

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TIỀN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Duy Gia^{1,✉}, Vũ Ngọc Tú^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 và so sánh hiệu quả giữa các phương pháp phẫu thuật khác nhau. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật từ tháng 01 đến tháng 12/2024. Có 30 bệnh nhân trong nghiên cứu, 7 nữ, tuổi trung bình $33,9 \pm 5,4$ (dao động 16 – 65). Tổn thương phát hiện kén khí trên phim cắt lớp vi tính là 23/30 (76,7%). Kỹ thuật: cắt kén đơn thuần 14 (46,7%), cắt kén + betadine: 14 (46,7%), cắt kén + talc: 2 (6,6%). Thời gian mổ trung bình 47 phút; thời gian dẫn lưu trung bình 5,44 ngày (dao động 2 – 11). Giải phẫu bệnh: 100% có kén khí hoặc kén vỡ. Theo dõi > 6 tháng: tái phát cùng bên 2 (6,6%), tái phát đối bên 1, đau thần kinh liên sườn 6, không có khó thở/tức ngực. Phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt kén là phương pháp an toàn, hiệu quả để điều trị tràn khí màng phổi.

Từ khóa: Tràn khí màng phổi (TKMP) tiên phát, phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS), gây dính màng phổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi (TKMP) tiên phát là tình trạng xuất hiện khí trong khoang màng phổi mà không có nguyên nhân rõ ràng như chấn thương hay bệnh lý phổi nền.¹ Bệnh thường gặp ở người trẻ, nam giới, thể hình gầy, hút thuốc lá, và có xu hướng tái phát cao sau điều trị bảo tồn. Tỷ lệ mắc TKMP tiên phát được ước tính khoảng 7,4/100.000 ở nam và 1,2/100.000 ở nữ mỗi năm, với nguy cơ tái phát nếu điều trị bảo tồn là 10 - 30%.² Ở người trẻ, yếu tố nguy cơ bao gồm

Phẫu thuật cắt kén khí được chỉ định cho các trường hợp bao gồm tràn máu, tràn khí khoang màng phổi, tràn khí tái phát > 1 lần hoặc tràn khí cả 2 bên, tràn khí mức độ nặng mà dẫn lưu không hiệu quả, rò khí kéo dài, hoặc các bệnh

nhân có nguy cơ tái phát cao hoặc có nguyện vọng dự phòng tái phát.¹ VATS là điều trị tiêu chuẩn vì ít xâm lấn và khả năng đánh giá và xử lý các tổn thương phổi đi kèm. Kỹ thuật phẫu thuật bao gồm cắt kén khí và gây dính khoang màng phổi, tuy nhiên vẫn còn tranh luận về lựa chọn kỹ thuật gây dính màng phổi tối ưu.^{1,3} Khuyến cáo hiện tại của Hội tim mạch và Lồng ngực Pháp (SFCTCV) hay hiệp hội Phẫu thuật lồng Ngực châu Âu (ERS/ESTS) đều khuyến cáo gây dính màng phổi cho các trường hợp tràn khí màng phổi tiên phát tái phát, tràn khí kéo dài, tràn khí màng phổi cả 2 bên hay các bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao hoặc dự phòng tái phát.^{1,4} Các kỹ gây dính thuật phổ biến hiện nay gồm: chà sát cơ học (pleural abrasion), bóc lá thành màng phổi (pleurectomy) hoặc sử dụng hóa chất gây dính (chemical pleurodesis) bằng betadine, bột talc, tetracycline hoặc dung dịch bạc nitrat.^{3,5,6} Tại bệnh viện đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt kén khí bằng dụng cụ cắt nối tự động, cũng như gây

Tác giả liên hệ: Nguyễn Duy Gia

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Duygia.nguyen@gmail.com

Ngày nhận: 24/10/2025

Ngày được chấp nhận: 19/11/2025

dính bằng nhiều phương pháp như chà xát, bóc vỏ màng phổi, sử dụng betadin hoặc bột talc. Đánh giá kết quả phẫu thuật cũng như hiệu quả của các phương pháp gây dính màng phổi để có lựa chọn phù hợp nhất là cần thiết.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tiên phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội” với mục tiêu: Có được cái nhìn ban đầu về kết quả sớm tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán tràn khí màng phổi tiên phát và được chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị và theo dõi sau phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tim mạch và Lồng ngực của bệnh viện và đánh giá lại sau 6 tháng phẫu thuật.

