

2018. **471**(Số chuyên đề ung thư): tr. 48-55.
8. **Noronha, V., et al.**, Clinical Outcome in Definitive Concurrent Chemoradiation With Weekly Paclitaxel and Carboplatin for Locally Advanced Esophageal and Junctional Cancer. *Oncol Res*, 2016. **23**(4): p. 183-95.
9. **Ter Veer, E., et al.**, The Efficacy and Safety of First-line Chemotherapy in Advanced Esophagogastric Cancer: A Network Meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 2016. **108**(10).
10. **Joseph, D.M., et al.**, Chemoradiation with Weekly Paclitaxel and Carboplatin in Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Prospective Study. *South Asian J Cancer*, 2021. **10**(3): p. 151-154.

## KHÍ PHẾ THŨNG THUYỀN PHỔI BẨM SINH - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công\*

### TÓM TẮT

Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh (Congenital Lobar Emphysema - SLE) được biết đến như là căng chướng quá mức thùy phổi bẩm sinh, đặc trưng bởi dấu hiệu tăng kích thước của thùy phổi. Hầu hết các trường hợp biểu hiện ngay trong tháng đầu đời; triệu chứng suy hô hấp là điển hình. Những trường hợp nhẹ thường bị bỏ qua và bệnh có thể biểu hiện ở trẻ lớn hơn song hiếm. Hầu hết các trường hợp CLE liên quan với một phần hoặc toàn bộ các phế quản bị bít tắc, thường là hệ quả của (a) khiếm khuyết sụn phế quản; (b) chèn ép từ ngoài thường do một bất thường mạch máu hoặc một kén phế quản, hoặc (c) bất thường nếp gấp niêm mạc phế quản. Một số trường hợp không liên quan đến bít tắc phế quản. CLE hầu hết thường ở thùy trên phổi trái, tiếp theo là thùy trên và giữa phổi phải. Chỉ ít phần trăm xảy ra ở thùy dưới. X quang thường cho thấy những vùng quá sáng hoặc bẫy khí ở thùy phổi bị ảnh hưởng. Thường xảy ra sự dịch chuyển trung thất do thùy phổi căng chướng bất thường, và thùy phổi bình thường bị giảm thể tích. Phẫu thuật cắt bỏ là cần thiết. Chúng tôi báo cáo ca bệnh SLE được phát hiện ở trẻ 6 tuổi, vị trí thùy giữa và dưới phải. Bệnh nhi đã được phẫu thuật cắt bỏ 1 phần thùy dưới phải sau khi có kết quả đánh giá thông khí và tưới máu phổi phải, bước đầu cho thấy kết quả điều trị tốt.

**Từ khoá:** Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh; căng chướng thùy phổi; khí phế thũng; phẫu thuật cắt thùy phổi.

### SUMMARY

#### CONGENITAL LOBAR EMPHYSEMA: A LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Congenital Lobar Emphysema (SLE) is known as congenital lobar hypertrophy, characterized by signs of increased size of the lobes. Most cases manifest within

the first month of life; Symptoms of respiratory failure are typical. Mild cases are often missed and the disease may present in older children but is rare. Most cases of CLE involve partial or total obstruction of the bronchi, usually as a result of (a) bronchial cartilage defects; (b) extrinsic compression usually due to a vascular abnormality or a bronchial cyst, or (c) an abnormal bronchial mucosal fold. Some cases are not related to bronchial obstruction. CLE is most commonly located in the upper lobe of the left lung, followed by the upper and middle lobes of the right lung. Only a small percentage occurs in the lower lobe. Radiographs often show areas of luminosity or air trapping in the affected lobe. Mediastinal displacement is common due to abnormally distended lobes, and the normal lobes are hypovolemic. Surgical removal is necessary. We report a case of SLE detected in a 6-year-old child, located in the right middle and lower lobes. The patient had surgery to remove part of the right lower lobe after having the right pulmonary ventilation and perfusion assessment results, initially showing good treatment results.

