

sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa năm 2009-2011”, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

6. **Trương Quang Trung, Lưu Ngọc Hoạ, Bùi Văn Lệnh** (2009), “Thời gian chờ đợi của người bệnh và gia đình của họ trong quy trình khám chữa bệnh tại Khoa Khám - Cấp cứu, Bệnh viện

Đại học Y Hà Nội, tháng 4/2009”, Tạp chí Y học số đặc biệt.

7. **Vũ Minh Thúc** (2010), Thời gian chờ khám của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương từ tháng 11/2009 đến tháng 02/2010, Luận văn tốt nghiệp cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Hoàn^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng¹, Nguyễn Đông Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng:** 57 bệnh nhân được chẩn đoán tràn khí màng phổi được điều trị tại khoa Hô hấp và khoa Ngoại tổng hợp. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $37,47 \pm 18,193$, tỉ lệ nam:nữ xấp xỉ 3,4:1, có 59,5% số bệnh nhân không hút thuốc lá. Tràn khí màng phổi trái chiếm 61,4%; 71,9% bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tiên phát. Thời gian nằm viện trung bình là 9,88 ngày. Phương pháp điều trị phổ biến nhất là dẫn lưu màng phổi tối thiểu đơn thuần (35,1%); 15,8% bệnh nhân được gây dính màng phổi và 8,13% bệnh nhân được nội soi lồng ngực điều trị tránh tái phát.

Từ khóa: Tràn khí màng phổi

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF PNEUMOTHORAX TREATMENT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To survey the clinical and paraclinical characteristics and results of pneumothorax treatment at Hanoi Medical University Hospital. Subjects: 57 patients diagnosed with pneumothorax were treated at the Department of Respiratory Medicine and Department of General Surgery. **Results:** The average age of the study group was 37.47 ± 18.193 , the male:female ratio was approximately 3.4:1, and 59.5% of patients did not smoke. Left pneumothorax accounts for 61.4%; 71.9% of patients with primary spontaneous pneumothorax. The average hospital stay was 9.88 days. The most common treatment was minimal pleural drainage alone (35.1%); 15.8% of patients received pleurodesis and 8.13% of patients received thoracoscopic treatment to avoid recurrence.

Keywords: Pneumothorax

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàn

Email: lehoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi được định nghĩa là sự hiện diện của không khí trong khoang màng phổi. Tràn khí màng phổi có thể phát triển thứ phát sau chấn thương hoặc do biến chứng của thủ thuật. Tuy nhiên, tràn khí màng phổi có thể xảy ra một cách tự nhiên mà không có bất kỳ một chấn thương nào trước đó. Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát xảy ra ở những bệnh nhân mắc bệnh phổi đã biết¹.

Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát chủ yếu xảy ra ở độ tuổi 20-30. Tỷ lệ mắc ở Hoa Kỳ là 7 trên 100.000 nam giới và 1 trên 100.000 nữ giới mỗi năm². Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát gặp nhiều hơn ở bệnh nhân tuổi 60-65. Tỷ lệ mắc lần lượt là 6,3 và 2 trên 100.000 bệnh nhân đối với nam và nữ. COPD có tỷ lệ tràn khí màng phổi 26/100.000 bệnh nhân³. Nguy cơ tràn khí màng phổi tự phát ở người nghiện thuốc lá nặng cao gấp 102 lần so với người không hút thuốc. Nguyên nhân hàng đầu của tràn khí màng phổi do điều trị là chọc bằng kim xuyên thành ngực (thường là để sinh thiết), và nguyên nhân thứ hai là đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm. Tỷ lệ tràn khí màng phổi do điều trị là 5/10.000 ca nhập viện.