Tổng cộng có 30 bệnh nhân được đưa vào phân tích, bao gồm cả nam và nữ, ở các nhóm tuổi khác nhau. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, phim chụp cắt lớp vi tính ngực (CLVT), biên bản phẫu thuật và hồ sơ theo dõi sau mổ 6 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa mãn đầy đủ các tiêu chí sau:

- Được chẩn đoán tràn khí màng phổi tiên phát, không do chấn thương hay bệnh phổi nền (lao, COPD, u phổi, xơ phổi...).

- Có chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn của Hội Lồng ngực - Mạch máu Việt Nam và Hiệp hội Phẫu thuật Lồng ngực Anh (BTS), bao gồm một trong các tiêu chí sau:

- Tràn khí tái phát cùng bên ≥ 1 lần.

- Tràn khí hai bên hoặc tràn khí kèm bội nhiễm trong kén khí.

- Rò khí kéo dài trên 5 - 7 ngày sau dẫn lưu mà không cải thiện.

- Tràn khí mức độ nhiều, thất bại với điều trị bảo tồn hoặc dẫn lưu.

- Bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao hoặc có yêu cầu dự phòng tái phát (phi công, thợ lặn, vận động viên...).

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ và được theo dõi tối thiểu 6 tháng sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tràn khí màng phổi thứ phát (do lao, COPD, chấn thương ngực, u phổi hoặc sau thủ thuật).

- Bệnh nhân đã từng phẫu thuật trên cùng bên phổi trước đó.

- Bệnh nhân không đủ dữ liệu hoặc không theo dõi được ≥ 6 tháng sau mổ.

- Có chống chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực (rối loạn đông máu, suy hô hấp nặng, dính màng phổi toàn bộ...).

2. Phương pháp

Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu, thu thập và phân tích dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, phim CLVT và kết quả phẫu thuật.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2021 và SPSS 26.0.

Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD).

Các biến định tính được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

So sánh tỷ lệ tái phát giữa nhóm có gây dính và không gây dính sử dụng kiểm định Fisher's Exact test, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024, có 30 bệnh nhân được lựa chọn nghiên cứu. Đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Biến số	Giá trị (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Giới tính nam	23 bệnh nhân	76,7%
Tuổi trung bình	33,9 ± 5,4 (16 - 46 tuổi)	
Tiền sử hút thuốc lá/thuốc lá điện tử	09 bệnh nhân	30%
Tổn thương phổi phải/ trái	9/21 bệnh nhân	
Phát hiện kén khí trên CLVT	23 bệnh nhân	76,7%

Hầu hết các bệnh nhân được phẫu thuật là nam giới trưởng thành, trong đó có 9/30 bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CLVT trước mổ và trên phim CLVT có 23/30 bệnh nhân có phát hiện được kén hình ảnh kén khí cùng bên tràn khí.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định theo quy trình phẫu thuật nội soi cắt và khâu kén khí phổi của Bộ Y tế và hiệp hội Phẫu thuật lồng ngực châu Âu (ERS/ESTS).⁴ Chỉ định phẫu thuật của các nhóm như sau:

Bảng 2. Chỉ định phẫu thuật trong nghiên cứu

Chỉ định phẫu thuật	Số ca (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Tràn khí kéo dài > 7 ngày	19	63,3
Tràn khí tái phát cùng bên	8	26,7
Nhu cầu dự phòng tái phát theo nghề nghiệp	2	6,6
Tràn khí tái phát đối bên trước đó	1	3,3

Hầu hết các bệnh nhân được chỉ định mổ đều trong bệnh cảnh tràn khí kéo dài và tái phát cùng bên. Có 2 bệnh nhân được dự phòng tái phát theo nhu cầu nghề nghiệp của bệnh nhân.