**Keywords:** Congenital lobar emphysema; Overinflation; Emphysema; Lobectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khí phế thũng thùy bẩm sinh (CLE) là một dạng phát triển hiếm gặp của phổi với nhiều biểu hiện khác nhau. Hiện bệnh vẫn gặp khó khăn trong chẩn đoán và điều trị, đồng thời có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao. CLE được đặc trưng bởi tình trạng suy hô hấp do sự giãn nở quá mức của một hoặc nhiều thùy phổi có cấu trúc mô học bình thường, không có sự phá hủy thành phế nang song có sự chèn ép của nhu mô phổi bình thường xung quanh. Tình trạng kẹt khí trong phổi trong thì thở ra của quá trình hô hấp do sụn phế quản bị thiếu hụt. Thùy phổi bị ảnh hưởng về cơ bản là không hoạt động vì sự căng chướng quá mức và bẫy khí. Các đợt suy hô hấp thường lặp đi lặp lại. Bệnh thường được phát hiện ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc bệnh này là 1/20.000–30.000 trong số trẻ được sinh ra còn sống. Tỷ lệ mắc bệnh trước khi sinh chưa được biết rõ do khó chẩn đoán với siêu âm trong giai

\**Bệnh viện Phổi trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022

đoạn này. Một số trường hợp nhẹ, dấu hiệu lâm sàng không rõ ràng nên đến khi trẻ lớn mới được phát hiện. Bệnh vô cùng hiếm gặp ở người lớn.<sup>1-3</sup>

Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng, chụp X quang và cắt lớp vi tính. Hình ảnh thùy phổi tăng thể tích, thưa mạch và dấu hiệu đè đẩy trung thất là những dấu hiệu điển hình thường gặp. Dấu hiệu bẫy khí có thể thấy nếu chụp CT ngực thêm thì thở ra. Các trường hợp nhẹ thường được theo dõi nội khoa và điều trị triệu chứng. Việc đo chức năng hô hấp chỉ tiến hành được đối với trẻ lớn. Đánh giá thông khí và tưới máu phổi thường được chỉ định trước khi tiến hành phẫu thuật giảm thể tích phần phổi căng chướng.<sup>1-5</sup>

Điều trị căn bản hiện nay vẫn là phẫu thuật cắt bỏ phần phổi/thùy phổi căng chướng. Khó khăn khi phẫu thuật đó là không cô lập được (không làm xẹp được) bên phổi căng chướng cho nên việc cắt bỏ không dễ thực hiện. Việc cắt bỏ toàn bộ thùy phổi căng chướng vẫn được ưu tiên hàng đầu. Việc cắt bỏ 1 phần chỉ tiến hành dựa trên tính toán phần thể tích còn lại phù hợp với việc cân bằng thể tích hai phổi sau phẫu thuật.<sup>6</sup>

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 6 tuổi, từ nhỏ khoẻ mạnh. Cách vào viện 1 tháng bệnh nhi xuất hiện ho và các cơn khó thở. Bệnh nhi đã đến khám tại bệnh viện chuyên khoa nhi của thành phố nơi sinh sống, có chụp phim X quang ngực, được chẩn đoán viêm phổi và được điều trị 4 ngày không đỡ. Bệnh nhi được chuyển tuyến lên bệnh viện Nhi trung ương. Tại đây bệnh nhi được nội soi phế quản không thấy bất thường; chụp phim cắt lớp vi tính ngực chẩn đoán căng chướng phổi phải quá mức => chuyển bệnh viện Phổi trung ương.

Khám lúc vào: Bệnh nhi tỉnh táo, ho nhiều, khó thở nhẹ, da niêm mạc hơi nhợt. Tim nhịp đều, tần số 100 ck/phút; thở 23 lần /phút, nhiệt độ 37°C. Nghe phổi bên trái thông khí bình thường, bên phải giảm; bụng mềm, không chướng, gan, lách không sờ thấy. Cân nặng 20 kg.

Bệnh nhi được chỉ định làm các xét nghiệm cơ bản (Công thức máu; Sinh hoá máu; Sinh hoá nước tiểu; đông máu toàn bộ) cho kết quả trong giới hạn bình thường. Nhóm máu: 0. Điện tâm đồ: Nhịp xoang, tần số 120 ck/p, trục phải. Đo chức năng hô hấp: Rối loạn thông khí hạn chế; FEV1 = 68%; không có rối loạn thông khí tắc nghẽn; Test hồi phục phế quản âm tính. Siêu âm tim, siêu âm ổ bụng không thấy bất thường.

Xét nghiệm PCR Sars - CoV-2 bệnh nhi và người nhà chăm bệnh nhi âm tính

Các xét nghiệm về lao (AFB trực tiếp,

GenenXpert MTB/RMP, Quantiferol, nuôi cấy đờm): âm tính

Nội soi phế quản có gây mê: Chèn ép gây hẹp hoàn toàn khẩu kính phế quản thùy trên phải, hẹp khẩu kính phế quản thùy giữa.

