệnh nhân tử vong (13,5%) có 48 bệnh nhân có biến chứng (57,8%), 88% bệnh nhân được điều trị bảo tồn; 31,4% bệnh nhân được chuyển tuyến để xem xét can thiệp mạch đã đặt ra vấn đề cấp bách cho việc triển khai tim mạch can thiệp sớm tại cơ sở nghiên cứu để hạn chế tỉ lệ tử vong, tỉ lệ biến chứng trên bệnh nhân hội chứng vành cấp. Ngoài ra, lưu ý vấn đề sử dụng các thuốc điều trị chính trong hội chứng vành cấp cần thực hiện theo khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hữu Minh Trí**, "Phân tầng nguy cơ, điều trị chống huyết khối và chỉ định can thiệp mạch vành

trong hội chứng vành cấp", Kỷ yếu báo cáo khoa học hội nghị KHKT BV An Giang 2011, 2011.

2. **Nguyễn Cửu Lợi, Phạm Vũ Thanh**, "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành và tiên lượng ngắn hạn của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vùng dưới", Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam, 2010, Tr 27-35.
3. **Phạm Nguyễn Vinh, cộng sự**, "Nghiên cứu quan sát điều trị bệnh nhân nhập viện do hội chứng mạch vành cấp", Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 58, 2011, Tr 12-25.
4. **Steg P G, Goldberg R J, Gore J M, Fox K A, et al**, "Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)", Am J Cardiol, 2002, 90 (4), pp. 358-363.
5. **Hasdai D, Behar S, Wallentin L, Danchin N, et al, (2002)**, "A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin; the Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS)", European heart journal, 2002, 23 15 pp. 1190-1201.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ NHU MÔ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Việt Anh^{1,2}, Nguyễn Văn Đại³, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Vỡ nhu mô phổi là tổn thương ít gặp nhưng rất nặng nề trong chấn thương ngực kín. Chẩn đoán và điều trị vỡ nhu mô phổi còn chưa được biết đến rộng rãi, từ đó dẫn đến nhầm lẫn cũng như bỏ sót trong quá trình thực hành lâm sàng. Nghiên cứu nhằm đưa ra những kết quả điều trị ban đầu vỡ nhu mô phổi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Nghiên cứu mô tả cắt ngang 19 bệnh nhân chẩn đoán vỡ nhu mô phổi và được điều trị phẫu thuật, thời gian từ 1/2020 đến 10/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 37,2 ± 13 tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 2/1, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 80%. 19/19 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ nhu mô phổi thuộc nhóm 3 dựa trên cắt lớp vi tính. Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật sửa chữa tổn thương phổi với 42,1% cắt phổi theo thương tổn và 57,9% cắt thùy phổi. Không có biến chứng hậu phẫu, không có tử vong sau mổ, thời gian nằm viện trung bình là 11,2 ± 4,7 ngày. **Kết**

luận: Phẫu thuật sửa chữa tổn thương điều trị vỡ nhu mô phổi tại BVHN Việt Đức bước đầu cho kết quả khả quan, an toàn, ít biến chứng.

Từ khóa: Vỡ nhu mô phổi, chấn thương ngực kín, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT FOR LUNG LACERATION AT VIET DUC HOSPITAL

Lung laceration is a rare but serious injury in blunt chest trauma. Diagnosis and treatment of lung laceration are not widely known, which easily leads to confusion and omission in clinical practice. This study aims to provide initial results in the treatment of lung laceration at Viet Duc university hospital. A cross-sectional descriptive study on 19 patients who were diagnosed with lung laceration and underwent surgical treatment, from January 2020 to October 2021. The average age of the patients participating in the study was 37.2 ± 13 years old, the male/female ratio = 2/1 with the main cause is traffic accidents accounting for 80% of the total. 19/19 patients were diagnosed as group 3 with lung laceration based on computed tomography. The patient received surgical treatment to repair lung damage with 42.1% wedge resection and 57.9% lobectomy. There were no postoperative complications, no postoperative mortality, the mean hospital stay was 11.2 ± 4.7 days. Conclusion: Surgical repair damage initially treated lung laceration gives positive results, safety, and few complications.