2. Đặc điểm trong và sau mổ

Bảng 3. Các phương pháp phẫu thuật được áp dụng

Kỹ thuật phẫu thuật		Số ca (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Cắt / khâu kén khí đơn thuần		14	46,7
Cắt kén + gây dính	Chà sát cơ học + betadine	14	46,7
	Bột talc	2	6,6

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 bệnh nhân được phẫu thuật cắt kén khí đơn thuần, 16 bệnh nhân được gây dính màng phổi, trong đó có 2 bệnh nhân được gây dính bằng bột talc.

Bảng 4. Đặc điểm trong và sau mổ

Đặc điểm			p
Thời gian mổ	Cắt kén khí đơn thuần (n = 14)	39 ± 8 phút	0,015
	Cắt kén khí + gây dính (n = 16)	51 ± 10 phút	
Thời gian dẫn lưu sau mổ	Cắt kén khí đơn thuần (n = 14)	5,44 ± 1,1 ngày	0,066
	Cắt kén khí + gây dính (n = 16)	4,14 ± 2,42 ngày	

Thời gian mổ trung bình là 47 phút, trong đó, nhóm mổ cắt kén khí đơn thuần có thời gian mổ ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kèm gây dính trong mổ với $p = 0,015 < 0,05$. Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình là 5,44 ngày (2 - 11 ngày). Thời gian lưu dẫn lưu sau mổ có xu hướng ngắn hơn ở nhóm có gây dính,

tuy chưa đạt ý nghĩa thống kê ($3,74 \pm 2,42$ ngày so với $4,44 \pm 1,10$ ngày; $p = 0,066$).

Không có trường hợp bệnh nhân nào có các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng hay rò khí phải mổ lại trong thời gian chu phẫu.

Tất cả 30 bệnh nhân (100%) đều ghi nhận có kén khí hoặc kén khí vỡ trên giải phẫu bệnh.

Bảng 5. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng

Biến số theo dõi	Kết quả (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Tái phát cùng bên	2 bệnh nhân	6,6
Tái phát đối bên	1 bệnh nhân	3,3
Đau thần kinh liên sườn	6 bệnh nhân	20,0
Khó thở/tức ngực sau mổ	0 trường hợp	0

Theo dõi sau mổ, có 6 bệnh nhân có đau thần kinh liên sườn sau mổ trong vòng 3 tháng sau mổ. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, không còn trường hợp nào còn đau thần kinh liên sườn. Không có trường hợp nào khó thở hay tức ngực sau mổ.

Sau mổ, có 2 bệnh nhân tái phát cùng bên. Cả 2 bệnh nhân này đều thuộc nhóm không gây dính màng phổi, chiếm 14,3%. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ tái phát ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,21$.