Hiện nay, trong thực hành lâm sàng, việc điều trị tràn khí màng phổi được thực hiện bởi nhiều chuyên khoa: Nội Hô hấp, Cấp cứu và hồi sức tích cực và Ngoại Lồng ngực. Hơn nữa, một số nghiên cứu đã xác định mức độ tuân thủ các hướng dẫn hiện hành trong thực hành lâm sàng và nhận thấy sự không đồng nhất đáng kể trong cách tiếp cận và điều trị tràn khí màng phổi. Mặt khác, sở thích của bệnh nhân, quan điểm của bác sĩ và nguồn lực sẵn có của từng bệnh viện có thể quyết định những thay đổi đáng kể trong việc điều trị tràn khí màng phổi. Với những Bệnh viện có thể mạnh về ngoại khoa như Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức sẽ có xu hướng phẫu thuật

nội soi lồng ngực, còn những Bệnh viện có thể mạnh về nội khoa như Bệnh viện Bạch Mai lại có xu hướng can thiệp bằng cách chọc hút hoặc đặt ống dẫn lưu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm có một cái nhìn tổng quát tại một cơ sở điều trị có thể mạnh về cả can thiệp nội và ngoại khoa, với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 57 bệnh nhân tràn khí màng phổi điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T1/2021 đến T12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán tràn khí màng phổi dựa trên lâm sàng và hình ảnh X-quang ngực, được đánh giá tổn thương qua phim chụp Cắt lớp vi tính.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Bộ Y tế⁴:

+ Lâm sàng: Đau ngực: thường đột ngột và ở bên bị tràn khí.
Khó thở, thở nhanh nông khi nghỉ hoặc khi gắng sức.

Ho khan.

Lồng ngực bên tràn khí căng vồng kém di động, gõ vang, rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm. Có thể có dấu hiệu tràn khí dưới da: cổ bạnh, mắt híp, ấn da lạo xạo.

+ X-Quang ngực: Khoảng tăng sáng, mất hình nhu mô phổi (vân phổi) giữa thành ngực và nhu mô phổi, hình đường viền ngăn giữa nhu mô phổi và vùng tràn khí.

Khoang liên sườn giãn rộng.

Trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện trong trường hợp tràn khí màng phổi áp lực dương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 16 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Các biến số nghiên cứu: Một số đặc điểm chung: tuổi, giới, tình trạng hút thuốc.

Kết quả chẩn đoán hình ảnh.

Nguyên nhân tràn khí, phương pháp điều trị và kết quả.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán min, max, trung bình, độ lệch chuẩn, tính tỉ lệ phần trăm. Kiểm định so sánh các giá trị trung bình, sử dụng kiểm định ANOVA.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, giúp người bệnh hiểu biết thêm về bệnh.

Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật.

Đảm bảo tính trung thực, khách quan trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,47 ± 18,193, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 84 tuổi và ít tuổi nhất là 16 tuổi. Tần suất gặp nhiều nhất là 20 tuổi (với 4 bệnh nhân). Nam giới chiếm 77,2%, nữ chiếm tỉ lệ thấp hơn với 22,8%.

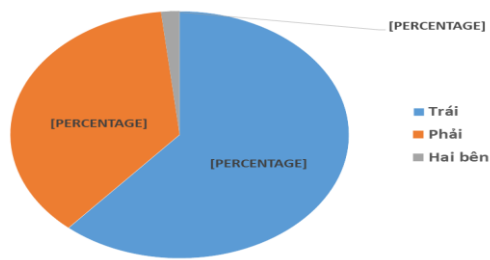
Ghi nhận về tình trạng hút thuốc: 59,5% bệnh nhân không có tiền sử hút thuốc có 15 bệnh nhân còn đang hút thuốc (chiếm tỉ lệ 35,7%), 2 bệnh nhân từng hút thuốc (chiếm tỉ lệ 4,8%).

Các bệnh đồng mắc được mô tả trong biểu đồ 3.1. Bệnh đồng mắc gặp nhiều nhất ở hai nhóm bệnh: GERD chiếm tỉ lệ 7% và COPD chiếm tỉ lệ 8,8%. Trong 57 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 64,9% bệnh nhân không có bệnh đồng mắc. 17,5% bệnh nhân mắc các bệnh đồng mắc khác.



Biểu đồ 3.1. Bệnh đồng mắc ở bệnh nhân tràn khí màng phổi

3.2. Kết quả chẩn đoán hình ảnh



Biểu đồ 3.2. Phân bố vị trí tràn khí

Trong 57 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân tràn khí màng phổi trái chiếm đa số với 61,4%, tràn khí màng phổi phải chiếm tỉ lệ 36,8%, chỉ có 1 bệnh nhân tràn khí màng phổi hai bên (chiếm tỉ lệ 1,8%).