¹Trường đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

³Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Anh

Email: mr.via.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

Keywords: Lung laceration, blunt chest trauma, Vietduc university hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín là một chấn thương thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, đặc biệt trong bệnh cảnh đa chấn thương. Chấn thương ngực có thể gặp nhiều mức độ khác nhau với tổn thương các thành phần khác nhau của lồng ngực từ thành ngực (xương sườn, cơ, phần mềm..) đến các tạng trong lồng ngực như nhu mô phổi, tim, mạch máu. Chấn thương nhu mô phổi chia thành nhiều hình thái khác nhau từ dập dập, tụ máu, vỡ nhu mô, thoát vị nhu mô phổi...^{1,2} Vỡ nhu mô phổi là một tổn thương hiếm gặp của chấn thương ngực, là tình trạng vỡ của mạch máu và phế quản tạo thành ổ máu khí trong nhu mô với nhiều mức độ khác nhau. Chụp cắt lớp vi tính ngực là một công cụ hiệu quả giúp đánh giá thành ngực cũng như chẩn đoán các tổn thương của nhu mô phổi³. Tùy theo cơ chế gây chấn thương cũng như vị trí, số lượng ổ vỡ mà vỡ nhu mô phổi được phân chia thành 4 nhóm chính dựa trên phim cắt lớp vi tính theo Wagner RB năm 1988 gồm^{3,4}:

- Nhóm 1: Vỡ nhu mô do áp lực (Compression rupture injury), là loại hay gặp nhất, tổn thương tạo thành khoang chứa khí nằm sâu trong nhu mô với kích thước từ 2-8mm. Nguyên nhân do lực đè ép đột ngột vào thành ngực trong khi đóng dây thanh âm, làm tăng áp lực trong đường thở.

- Nhóm 2: Rách nhu mô do chèn ép (Compression shear injury), thường gặp ở thùy dưới của phổi, tổn thương nằm sát cột sống, do lực tác động đột ngột và phổi trượt trên nền cứng là thân các đốt sống ngực gây ra lực xé rách nhu mô phổi.

- Nhóm 3: Vết rách nhu mô do xương sườn gãy chọc vào nhu mô (Rib penetration tear), tổn thương thường nằm ở phía ngoại vi, sát với ổ gãy xương sườn, thường có tràn khí màng phổi phổi hợp.

- Nhóm 4: Rách trên nền phổi dính (The adhesion tear), tổn thương vỡ, rách nhu mô trên nền phổi dính trước đó, thường chỉ phát hiện thể này khi phẫu thuật hoặc mổ tử thi.

Tổn thương vỡ nhu mô phổi thuộc nhóm 3 là một yếu tố quan trọng dẫn đến tràn máu, tràn khí màng phổi, từ đó đòi hỏi các yêu cầu can thiệp về ngoại khoa.

Trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về chấn thương ngực kèm theo vỡ nhu mô phổi, và quan điểm điều trị cũng chưa rõ ràng. Một số quan điểm điều trị nội khoa với các tổn thương

vỡ nhỏ, ở trung tâm thùy phổi, không có rò khí, tràn máu tràn khí màng phổi số lượng ít và không gây sốc mất máu cũng như suy hô hấp. Quan điểm khác thì lại ưu tiên việc phẫu thuật điều trị vỡ nhu mô phổi, đặc biệt chỉ định với các vỡ nhu mô lớn >1/2 kích thước thùy phổi, ổ vỡ phía ngoại vi và tổn thương được phân loại nhóm 3⁵. Các trường hợp cần phẫu thuật sớm hoặc xử trí cấp cứu với các yếu tố tiên lượng rất nặng gồm có sốc mất máu, số lượng dẫn lưu màng phổi ra >1000ml ngay lúc đầu sau tai nạn, rò khí số lượng nhiều kèm suy hô hấp, dò khí dai dẳng... hoặc chỉ định mổ muộn với một số biến chứng do vỡ nhu mô phổi gây nên như ổ cận màng phổi, áp xe phổi...^{2,5,6}

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về chẩn đoán cũng như điều trị vỡ nhu mô phổi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích đưa kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị phẫu thuật với bệnh nhân vỡ nhu mô phổi tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu ở tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị vỡ nhu mô phổi. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2021 tại trung tâm Tim mạch Lồng ngực, Bv Hữu nghị Việt Đức.

Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi; giới; hoàn cảnh tai nạn; triệu chứng lâm sàng (đau ngực, khó thở, tràn máu tràn khí màng phổi, suy hô hấp, sốc); cận lâm sàng (Xquang và cắt lớp vi tính ngực); phân loại tổn thương vỡ nhu mô phổi; các thông số trong phẫu thuật (cách thức mổ, thời gian mổ); thời gian và các biến chứng ghi nhận trong quá trình hậu phẫu. Tiêu chuẩn loại trừ đối với các trường hợp hồ sơ bệnh án không đầy đủ, bệnh nhân được chẩn đoán vỡ nhu mô được điều trị nội khoa. Xử lý số liệu sử dụng phần mềm Excel, SPSS 16.0 với các thuật toán như tính trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

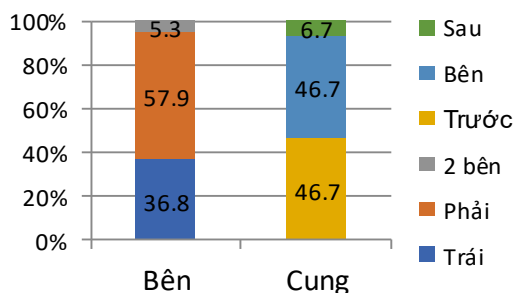
Có 19 bệnh nhân được thống kê phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $37,2 \pm 13$ tuổi, trẻ nhất là 21 tuổi, lớn nhất là 56 tuổi. Nhóm bệnh nhân trong độ tuổi lao động từ 20-50 tuổi chiếm 68,4% (13 bệnh nhân).

- Phân bố theo giới gồm 13 nam (68,5%) và 6 nữ (31,5%). Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ = 2/1. Các nguyên nhân từ tai nạn giao thông chiếm đa số với gần 80% (15 bệnh nhân) các trường hợp vỡ nhu mô phổi;

- Các triệu chứng lâm sàng: Tất cả bệnh nhân

có biểu hiện khó thở và đau tức ngực, trong đó có 26,3 % (5 bệnh nhân) có diễn biến nặng là suy hô hấp, 31,6% (6 bệnh nhân) có sốc liên quan đến suy hô hấp và đau. 94,7% (18 bệnh nhân) các trường hợp vỡ nhu mô phổi ghi nhận có tràn máu tràn khí màng phổi cùng bên.

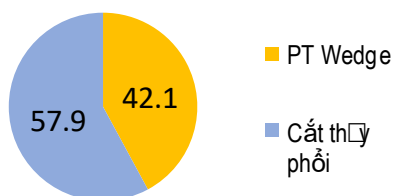
- Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng xương sườn gãy trung bình là $7,6 \pm 3$ xương, trường hợp gãy ít nhất là 3 xương, nhiều nhất là 11 xương sườn cùng bên tổn thương vỡ nhu mô phổi. Phân bố vị trí gãy xương sườn thì cùng bên và sau là cùng hay tổn thương nhất.



Biểu đồ 1: Phân bố vị trí xương sườn gãy

- Phân loại tổn thương vỡ nhu mô phổi dựa trên đánh giá phim cắt lớp vi tính ngực cho thấy 19/19 là nhóm 3, trong đó có 2 bệnh nhân phổi hợp tổn thương cả nhóm 3 và nhóm 2.