Bảng 6. So sánh tỷ lệ tái phát giữa hai nhóm phẫu thuật

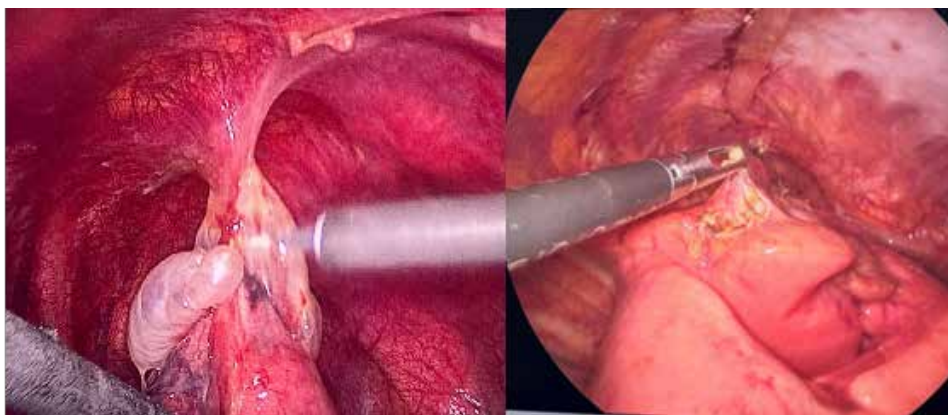
Nhóm điều trị	Số ca tái phát cùng bên	p
Cắt kén đơn thuần (n = 14)	2	0,21
Cắt kén + gây dính (n = 16)	0	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân là nam giới trẻ, phù hợp với mô hình dịch tễ của TKMP tiên phát.² Tỷ lệ hút thuốc lá chỉ chiếm 30%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai là 66% hay thấp hơn rất nhiều nghiên cứu ở nước ngoài như của Munzer tại Syria với tỷ lệ 90%, phản ánh thực tế rằng TKMP tiên phát trong nghiên cứu chúng tôi không chỉ gặp ở người hút thuốc mà còn phổ biến ở nhóm nam thanh niên gầy, không có bệnh phổi nền.^{7,8} Xu hướng này cũng tương đồng với các báo cáo tại châu Á trong đó yếu tố giải phẫu - đặc biệt chênh lệch áp lực vùng đỉnh phổi - được xem là cơ chế hình thành kén khí ngay cả ở người không hút thuốc.²

Tỷ lệ phát hiện kén khí trên CLVT trước mổ tại nghiên cứu là 76,7%, tương đối tương đồng với cả nghiên cứu tại Việt Đức của Nguyễn Đức Thái (60,5%), nghiên cứu tại bệnh viện Nhân dân Gia Định của Hoàng Đình Dương (82,4%) và hay các thống kê tại Pháp.^{1,9,10} Tỷ lệ tái phát tràn khí màng phổi còn cao. Phương pháp điều trị kinh điển là mổ ngực, tuy nhiên, phương pháp này có nhiều hạn chế. Với những ưu điểm, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã trở thành phương pháp chủ yếu. Trong nghiên

cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tái phát. - Đối tượng - Phương pháp: Hồi cứu, mô tả, loạt ca từ 03/2018 đến 03/2021 tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. - Kết quả: Với 51 bệnh nhân được phẫu thuật, nam gấp 4,6 lần nữ, 20 - 39 tuổi, có thói quen hút thuốc lá và chỉ ở nam (67,3% Điều đáng chú ý là giải phẫu bệnh xác nhận 100% bệnh nhân đều có kén khí hoặc kén khí đã vỡ, chứng tỏ phẫu thuật nội soi lồng ngực có thể giúp phẫu thuật viên quan sát trực tiếp, tìm các tổn thương kén khí không thấy trên phim, đồng thời đánh giá chính xác các tổn thương không thấy được trên cắt lớp vi tính nhằm loại trừ tràn khí màng phổi thứ phát. Điều này phù hợp với các khuyến cáo hiện nay, khi chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp TKMP tiên phát không dựa trên đặc điểm hay kích thước kén khí trên phim CLVT, mà thay vào đó dựa trên đặc điểm lâm sàng của tràn khí.^{1,4,11} Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc kiểm tra chắc chắn không còn tràn khí trong mổ và cắt các vị trí nghi ngờ kén khí vỡ trong mổ, đặc biệt là vị trí viêm, thâm nhiễm tại đỉnh phổi khi hình ảnh kén khí không rõ ràng cũng giúp đảm bảo không bỏ sót tổn thương.