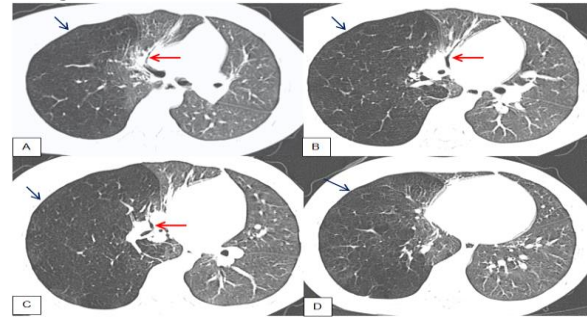
Bệnh nhi được chụp phim X quang ngực thường qui, hình ảnh và kết quả chi tiết được thể hiện tại hình 1. Kết luận của bác sỹ chẩn đoán hình ảnh tăng thể tích phổi phải, tình trạng thưa mạch phổi phải phù hợp khí phế thũng.



**Hình 1. X quang ngực qui ước bệnh nhi khi vào viện**

Phổi phải tăng sáng, thưa mạch (so bên trái). Trung thất và hình khí quản sang trái, hoành phải xuống thấp. Phế quản gốc trái quan sát thấy tròn vện. Phế quản gốc phải chỉ thấy 1 phần. Không quan sát được hai rốn phổi.

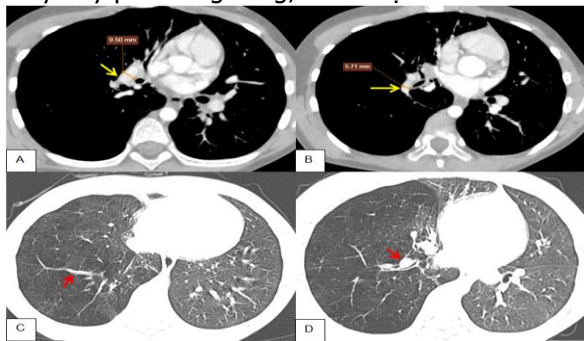
Bệnh nhi được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ngực bằng máy 64 lát cắt, có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, có dựng hình đường dẫn khí và dựng hình đa hướng (MPR) để bộc lộ rõ tổn thương. Chi tiết hình đại diện được thể hiện trong hình 2.



**Hình 2. Cắt lớp vi tính cửa sổ phổi các lát từ trên xuống.**

A-D. Phổi phải tăng giãn, tăng đậm độ khí (HU từ - 880 đến - 950) (các mũi tên đen). A: Phế quản thùy trên phải (mũi tên đỏ) chi phổi phần nhu mô thùy trên bị chèn ép, giảm thể tích (xẹp bị động); B: Phế quản thùy giữa phải (mũi tên đỏ) và phần nhu mô thùy giữa trong tình cảnh tương tự thùy trên; C: hai nhánh phế quản hai phân thùy đáy phải (mũi tên đỏ) chi phổi phần phổi thùy dưới căng chướng; D: Các phân

thùy đáy phải tăng sáng, thưa mạch.



**Hình 3. Cắt lớp vị tính của sổ trung thất và cửa sổ phổi các lát dưới mức Carina**

A. Cửa sổ trung thất sau tiêm: ĐM trung gian tăng khẩu kính so phế quản trung gian (mũi tên vàng); B. Cửa sổ trung thất sau tiêm: Nhánh ĐMP thùy dưới cũng tăng khẩu kính (mũi tên đỏ); C. Cửa sổ nhu mô: Tĩnh phổi nhánh gần trung tâm tăng khẩu kính (mũi tên đỏ); D. Cửa sổ nhu mô: Nhánh ĐMP thùy dưới chèn ép đường dẫn khí (mũi tên đỏ)

Bệnh nhân đã được hội chẩn liên chuyên khoa trong bệnh viện (nhi, PTLN, GMHS, CĐHA, GPB). Kết luận của hội chẩn: Trường hợp khí phế thũng thùy dưới phải, bẩm sinh. Tình trạng thùy dưới phải căng chướng quá mức gây xẹp thùy giữa và trên phải, đẩy trung thất sang trái (ép phổi trái) và hoành phải xuống thấp, có chỉ định phẫu thuật giảm thể tích thùy dưới phải vì gây suy hô hấp. Tuy nhiên cần cân nhắc vấn đề cắt toàn bộ thùy dưới hay 1 phần thùy dưới. Bệnh nhân cần được đo thông khí phổi và tưới máu phổi trước khi quyết định phương án phẫu thuật.