Cách thức phẫu thuật và biến chứng sau mổ: - Phân bố theo loại phẫu thuật gồm: 8 bệnh nhân được phẫu thuật wedge (cắt phổi theo thương tổn) và 11 bệnh nhân cắt thùy phổi tổn thương.



Biểu đồ 2: Phương pháp phẫu thuật xử lý tổn thương phổi

- Cách thức phẫu thuật: 16/19 bệnh nhân được thực hiện qua phẫu thuật nội soi 1 lỗ (Uniportal VATS), 3 bệnh nhân sử dụng đường mổ ngực nhỏ có nội soi hỗ trợ với chiều dài đường mổ ngực dưới 10cm, đều là 3 bệnh nhân có sốc nặng trước mổ.

- Phẫu thuật kèm theo gồm 2 trường hợp tạo hình thành ngực kết hợp xương sườn bằng nẹp vít, 1 bệnh nhân khâu nối khí phế quản gốc phải, 2 bệnh nhân lấy máu cục màng phổi và làm sạch

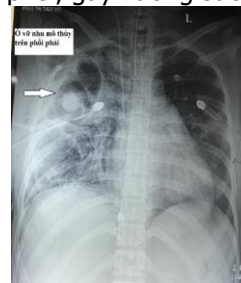
ổ cặn màng phổi. Thời gian phẫu thuật trung bình $104,4 \pm 42$ phút. Không có biến chứng đáng kể nào trong mổ.

- Thời gian sau mổ: Không có biến chứng lớn liên quan ngoại khoa trong quá trình hậu phẫu, 1 bệnh nhân xạ phổi, viêm phổi phải điều trị hồi sức 8 ngày, không cần can thiệp lại. Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình là $5,5 \pm 2$ ngày và thời gian ra viện $11,2 \pm 4,7$ ngày, không có tử vong trong giai đoạn hậu phẫu.

IV. BÀN LUẬN

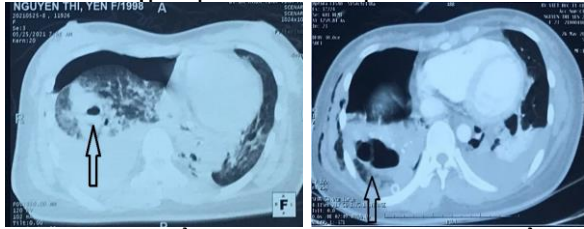
Vỡ nhu mô phổi là một tổn thương nặng nề của phổi trong bệnh cảnh chấn thương ngực, tổn thương đi kèm thường là tràn máu tràn khí màng phổi, tùy theo mức độ mà gây ra các biểu hiện lâm sàng từ nhẹ đến nặng. Cũng như các chấn thương ngực kín nói chung, vỡ nhu mô phổi chủ yếu gặp ở người trẻ trong độ tuổi lao động, nguyên nhân có thể do tai nạn giao thông hoặc tai nạn trong quá trình lao động gây ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $37,2 \pm 13$ tuổi, gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ gặp nam/nữ = 2/1. Nguyên nhân chấn thương 80% do tai nạn giao thông gây nên. Về biểu hiện lâm sàng, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng khó thở nhưng chỉ 18/19 (94,7%) có tràn máu tràn khí màng phổi, suy hô hấp gặp ở 26,3%. Các triệu chứng này cũng phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Chou YP năm 2014⁵.

Về các triệu chứng cận lâm sàng, số lượng xương sườn gãy trung bình là $7,6 \pm 3$ xương, số lượng xương sườn gãy thường liên quan tới mức độ nặng của tổn thương nhu mô phổi, và là nguyên nhân trong các vỡ nhu mô nhóm 3. Tổn thương vỡ nhu mô phổi được chẩn đoán trên phim cắt lớp vi tính ngực đều thuộc nhóm 3, vỡ nhu mô phía ngoại vi do xương sườn gãy gây ra, 2 bệnh nhân trong số này có thương tổn phổi hợp nhóm 2 và 3 kết hợp. Một số trường hợp ổ vỡ lớn, hình ảnh trên Xquang cũng gợi ý giúp chẩn đoán vỡ nhu mô phổi, kèm theo là hình ảnh tràn máu tràn khí màng phổi, gây xương sườn... (hình 1)