Hình 1. Hình ảnh kén khí trong mô: Kén khí chưa vỡ (bên trái) và hình ảnh kén khí đã vỡ (bên phải)

Thời gian mổ trung bình dài hơn có ý nghĩa ở nhóm có gây dính, 51 ± 10 phút so với 39 ± 8 phút, thời gian này kéo dài do cần thao tác chà sát màng phổi hoặc bơm Betadine/talc, thường phải xử lý kỹ vùng dính phổi và các khoang khe liên thùy. Kết quả này ngắn hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức của Nguyễn Đức Thái với thời gian mổ trung bình là $62,5 \pm 18,33$ phút, hay của Hoàng Đình Dương là $73,3 \pm 16,9$ phút, trong đó nhóm được gây dính bằng betadine và bột talc có thời gian mổ trung bình dài hơn khoảng 10 - 15 phút so với nhóm chỉ cắt kén.^{9,10} Tuy nhiên, thời gian lưu dẫn lưu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi lại có xu hướng ngắn hơn ở nhóm có gây dính là $3,74 \pm 2,42$ ngày so với $4,44 \pm 1,10$ ngày, cho thấy gây dính giúp làm dính hai lá màng phổi sớm, đóng đường rò khí nhanh hơn - dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Xu hướng này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu về tác dụng của gây dính màng phổi, cho thấy việc gây dính màng phổi giúp giảm thời gian lưu dẫn lưu sau mổ của bệnh nhân. Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân bị rò khí sau mổ và sau đó phải gây dính thì 2, thời gian nằm viện của 2 bệnh nhân này bị kéo dài là 9 ngày và 11 ngày.

Về tỷ lệ tái phát, hai bệnh nhân tái phát đều thuộc nhóm không gây dính màng phổi, trong khi nhóm có gây dính không ghi nhận trường hợp nào. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Đức Thái hay Hoàng Đình Dương khi các nghiên cứu này theo dõi sớm sau mổ 1 tháng đều không thấy tái phát.^{9,10} Tuy nhiên, khi nghiên cứu theo dõi dài hơn như của Nguyễn Văn Thanh, khi thời gian theo dõi dài hơn 12 tháng, tỷ lệ tái phát cũng tương đương (2 trong số 49 bệnh nhân).⁷ Đặc biệt, cả 2 bệnh nhân trong nghiên cứu của Đặng Văn Thanh đều thuộc nhóm không gây dính màng phổi. Các nghiên cứu về gây dính màng phổi tại Ý cũng cho thấy việc gây dính bằng bột talc giúp

giảm tỷ lệ tràn khí màng phổi tái phát trong vòng 5 năm của nhóm bệnh nhân TKMP tiên phát xuống 5,1% so với nhóm không gây dính màng phổi là 34%. Tỷ lệ thành công của gây dính bằng betadin trong nghiên cứu theo dõi 5 năm tại Ấn Độ cũng là 93,5% cho các trường hợp TKMP tiên phát so với 58,1% ở nhóm không được gây dính màng phổi. Điều này cũng thống nhất với các khuyến cáo quốc tế của BTS (2010), ERS/ESTS (2015, cập nhật 2024) và JATS (2017), khuyến nghị nên gây dính cho các trường hợp TKMP tiên phát tái phát, rò khí kéo dài hoặc bệnh nhân có nguy cơ nghề nghiệp cao.

Tuy vậy, việc có 14 bệnh nhân không được gây dính phản ánh thực tế rằng một số phẫu thuật viên vẫn cân nhắc tránh gây dính ở bệnh nhân trẻ, do lo ngại khả năng gây rối loạn thông khí hạn chế về lâu dài. Một số nghiên cứu như của Lange (1988) theo dõi 25 năm cho thấy tổng dung tích phổi có giảm nhẹ (89% ở nhóm có gây dính so với 96% ở nhóm không gây dính).¹² Ngược lại, các nghiên cứu của Cardillo và Györik cho thấy gây dính màng phổi không gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng hô hấp lâu dài.^{13,14} Chính sự không đồng thuận này giải thích quyết định không gây dính trong một số trường hợp ở nghiên cứu của chúng tôi. Bởi vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, với các trường hợp bệnh nhân trẻ, thể trạng gầy, chúng tôi lựa chọn không gây dính màng phổi. Tuy nhiên, sau khi đánh giá các trường hợp tràn khí màng phổi tái phát, chúng tôi đã quyết định gây dính màng phổi hệ thống cho các bệnh nhân.