Bệnh nhân đã được chuyển đến khoa Y học hạt nhân bệnh viện trung ương quân đội 108 chụp SPECT/CT. Xạ hình tưới máu phổi được thực hiện với Tc99m - AAA tiêm tĩnh mạch, liều 3mCi. Bệnh nhân được chụp ở các tư thế theo qui định. Hình ảnh tưới máu được xử lý bằng phần mềm V/Q analysis và Dosimetrix. Kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 4.



**Hình 4. Chụp SPECT/CT đánh giá tưới máu phổi với Tc99m – AAA**

Phân bố phóng xạ đồng đều ở trường phổi trái. Giảm phân bố phóng xạ toàn bộ thùy giữa và dưới phải. Phần trăm phân bố phóng xạ các vùng phổi được thể hiện như hình trên

Bằng việc sử dụng các công cụ tính toán, % tập trung phóng xạ (PX) tại thùy dưới phải chỉ chiếm 7% trong số toàn bộ hai phổi. Như vậy hiện tại tuần hoàn phổi tại thùy dưới phải cũng chỉ chiếm 1dung lượng nhỏ, nếu cắt toàn bộ thùy dưới phải cũng sẽ không làm thay đổi đáng kể áp lực tuần hoàn ĐM phổi.

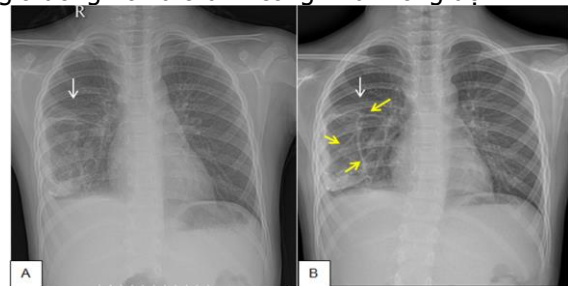
Mặt khác, kết quả đo CNHH của bệnh nhi đang cho kết quả FEV1 = 68%. Bằng phép suy diễn thuận, nếu phẫu thuật cắt toàn bộ thùy dưới phổi phải, với giả thuyết xấu nhất là thùy trên và giữa không nở ra được, con số ước tính:

FEV1 sau phẫu thuật cắt thùy dưới phổi phải = 68% x (1- % phân bố PX thùy dưới phổi phải) = 68% x (1-0,07) = 63,24%.

Như vậy việc cắt bỏ thùy dưới phổi phải sẽ không làm thay đổi đáng kể chức năng hô hấp của bệnh nhi. Tuy nhiên nếu căn cứ hình ảnh CT ngực thì thùy dưới phổi phải căng chướng đang chiếm hầu hết thể tích ngực phải. Do vậy nếu cắt bỏ hoàn toàn thùy dưới phải, trong tình huống thùy trên và giữa không nở sẽ gây di lệch trung thất sang phải theo chiều ngược lại hiện tại, nguy cơ gây xoắn phổi trái là rất lớn.

Toàn bộ dữ liệu của bệnh nhi đã được hội chẩn với trung tâm ghép phổi của trường đại học UCSF tại Hoa Kỳ. Lời khuyên của các chuyên gia Mỹ chỉ nên cắt 1 phần thùy dưới phải. Quá trình theo dõi sau này nếu thùy trên, giữa nở và quá trình căng chướng thùy dưới vẫn tiếp tục sẽ phẫu thuật cắt bỏ lần 2 toàn bộ thùy dưới.

Phẫu thuật đã được tiến hành. Phương án cắt bỏ 1 phần thùy dưới phải trong tình trạng căng chướng đã được chuẩn bị kỹ lưỡng. Kỹ thuật sử dụng Stapler cắt phổi đã được áp dụng triệt để cho cuộc mổ. Phần % phổi cắt bỏ cũng được tính toán chi tiết. Cuộc mổ đã diễn ra trong vòng # 4 giờ đồng hồ và thành công như mong đợi.

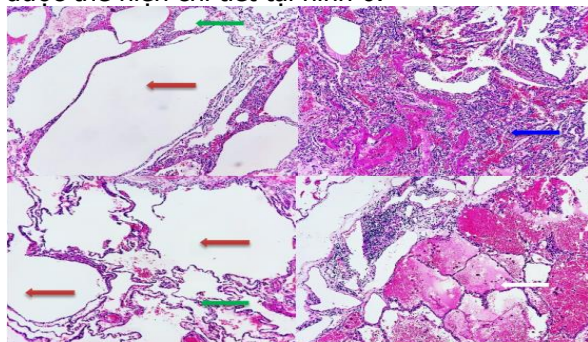


**Hình 5. Phim X quang ngực của bệnh nhi chụp ngày thứ 5 (A) và ngày thứ 12 (B) sau phẫu thuật**

Bệnh nhi đã được rút sonde dẫn lưu sau 48 giờ hậu phẫu. Phim X quang ngực chụp ngày thứ 5 và ngày thứ 12 sau mổ được thể hiện chi tiết tại hình 5.