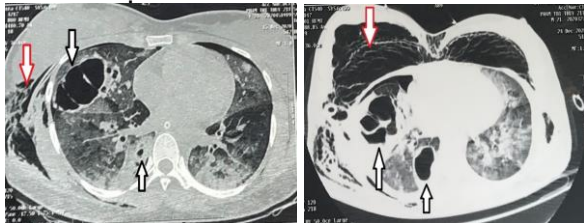
Hình 1: Ổ vỡ nhu mô thùy trên phổi phải trên Xquang (Mũi tên trắng) [Nguồn: Tác giả]

Tuy nhiên, hình ảnh vỡ nhu mô phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính có thể không điển hình hoặc không rõ ràng ngay từ đầu, mà ổ tổn thương thường diễn biến tăng lên về kích thước và trở nên rõ ràng hơn sau 2 đến 4 ngày (hình 2). Vì vậy, với bệnh nhân vỡ nhu mô phổi, cần có thời gian đánh giá diễn biến của ổ tổn thương mà đưa ra hướng xử trí phù hợp, ít trường hợp cần can thiệp cấp cứu khẩn cấp.



Hình 2: Tổn thương vỡ nhu mô tiến triển sau 2 lần chụp cắt lớp vi tính [Nguồn: Tác giả].

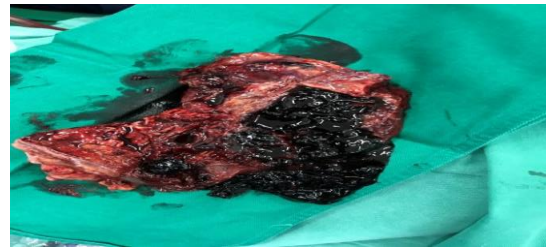
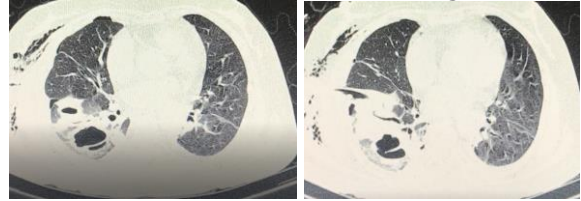
Một yếu tố cần lưu ý, cũng đã được các tác giả trước đây nhắc tới là tình trạng tăng tràn máu tràn khí màng phổi, đặc biệt là tràn khí khi bệnh nhân phải thở máy do suy hô hấp, càng dẫn đến diễn biến nặng, thậm chí nhanh chóng dẫn đến tử vong. Vì vậy, việc chẩn đoán đúng và hội chẩn ý kiến chuyên khoa khi xử lý bệnh nhân vỡ nhu mô phổi trong bệnh cảnh đa chấn thương là rất cần thiết và định hướng xử lý đúng, kịp thời cho bệnh nhân.



Hình 3: Ổ vỡ nhu mô thùy trên phải kèm tràn khí dưới da tăng lên sau thở máy (Mũi tên trắng: Ổ vỡ nhu mô; Mũi tên đỏ: Tràn khí dưới da) [Nguồn: Tác giả]

Phẫu thuật điều trị vỡ nhu mô phổi vẫn còn nhiều tranh cãi về chỉ định cũng như thời điểm phẫu thuật. Chỉ định mở ngực cấp cứu, theo Nishiumi N và cộng sự năm 2010, nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng nặng của bệnh nhân vỡ nhu mô phổi, thì vỡ nhu mô phổi là nguyên nhân hàng đầu trong các chảy máu nặng của chấn thương ngực, thậm chí nhanh chóng đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu không được xử trí kịp thời⁶. Theo Nishiumi N, bệnh nhân có vỡ nhu mô phổi kèm theo sốc và số lượng dẫn lưu >1200 ml ngay lần đầu là hai yếu tố có giá trị tiên lượng mạnh mẽ khả năng sống còn của bệnh nhân. Vì vậy, theo tác giả, chỉ định mở ngực cấp cứu