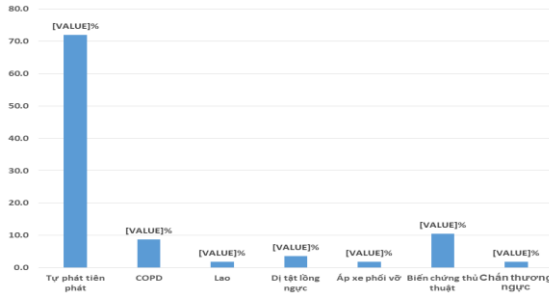
Bảng 3.1. Kết quả cắt lớp vi tính ngực về tổn thương nhu mô phổi

| Tổn thương nhu mô phổi | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|------------------------|--------------|---------|
| Viêm | 6 | 10,5 |
| Kén khí | 16 | 28,1 |

| | | |
|---------------------|----|------|
| Giãn phế nang | 15 | 26,3 |
| Không có tổn thương | 26 | 45,6 |

Phần lớn bệnh nhân tràn khí màng phổi trong nghiên cứu đều không có tổn thương nhu mô phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực (chiếm 45,6%), tổn thương viêm chiếm tỉ lệ nhỏ nhất với chỉ 6 bệnh nhân (10,5%). Số bệnh nhân có kén khí và giãn phế nang chiếm tỉ lệ tương đương nhau.

3.3. Nguyên nhân tràn khí màng phổi



Biểu đồ 3.3. Nguyên nhân tràn khí màng phổi

Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát chiếm đa số với 41 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 71,9%), trong nhóm tràn khí màng phổi tự phát thứ phát, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) vẫn là nguyên nhân thường gặp nhất với 5 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 8,8%), đáng nói là có 6 bệnh nhân tràn khí màng phổi do biến chứng thủ thuật (chiếm tỉ lệ 10,5%), có 1 bệnh nhân tràn khí màng phổi do chấn thương.

3.4. Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện: thời gian nằm viện trung bình là 9,88 ngày. Số ngày nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, số ngày nằm viện dài nhất là 71 ngày. Bệnh nhân nằm viện 71 ngày là trường hợp tràn khí màng phổi do áp xe phổi vỡ, diễn biến nặng có sốc nhiễm khuẩn chuyển nằm điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu.

Phương pháp điều trị: phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào nguyên nhân, mức độ tràn khí và tổn thương phổi kèm theo.

Bảng 3.2. Phương pháp điều trị

| Phương pháp điều trị | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|---|--------------|---------|
| Oxy liệu pháp | 16 | 28,1 |
| Dẫn lưu màng phổi tối thiểu | 20 | 35,1 |
| Dẫn lưu màng phổi + Gây dính khoang màng phổi | 9 | 15,8 |
| Chọc hút khí | 4 | 7,0 |
| Phẫu thuật nội soi | 8 | 14,0 |

Phương pháp điều trị chiếm đa số là dẫn lưu màng phổi tối thiểu với 20 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 35,1%), phương pháp điều trị chiếm tỉ lệ thấp

nhất là chọc hút khí với 4 bệnh nhân, chiếm 7%.

Tỷ lệ điều trị thành công 100% với phương pháp điều trị: Oxy liệu pháp, dẫn lưu màng phổi đồng thời gây dính khoang màng phổi và phẫu thuật nội soi.

Chọc hút khí có 2 bệnh nhân thất bại, chiếm tỉ lệ 50%, trong đó có 1 bệnh nhân cần mở màng phổi tối thiểu, và 1 bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật nội soi.

Bảng 3.3. Thời gian nằm viện trung bình theo các phương pháp điều trị

| Phương pháp điều trị | Số bệnh nhân | Ngày nằm viện trung bình |
|---|--------------|--------------------------|
| Oxy liệu pháp | 16 | 4,88 |
| Dẫn lưu màng phổi tối thiểu | 20 | 14,65 |
| Dẫn lưu màng phổi + Gây dính khoang màng phổi | 9 | 8,89 |
| Chọc hút khí | 4 | 9,5 |
| Phẫu thuật nội soi | 8 | 8,13 |