Nhu mô thùy trên và giữa phải nở khá tốt (nhìn rõ rãnh liên thùy bé – mũi tên trắng). Trung thất đã trở về đúng vị trí, hoành phải lên cao. Dày màng phổi phải. Các đường chỉ may phổi bởi Stapler thấy rõ trên phim B (ngày 12 sau mổ - các mũi tên vàng)

Bệnh phẩm (phần phổi cắt bỏ) sau mổ được làm xét nghiệm GPB. Hình ảnh chi tiết và kết quả được thể hiện chi tiết tại hình 6.



**Hình 6. Hình ảnh mô bệnh học của bệnh phẩm phổi cắt bỏ**

Các mảnh cắt vào mô phổi có các phế nang bình thường (Mũi tên xanh lá) và các phế nang giãn rộng (Mũi tên đỏ), một số lòng phế nang chứa hồng cầu, dịch tơ huyết. Xen kẽ vùng nhu mô phổ sung huyết (Mũi tên trắng) ngấm viêm mạn tính (Mũi tên xanh dương). Không thấy tổn thương ác tính hay các tổn thương viêm đặc hiệu khác.

(Các hình ảnh chụp ở VK x20, nhuộm HE)

Hiện bệnh nhi đang được hướng dẫn tập phục hồi chức năng hô hấp, hết khó thở và sẽ sớm ra viện. Bệnh nhi sẽ được tiếp tục điều trị ngoại trú và hẹn khám lại. Để đảm bảo an toàn các vết cắt phổi bệnh nhi đã được hướng dẫn cách thở an toàn và không đo CNHH sớm. Sau 1 tháng chúng tôi sẽ đo CNHH và chụp CT ngực cho bệnh nhi để có đánh giá tổng thể.

#### IV. BÀN LUẬN

Khí thũng thùy bẩm sinh (CLE) là một dị dạng phổi phát triển hiếm gặp. Bệnh được mô tả lần đầu tiên bởi Nelson năm 1932 và sau đó bởi Robertson và James vào năm 1951.<sup>1</sup>

Trong tuần thứ ba của thai kỳ, sự phát triển của hệ thống hô hấp bắt đầu và những sai lệch trong giai đoạn phát triển này có thể gây ra dị dạng nhu mô phổi. “Quá căng phế nang bẩm sinh”, “thùy phì đại lớn bẩm sinh” và “phì đại thùy bẩm sinh” là những thuật ngữ khác đồng

nghĩa với CLE. Trong bài viết này, chúng tôi đã chọn sử dụng CLE do thuật ngữ này được sử dụng rộng rãi. CLE được định nghĩa là tình trạng siêu căng chướng của một hoặc nhiều thùy phổi do tắc nghẽn một phần phế quản tạo ra tình trạng bẫy khí, gây ra các triệu chứng tạo áp lực lên các cơ quan và vùng phổi lân cận. CLE là một trong những nguyên nhân hiếm gặp nhất gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. Việc cắt bỏ thùy có thể khó khăn vì thùy bị phì đại, căng chướng khó/không thể cô lập (gây xẹp) khi phẫu thuật và không giãn để phẫu thuật cũng vô cùng chật hẹp. Trong suốt hai thập kỷ qua, các lựa chọn điều trị bảo tồn đã tăng lên đối với những bệnh nhân mắc bệnh nhẹ và trung bình.<sup>1-8</sup>

Một phần ba các trường hợp có triệu chứng khi sinh và gần như tất cả chúng được chẩn đoán trong 6 tháng đầu đời. Bệnh xuất hiện có qui luật theo tần xuất giảm dần: Thùy trên trái (32%) > thùy giữa phải (21%) > thùy trên phải (21%) > thùy dưới (2%). Như vậy bệnh chủ xuất hiện ở thùy dưới là vô cùng hiếm gặp. Ca bệnh chúng tôi báo cáo cũng là 1 ca bệnh hiếm tại bệnh viện chúng tôi.<sup>1</sup>