trong bệnh cảnh vỡ nhu mô phổi liên quan chặt chẽ đến số lượng dẫn lưu với con số có ý nghĩa khi dẫn lưu màng phổi lần đầu ra >500ml hoặc số lượng theo dõi sau đó ra 800ml trong vòng 2 giờ. Ngoài ra, bài viết còn đưa ra khuyến cáo về kích thước ở vỡ nhu mô liên quan tới phương pháp xử lý thương tổn của phổi, với vết rách dài dưới 2cm thì việc khâu chỗ vỡ thường là đủ, nhưng với vết rách chiều dài lớn hơn 2cm thì khuyến cáo là cắt phổi theo thương tổn hoặc cắt thùy phổi⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 31,6% các bệnh nhân có biểu hiện sốc khi nhập viện, nhưng được điều trị hồi sức ổn định để có thể trì hoãn tiến hành mổ theo chương trình.



Hình 4: Vỡ gần toàn bộ nhu mô thùy dưới phổi phải. Ảnh Trái: ổ vỡ tụ máu khí lớn trong nhu mô; Ảnh Phải: Thùy dưới phổi được cắt ra trong chứa đầy máu cục, gần như không còn tổ chức lành [Nguồn: Tác giả]

Về xử lý tổn thương vỡ nhu mô, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều loại bỏ phần phổi tổn thương, trong đó có 42,1% (8 bệnh nhân) được cắt phổi theo thương tổn và 57,9% (11 bệnh nhân) (biểu đồ 2) được cắt thùy phổi. Lý giải về điều này do tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều tổn thương vỡ thuộc nhóm 3, tổn thương ở ngoại vi và để xử lý cắt theo thương tổn, kết hợp với đó là kích thước khối vỡ lớn, thậm chí nhiều trường hợp vỡ gần toàn bộ nhu mô một thùy phổi (hình 4).

Theo Chou YP⁵ (2014) nghiên cứu trong 8 năm ở 88 bệnh nhân vỡ nhu mô phổi được chia làm 2 nhóm gồm nhóm 1 (43 bệnh nhân) điều trị dẫn lưu màng phổi, bảo tồn ổ vỡ, và nhóm 2 (45 bệnh nhân) điều trị phẫu thuật sửa chữa tổn thương nhu mô phổi gồm cắt phổi theo thương tổn và cắt thùy phổi. Nghiên cứu của Chou YP có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi từ độ tuổi, nam giới chiếm đa số, các

triệu chứng lâm sàng đến tỷ lệ bệnh nhân có suy hô hấp trong nhóm phẫu thuật là 33,3%, còn nghiên cứu của chúng tôi là 26,3%. Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được chẩn đoán vỡ nhu mô phổi thuộc nhóm 3, và được xử trí bằng phẫu thuật theo chương trình. Thời gian rút dẫn lưu màng phổi và thời gian ra viện của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là ngắn hơn lần lượt là $5,5 \pm 2$ ngày so với $11,24 \pm 4,55$ ngày và thời gian ra viện $11,2 \pm 4,7$ ngày so với $19,38 \pm 11,39$ ngày, điều này có thể lý giải được do trong nhóm nghiên cứu của tác giả Chou YP có tới 85/88 bệnh nhân phải nằm hồi sức và theo dõi sát, toàn bộ gần như nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương. Kết luận bài viết không đưa ra chỉ định phẫu thuật cụ thể nhưng đã chỉ ra rằng, khi so sánh nhóm được phẫu thuật sửa chữa nhu mô phổi với nhóm chỉ dẫn lưu đơn thuần trong bệnh nhân vỡ nhu mô phổi cho thấy nhóm phẫu thuật có kết quả tốt hơn rõ rệt gồm giảm thời gian nằm hồi sức, thở máy, giảm biến chứng hậu phẫu cũng như rút ngắn thời gian lưu dẫn lưu màng phổi và thời gian nằm viện. Từ đó khuyến cáo nên phẫu thuật sớm xử lý các trường hợp vỡ nhu mô phổi, đặc biệt với các vỡ nhu mô thuộc nhóm 3 vì dễ dẫn đến các biến chứng như tràn khí màng phổi dai dẳng, nhiễm trùng, áp xe phổi...