Sử dụng kiểm định ANOVA, $p = 0,029 < 0,05$, thời gian nằm viện của các phương pháp điều trị là có sự khác biệt. Trong đó, thời gian nằm viện khi dẫn lưu màng phổi tối thiểu là dài nhất, trung bình 14,65 ngày, sở dĩ thời gian nằm viện dài như vậy vì trong 20 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp này thì có 9 bệnh nhân cần can thiệp ngoại khoa (chiếm 45%), khiến thời gian nằm viện dài thêm. Còn thời gian nằm viện đối với những bệnh nhân chỉ cần dùng oxy liệu pháp là ngắn nhất, trung bình 4,88 ngày. Thời gian nằm viện của các bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp chọc hút khí, phẫu thuật nội soi và dẫn lưu màng phổi kèm gây dính là tương tự nhau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về một số đặc điểm chung. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $37,47 \pm 18,193$, cao nhất là 84 tuổi và thấp nhất là 16 tuổi. Nghiên cứu này thực hiện trên tất cả nguyên nhân tràn khí màng phổi, nên phạm vi về tuổi rộng hơn và độ tuổi trung bình cũng cao hơn so với đa số các nghiên cứu đơn thuần thực hiện trên các bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tiên phát thực hiện tại Việt Nam^{5,6}. Tuy nhiên, độ tuổi trung bình của bệnh nhân tràn khí màng phổi vẫn là khá trẻ, vì vậy ít có bệnh lý phổi sẵn có cũng như các bệnh lý khác đi kèm. Thường là những cá thể khỏe mạnh trước đó, điều này càng được khẳng định trong nghiên cứu của chúng tôi khi có đến 64,9% số bệnh nhân không có bệnh đồng mắc đi kèm. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, đa số bệnh nhân là nam giới chiếm 77,2%, kết quả này phù hợp với y văn khi tỉ lệ nam:nữ là 3:1³.

Trong 42 hồ sơ bệnh án ghi nhận về tình trạng hút thuốc, có 17 bệnh nhân có tiền sử hút thuốc. Thuốc lá là một trong những nguyên nhân gây viêm phế quản, phá hủy tiểu phế quản và hình thành nên bóng kén khí, là cơ sở để xảy ra vỡ bóng khí và tràn khí màng phổi sau này⁵.

4.2. Về kết quả chẩn đoán hình ảnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tràn khí màng phổi trái có 35 bệnh nhân (chiếm 61,4%), tràn khí màng phổi phải có 21 bệnh nhân (chiếm 36,8%), có 1 bệnh nhân tràn khí màng phổi hai bên (chiếm 1,8%). Kết quả nghiên cứu của Onuki Takuya và cộng sự cho thấy tràn khí màng phổi bên trái chiếm 48%, bên phải 50,7%, hai bên 1,2%⁷.

Phần lớn bệnh nhân tràn khí màng phổi trong nghiên cứu được chụp phim cắt lớp vi tính ngực đều không thấy tổn thương trong nhu mô phổi (chiếm 45,6%). Số bệnh nhân có kén khí và giãn phế nang chiếm tỉ lệ tương đương nhau, lần lượt là 28,1% và 26,3%. Tổn thương viêm chiếm tỉ lệ nhỏ nhất, chỉ chiếm 10,5%. Điều này cũng dễ hiểu khi tràn khí màng phổi thường ảnh hưởng đến dân số trẻ, với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,47 nên đa số bệnh nhân khi chụp cắt lớp vi tính lồng ngực đều không thấy rõ tổn thương nhu mô phổi trên phim, có thể ở những bệnh nhân này, các bóng kén khí gây ra tình trạng bệnh đã vỡ nên không còn thấy được trên phim hoặc các bóng kén khí quá nhỏ khiến các lát cắt của phim cắt lớp vi tính không cắt qua.

4.3. Nguyên nhân tràn khí màng phổi:

Trong các nguyên nhân tràn khí màng phổi, tràn khí màng phổi tự phát vẫn chiếm tỉ lệ đa số với 71,9%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Aghajanzadeh và cộng sự với tỉ lệ tràn khí màng phổi tự phát tiên phát chiếm 45,8%⁸. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi ít hơn nhiều so với của tác giả, với 253 bệnh nhân. Trong khi tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát, theo định nghĩa thì không thể xác định được bệnh phổi tiềm ẩn hay nguyên nhân gây bệnh được biết đến như trong tràn khí màng phổi tự phát thứ phát. Tuy nhiên, ở 90% bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tiên phát, người ta tìm thấy các tổn thương khí thũng, chẳng hạn như bóng khí hoặc kén khí. Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát thường ảnh hưởng đến người cao tuổi, nhóm có tỉ lệ mắc các bệnh lý phổi tiềm

ẩn cao và thường gặp nhất ở những bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)⁹.