Không có tổn thương mô nào được quan sát thấy về mặt mô học giống như tổn thương được tìm thấy trong SLE. Giải phẫu bệnh lý cho thấy cấu trúc phế nang bình thường và phế nang phát triển quá mức. Phần lớn các trường hợp cho thấy số lượng phế nang hướng tâm bình thường. Tuy nhiên, không có sự trưởng thành đáng kể theo tuổi khi trẻ sinh ra, giải phẫu bệnh cho thấy rằng sự phát triển phế nang trong mô phổi bị ảnh hưởng đã ngừng lại trong thời kỳ hậu sản. Trong một số ít trường hợp thấy tăng sản phế nang thực sự với tăng số lượng phế nang xuyên tâm. Thực thể này được gọi là thùy đa cực.<sup>9,10</sup>

Hơn một nửa số bệnh nhân CLE căn nguyên chưa được biết rõ. Không có sự sụp đổ phế quản, giảm sản hoặc loạn sản có trong một phần tư trường hợp. Cấu trúc sụp không hoàn chỉnh hoặc khiếm khuyết gây ra sự suy yếu của thành phế quản, điều này cho phép xẹp phế quản dẫn đến giữ khí trong quá trình thở ra. Các bệnh về nhu mô là một trong những nguyên nhân hiếm gặp của CLE. Vào những năm 1970, Hislop và Reid đã đề xuất lý thuyết về thùy đa phế nang cho căn nguyên của CLE. Kiểm tra mô bệnh học cho thấy số lượng phế nang ở các thùy bị ảnh hưởng cao gấp 3 đến 5 lần so với các khu vực phổi bình thường khác. Tapper và cộng sự đã chứng minh rằng sáu trong số 16 trường hợp được báo cáo trước đây là CLE được chẩn đoán là có thùy đa phế nang. Các tác giả cũng đưa ra 5 nhóm

nguyên nhân giúp chẩn đoán phân biệt trong quá trình thực hành: (1) Vô căn (50%); (2) Thiếu sụn phế quản, giảm sản hoặc loạn sản (25%); (3) Bệnh nhu mô: Thủy đa phế nang, bệnh tích Protein phế nang; (4) Tắc nghẽn trong lòng phế quản: Hẹp phế quản, viêm phế quản, hít phải phân su, phì đại màng niêm mạc phế quản, dị vật phế quản, polip phế quản; (5) Tắc nghẽn phế quản căn nguyên chèn ép từ bên ngoài: Dị tật động mạch phổi, bất thường quay phổi, u nang phế quản, hạch to cạnh phế quản, u trung thất, thực quản đôi.<sup>1</sup>

Bệnh phế quản là một nguyên nhân khác của CLE. Hẹp phế quản, teo nhỏ, nhuyễn phế quản, giãn phế quản và phế quản bất thường là những nguyên nhân bẩm sinh của các bệnh phế quản dẫn đến CLE.<sup>1</sup>

Chụp X-quang ngực sau là lựa chọn đầu tiên cho quy trình khám ở những bệnh nhân có vấn đề về hô hấp. Có thể nhìn thấy phổi quá phát và phì đại ở bên bị ảnh hưởng. Nếu căng chướng quá mức, thùy bị ảnh hưởng sẽ bị thoát vị sang phía đối diện của khoang ngực. Sự chuyển dịch khí quản và trung thất sang bên đối diện kèm theo thoát vị của thùy. Xẹp phổi và tăng mật độ có thể được nhìn thấy ở các thùy lân cận do kết quả của quá trình đè nén.<sup>1,3,7</sup>

Việc sử dụng nội soi phế quản trong CLE còn nhiều tranh cãi. Việc sử dụng nó ở những bệnh nhân sơ sinh bị suy hô hấp có thể nguy hiểm. Do đó, ở những bệnh nhân lớn tuổi và những bệnh nhân được dự định điều trị bảo tồn, nó có thể được sử dụng để loại bỏ các nút bịt phế quản, để đánh giá các biến thể giải phẫu, hoặc để phát hiện các dị vật.<sup>1,10</sup>

Mặc dù các nghiên cứu về hạt nhân phóng xạ có thể rất khó thực hiện ở bệnh nhi, tuy nhiên chúng có thể được sử dụng để chỉ ra thùy bị ảnh hưởng là không hoạt động và phần phổi bị nén vẫn còn chức năng. Karnak và cộng sự đã sử dụng hình ảnh hạt nhân phóng xạ trong việc lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc sử dụng nó trong lập kế hoạch điều trị trong y văn là rất hiếm do gặp khó khăn trong việc áp dụng.<sup>1</sup>