V. KẾT LUẬN

Vỡ nhu mô phổi là một tổn thương nặng của nhu mô trong bệnh cảnh chấn thương ngực kín. Bệnh còn chưa được biết đến nhiều, gây dễ bỏ sót và nhầm lẫn dẫn tới việc điều trị không đầy đủ cho bệnh nhân. Cho đến nay, vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể nào cho điều trị vỡ nhu mô phổi, nhưng phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật

lồng ngực ít xâm lấn hiện nay đã chứng minh phần nào được khả năng điều trị tốt, ít biến chứng và đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân vỡ nhu mô phổi. Chẩn đoán và điều trị vỡ nhu mô phổi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hiện nay đã trở thành quy trình thường quy và đem lại hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu chuyên sâu, thời gian theo dõi dài hơn để chứng minh tính ưu việt của phẫu thuật trong điều trị vỡ nhu mô phổi tổn thương phía ngoại vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dogrul BN, Kiliccalan I, Asci ES, Peker SC.** Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. Chinese journal of traumatology = Zhonghua chuang shang za zhi. 2020;23(3):125-138.
- Freixinet Gilart J, Hernández Rodríguez H, Martínez Vallina P, Moreno Balsalobre R, Rodríguez Suárez P.** Guidelines for the diagnosis and treatment of thoracic traumatism. Archivos de bronconeumologia. 2011;47(1):41-49.
- Oikonomou A, Prassopoulos P.** CT imaging of blunt chest trauma. Insights into imaging. 2011;2(3):281-295.
- Wagner RB, Crawford WO, Jr., Schimpf PP.** Classification of parenchymal injuries of the lung. Radiology. 1988;167(1):77-82.
- Chou YP, Kuo LC, Soo KM, et al.** The role of repairing lung lacerations during video-assisted thoracoscopic surgery evacuations for retained haemothorax caused by blunt chest trauma. European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery. 2014;46(1):107-111.
- Nishiumi N, Inokuchi S, Oiwa K, Masuda R, Iwazaki M, Inoue H.** Diagnosis and treatment of deep pulmonary laceration with intrathoracic hemorrhage from blunt trauma. The Annals of thoracic surgery. 2010;89(1):232-238.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ ĐÁP ỨNG NHU CẦU CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ THANH QUẢN- HẠ HỌNG

Lê Chí Huy*, Bùi Thế Anh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh sau phẫu thuật ung thư thanh quản - hạ họng, từ tháng 7.2021 đến tháng 5.2022, tại Trung tâm ung bướu và phẫu thuật đầu cổ bệnh viện Tai Mũi Họng

*Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Chí Huy

Email: huydte@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 1.8.2022

trung ương. **Mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm và thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật ung thư thanh quản - hạ họng. **Kết quả:** tỷ lệ người bệnh có nhu cầu chăm sóc về: thể chất là 100% (80 % có nhu cầu cao, 20% có nhu cầu thấp), tinh thần là 98,2% (44,6% có nhu cầu cao, 53,6% có nhu cầu thấp), xã hội là 99,1% (có 87,3% là nhu cầu cao, 11,8% có nhu cầu thấp), y tế là 100% (90,9% có nhu cầu cao, 9,1% có nhu cầu thấp). Thực trạng đáp ứng các nhu cầu chăm sóc: thể chất đáp ứng tốt là 87,3% (đáp ứng kém hoặc không đáp ứng là 12,7%), tinh thần đáp ứng tốt là 83,3% (đáp ứng kém hoặc không đáp ứng là 16,7%), xã hội đáp ứng