4.4. Kết quả điều trị. Số ngày nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,88 ngày. Kết quả này ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của Onuki Takuya là 11 ngày⁷, và dài hơn so với nghiên cứu của Lê Quốc Việt là 6,91 ngày⁵. Thời gian nằm viện trung bình ghi nhận có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do sự khác nhau về trang thiết bị, phương pháp điều trị ban đầu tại cơ sở điều trị. Do đó, thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là chấp nhận được.

Về phương thức điều trị ban đầu, dẫn lưu màng phổi tối thiểu vẫn chiếm đa số với 35,1% (20 bệnh nhân), kết quả này cũng chiếm ưu thế ở nghiên cứu của Onuki Takuya⁷, điều này cho thấy dẫn lưu màng phổi vẫn là phương pháp điều trị ban đầu phổ biến nhất để điều trị các bệnh nhân tràn khí màng phổi.

Dẫn lưu màng phổi tối thiểu được tiến hành trong trường hợp tràn khí màng phổi số lượng nhiều, trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân cần can thiệp ngoại khoa phẫu thuật nội soi sau khi đặt dẫn lưu, trong đó có 7 bệnh nhân có kén khí trên phim chụp cắt lớp vi tính cần can thiệp tích cực phòng tránh tái phát tràn khí, và có 2 bệnh nhân thất bại điều trị cần can thiệp ngoại khoa (chiếm tỉ lệ 10%). Mặc dù, tràn khí màng phổi có thể xảy ra ở những bệnh nhân không có bệnh lý về phổi được biết đến trước đó, nhưng có rất nhiều bệnh nhân sau khi chụp phim cắt lớp vi tính ngực đã phát hiện ra các bóng khí, kén khí trong nhu mô phổi, chính các bóng kén khí này khi vỡ là nguyên nhân gây ra tràn khí màng phổi.

So sánh về số ngày điều trị, chỉ dùng oxy liệu pháp và nội soi lồng ngực là các phương pháp điều trị ban đầu có liên quan đến việc giảm đáng kể số ngày nằm viện so với dẫn lưu màng phổi có hoặc không có gây dính và chọc hút khí. Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Vương và cộng sự lại cho thấy nội soi lồng ngực và chọc hút khí có số ngày nằm viện ít hơn¹⁰. Tuy nhiên điều này rất khó so sánh do đặc điểm lâm sàng và mức độ tràn khí của từng bệnh nhân trong các nghiên cứu là khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Tràn khí màng phổi là bệnh gặp khá phổ biến với tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, độ tuổi trung bình thường trẻ, với tỉ lệ tràn khí màng phổi tự phát tiên phát chiếm đa số. Tuy nhiên, tùy vào từng trường hợp lâm sàng, mức độ tràn khí, tình