Điểm đầu tiên cần được xem xét trong điều trị CLE là chẩn đoán phân biệt. Chụp X quang ngực là bước đầu tiên được sử dụng để chẩn đoán suy hô hấp của bệnh nhân, cho thấy hình ảnh siêu căng chướng của thùy bị ảnh hưởng, có thể dễ bị nhầm lẫn với tràn khí màng phổi, giảm sản phổi nhất là khi có xẹp phổi ở bên đối diện. Có bệnh nhân trong y văn được chẩn đoán nhầm với tràn khí màng phổi và được đặt sonde dẫn lưu. Tình trạng này làm cho việc điều trị trở nên

ngghiêm trọng hơn và có khả năng gây tử vong.<sup>4-9</sup>

Trở lại với ca bệnh nhi báo cáo, chúng tôi thấy tất cả đều khá phù hợp với y văn. Giai đoạn sơ sinh của bệnh nhi đã bị bỏ qua có lẽ do ở thể nhẹ. Khi trẻ lớn hơn và nhân cơ hội một đợt nhiễm trùng phổi bệnh đã bộc lộ rõ và quá trình căng chướng do bẫy khí đã diễn ra nhanh chóng dẫn đến tình trạng suy hô hấp của trẻ. Căn nguyên hẹp phế quản đã rõ, ngoài khả năng bất thường của quá trình phát triển bẩm sinh còn phải kể đến khả năng chèn ép từ việc phì đại của ĐM phổi tùy hành làm tăng sự trầm trọng của bệnh. Việc sử dụng SPECT/CT trong việc đánh giá tưới máu phổi phổi hợp với đo CNHH là vô cùng quan trọng trước khi lựa chọn phương án phẫu thuật. Nhờ tham khảo tốt y văn và tham khảo ý kiến các đồng nghiệp từ Mỹ mà bước đầu ca bệnh của chúng tôi đã có những thành công tốt đẹp.

## V. KẾT LUẬN

SLE là căn bệnh hiếm gặp, thể nặng thường được phát hiện sớm ngay trong các tháng đầu đời của trẻ. Các thể nhẹ hơn có thể bị bỏ qua và bệnh được biểu hiện ở trẻ lớn hơn. Chẩn đoán xác định bệnh không khó nhưng chẩn đoán nguyên nhân không hề đơn giản. Có tới trên 1 nửa các trường hợp không tìm được nguyên nhân. Theo dõi và điều trị nội khoa cho những trường hợp nhẹ. Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi căng chướng quá mức vẫn là phương pháp điều trị tiết kiệm được lựa chọn. Chúng tôi báo cáo ca bệnh với mong muốn bổ sung vào thư viện y văn các bệnh phổi hiếm gặp, qua đó giúp các bác sỹ có cách tiếp cận tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Demir OF, Hangul M, Kose M.** Congenital lobar emphysema: diagnosis and treatment options. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019 May 1;14:921-928. doi: 10.2147/COPD.S170581. eCollection 2019. PMID: 31118601
- Fernández A, Martínez SI, Prada G, et al.** Management of congenital lobar overinflation in an adult. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021 Jan;69(1):163-167. doi: 10.1007/s11748-020-01444-w. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32696293
- Hanžič N, Cizmarević U, Zerdin M.** Congenital Lobar Overinflation Presenting with Recurrent Pneumothoraces. *Cureus.* 2019 Oct 3;11(10):e5830. doi: 10.7759/cureus.5830. PMID: 31754565
- Kylat RI. Managing Congenital Lobar Overinflation Associated with Congenital Heart Disease.** *Children (Basel).* 2020 Aug 28; 7(9):113. doi: 10.3390/children7090113. PMID: 32872114

5. **Mukhtar S, Trovela DAV.** Congenital Lobar Emphysema. doi: 10.5455/JPMA.292068.PMID: 31954057
6. **2022 Apr 30. In:** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32809437
7. **AlOmran HI, AlMogarrri I, AlHaider S, et al.** Is surgical intervention routinely required for congenital lobar overinflation? A case series from a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Feb 25;75:103409. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103409. eCollection 2022 Mar. PMID: 35386762
8. **Mehdi SM, Baig U, Huma S.** Congenital Lobar Hyperinflation - A rare anomaly misdiagnosed as bronchiolitis: A case report. *J Pak Med Assoc*. 2020 Jan;70(1):197-199. doi: 10.5455/JPMA.292068.PMID: 31954057
9. **Arnaud D, Varon J, Surani S.** An Unusual Presentation of Congenital Lobar Emphysema. *Case Rep Pulmonol*. 2017;2017:6719617. doi: 10.1155/2017/6719617. Epub 2017 Apr 24. PMID: 28523200
10. **Hermelijn SM, Dragt OV, Bosch JJ, et al.** Congenital lung abnormality quantification by computed tomography: The CLAQ method. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Nov;55(11):3152-3161. doi: 10.1002/ppul.25032. Epub 2020 Aug 26. PMID: 32808750

## SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THUỐC TÊ LIÊN TỤC VỚI PHƯƠNG PHÁP TIÊM NGẮT QUĂNG TỰ ĐỘNG CÁC LIỀU THUỐC TÊ KHI GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN ĐẠ

Trịnh Thị Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Lam<sup>2</sup>,  
Trịnh Duy Hưng<sup>3</sup>, Phạm Thị Thanh Huyền<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả giảm đau của phương pháp truyền thuốc tê liên tục (CIE) so với phương pháp tiêm ngắt quãng tự động các liều (PIEB) thuốc tê khi gây tê ngoài màng để giảm đau trong chuyển dạ. **Đối tượng và phương pháp:** Tiễn cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh ở 100 sản phụ được giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp CEI và PIEB từ tháng 11/2021 đến 05/2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (BVPSHN). Cả 2 nhóm đều sử dụng hỗn hợp thuốc Ropivacain 0,1% và fentanyl 2mg/ml. Nhóm CEI (Nhóm C) dùng bơm tiêm điện truyền liên tục, nhóm PIEB (Nhóm P) tiêm tự động ngắt quãng tự động từng liều nhỏ bằng bơm tiêm điện có chế độ cài đặt sẵn. Đánh giá hiệu quả giảm đau và tỷ lệ bổ sung liều cứu dựa vào điểm VAS tại các thời điểm trước khi tiêm thuốc tê (H<sub>0</sub>), sau khi đạt VAS<4 (H<sub>1</sub>), sau liều bolus đầu tiên 30 phút (H<sub>2</sub>), sau liều bolus đầu tiên 1 tiếng (H<sub>3</sub>), kết thúc giai đoạn I (H<sub>4</sub>), kết thúc giai đoạn II (H<sub>5</sub>), kết thúc giai đoạn III (H<sub>6</sub>) của chuyển dạ. **Kết quả:** điểm VAS của 2 nhóm sau khi gây tê đều giảm hơn so với thời điểm H<sub>0</sub>, sự khác biệt với ý nghĩa thống kê với p<0,01. Ở các thời điểm sau khi tiêm thuốc từ H<sub>1</sub> đến H<sub>4</sub> thì điểm VAS giữa nhóm P với nhóm C ở

cùng một thời điểm thì có thấp hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Lượng thuốc tê Ropivacain trong nghiên cứu ở nhóm P là 32,76 ± 16,22 mg thấp hơn với nhóm C là 40,32 ± 16,62. Lượng thuốc Fentanyl nhóm P là 65,55 ± 32,53 thấp hơn nhóm C là 80,64 ± 33,24 mcg. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê p<0,05. Số sản phụ cần liều cứu của nhóm P với 10% ít hơn nhóm C là 20%. **Kết luận:** Phương pháp tiêm ngắt quãng tự động các liều thuốc tê để giảm đau trong chuyển dạ là một phương pháp giảm đau tốt cho sản phụ, giảm sử dụng lượng hỗn hợp thuốc tê so với phương pháp truyền liên tục và không cần nhiều đến sự can thiệp của nhân viên y tế.

**Từ khóa:** Giảm đau trong chuyển dạ, giảm đau ngoài màng cứng tự động ngắt quãng từng liều nhỏ

### SUMMARY

#### A COMPARISON THE ANALGESIC CONTINUOUS EPIDURAL INFUSION WITH PROGRAMMED INTERMITTENT EPIDURAL BOLUSES IN PRIMIPAROUS LABOUR

**Objectives:** A comparison the analgesic continuous epidural infusion (CEI) with programmed intermittent epidural boluses (PIEB) in primiparous labour. **Subjects and methods:** Prospective, randomized, comparative clinical trial, 100 pregnant women who received analgesia during labor by CEI and PIEB methods from November 2021 to May 2022 at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. BVPSHN). Both groups used a mixture of Ropivacaine 0.1% and fentanyl 2mg/ml. The CEI group (Group C) uses a continuous infusion pump, the PIEB group (Group P) injects automatically intermittently and automatically in small doses with an electric syringe

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện phụ sản Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Hằng

Email: dr.trinhthihang87@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 30.8.2022