trạng bệnh nhân mà bác sĩ điều trị sẽ đưa ra phương pháp điều trị ban đầu phù hợp nhằm giải quyết tình trạng cấp cứu, giảm thiểu chi phí điều trị cũng như thời gian nằm viện cho từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hallifax R, Janssen JP. Pneumothorax-Time for New Guidelines? *Semin Respir Crit Care Med.* 2019;40(3): 314-322. doi: 10.1055/ s-0039-1693499
- Melton LJ, Hepper NG, Offord KP. Incidence of spontaneous pneumothorax in Olmsted County, Minnesota: 1950 to 1974. *Am Rev Respir Dis.* 1979;120(6):1 379-1382. doi:10.1164/ arrd.1979.120.6.1379
- Gupta D, Hansell A, Nichols T, Duong T, Ayres JG, Strachan D. Epidemiology of pneumothorax in England. *Thorax.* 2000;55(8): 666-671. doi:10.1136/thorax.55.8.666
- Quyết định 4235/QĐ-BYT tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh hô hấp. Accessed March 26, 2023. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-4235-QĐ-BYT-tai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-dieu-tri-benh-ho-hap-281362.aspx>
- Lê Quốc Việt. Điều trị Trần khí màng phổi tự phát nguyên phát lần đầu bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Y Học TP Hồ Chí Minh *Tập 15**. 2011;Phụ bản của_Số 4.
- Lê Việt Anh. Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát: Kết quả điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam Tập 505.* 2021;Số 1.
- Onuki T, Ueda S, Yamaoka M, et al. Primary and Secondary Spontaneous Pneumothorax: Prevalence, Clinical Features, and In-Hospital Mortality. *Can Respir J.* 2017;2017:6014967. doi:10.1155/2017/6014967
- Aghajanzadeh M, Asgary MR, Delshad MSE, Khotbehsora MH. Data on the epidemiology, diagnosis, and treatment of patients with pneumothorax. *Data Brief.* 2018;20:1053-1056. doi:10.1016/j.dib.2018.08.063
- Schnell J, Koryllos A, Lopez-Pastorini A, Lefering R, Stoelben E. Spontaneous Pneumothorax. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(44): 739-744. doi:10.3238/arztebl.2017.0739
- Vuong NL, Elshafay A, Thao LP, et al. Efficacy of treatments in primary spontaneous pneumothorax: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *Respir Med.* 2018;137:1 52-166. doi: 10.1016/ j.rmed.2018.03.009

GIÁN ĐOẠN ĐỘNG MẠCH PHỔI: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Cao Việt Tùng¹, Lê Hồng Quang¹, Nguyễn Minh Đức¹,
Đương Khánh Toàn¹, Ngô Quốc Thái¹, Lê Văn Tuyền¹

TÓM TẮT

Gián đoạn động mạch phổi' (ĐMP) là bệnh lý bất thường mạch máu hiếm gặp đặc trưng bởi tình trạng nhánh động mạch phổi phải và trái không có liên kết nối với nhau từ chạc ba động mạch phổi. Bệnh nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ dẫn tới thiếu sản mạch máu phổi và tăng áp phổi nặng bên phổi được cấp máu bình thường từ động mạch phổi. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo về loạt ca bệnh ở trẻ nhũ nhi và sơ sinh có gián đoạn động mạch phổi mà một trong hai nhánh động mạch phổi hoặc cả hai nhánh động mạch phổi phải và trái được cấp máu từ máu bởi ống động mạch cùng bên. Tất cả các bệnh nhân đều được đặt stent để duy trì ống động mạch và sau đó được phẫu thuật tái thông tuần hoàn động mạch phổi. Hai bệnh nhân phải đối mặt với tình trạng tăng áp phổi, suy tim sung huyết ngay sau khi đặt stent do tình trạng tái tưới máu. Một bệnh nhân có tình trạng tắc hoàn toàn đoạn nối mạch máu phổi sau mổ 2 tháng, cần phải phẫu thuật làm cầu nối chủ - phổi tạm thời để máu vẫn được cấp cho động mạch

phổi bị tắc đó, trước khi có thể sửa chữa hoàn toàn. Gián đoạn động mạch phổi ở trẻ em thường không có triệu chứng điển hình. Phương pháp can thiệp tim mạch đặt stent ống động mạch ở giai đoạn đầu đã chứng minh được sự hiệu quả. Ngoài ra, cần có sự phối hợp giữa can thiệp tim mạch và ngoại khoa trong điều trị bệnh. Bệnh nhân cần được theo dõi cẩn thận, để dự phòng các biến chứng.

Từ khóa: gián đoạn động mạch phổi, đặt stent ống động mạch, teo phổi

SUMMARY

CONGENITAL DISCONTINUOUS PULMONARY ARTERY: CASE SERIES

Congenital discontinuous pulmonary artery (also known as unilateral absence of a pulmonary artery or absence of the proximal pulmonary artery) is a very rare lesion that is defined as complete absence of connection between the right and left pulmonary artery branches originating from the main pulmonary artery. If it is left untreated, this condition can lead to pulmonary artery hypoplasia and severe pulmonary hypertension in the lung where blood flow is supplied by the normally connected pulmonary artery. In this article, we report on a series of cases in newborns and infants with congenital discontinuous pulmonary arteries, where either one or both branches of the pulmonary arteries, both right and left, are supplied by blood from the patent ductus arteriosus in their same

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: minhduc.nhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023