Lựa chọn phương pháp gây dính của chúng tôi cũng phụ thuộc vào các trường hợp cá thể hóa. Với các trường hợp bệnh nhân có kén khí rõ, trẻ tuổi hay các trường hợp nghi ngờ các bệnh lý có khả năng thứ phát hay là ứng viên ghép phổi hay nguy cơ phẫu thuật lại về sau như xơ nang phổi, bệnh mô kẽ phổi, LAM... ngay ban đầu, chúng tôi lựa chọn chỉ cắt kén khí đơn thuần. Với các trường hợp kén khí không

rõ ràng, hay có nhiều vị trí kén khí nhỏ rải rác, chúng tôi sẽ lựa chọn gây dính. Đặc biệt, về sau, chúng tôi dùng betadin gây dính hệ thống

cho các bệnh nhân và sau khi có sản phẩm bột talc, chúng tôi gây dính bằng bột talc cho các trường hợp khẳng định là TKMP tiên phát.



Hình 2. Gây dính màng phổi bằng phun bột talc

Một hạn chế quan trọng của nghiên cứu là không tiến hành đo chức năng hô hấp (PFT) sau mổ, mà đánh giá tái phát chủ yếu dựa trên X-quang ngực, do đó chưa thể xác định được liệu gây dính có gây ảnh hưởng đến thông khí hạn chế hay không. Các nghiên cứu tiếp theo cần bổ sung PFT trước và sau mổ để đánh giá toàn diện hiệu quả phẫu thuật, đặc biệt ở nhóm được gây dính.

Đau sau mổ cũng là một biến chứng phổ biến, gặp trên 6 bệnh nhân, chiếm 20% trong vòng 3 tháng sau mổ. Tuy nhiên tất cả đều hồi phục hoàn toàn tại thời điểm tái khám sau 6 tháng, không còn cảm giác đau hoặc dị cảm vùng ngực. Tỷ lệ này tương đối tương đồng với báo cáo của Takahiro tại Nhật Bản (khoảng 5% trong 3 tháng đầu sau VATS), và cũng nằm trong khoảng an toàn chấp nhận được theo khuyến cáo của ERS/ESTS.^{4,15} Cơ chế được giả định chủ yếu là do chèn ép thần kinh liên sườn tại vị trí trocar và không liên quan đến mức độ cắt kén hay gây dính màng phổi, điều này cũng được một số nghiên cứu trên VATS khẳng định rằng đau thần kinh sau mổ không phụ thuộc vào việc có thực hiện gây dính hay không, mà liên quan nhiều hơn đến vị trí và số

lượng trocar sử dụng (thường từ 2 - 3 trocar với VATS truyền thống). Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm nghiên cứu hiện tại, khi cả 6 trường hợp đau đều chỉ xuất hiện thoáng qua giai đoạn sớm và không tiến triển thành đau mạn tính, cho thấy kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn (VATS) vẫn đảm bảo tính an toàn về lâu dài đối với cảm giác thần kinh thành ngực.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị TKMP tiên phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy hiệu quả và an toàn, với thời gian mổ và lưu dẫn lưu trung bình ngắn (tương ứng là 47 phút và 5,44 ngày), không ghi nhận biến chứng lâu dài. Gây dính màng phổi đi kèm cắt kén khí làm tăng thời gian mổ nhưng có xu hướng giúp rút ngắn thời gian dẫn lưu và đặc biệt làm giảm tỷ lệ tái phát so với nhóm không gây dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jouneau S, Ricard JD, Seguin-Givelet A, et al. SPLF/SMFU/SRLF/SFAR/SFCTCV Guidelines for the management of patients with primary spontaneous pneumothorax. *Ann Intensive Care*. 2023; 13(1): 88. doi:10.1186/s13613-023-01181-2.

2. Noppen M. Spontaneous pneumothorax: epidemiology, pathophysiology and cause. *Eur Respir Rev.* 2010; 19(117): 217-219. doi:10.1183/09059180.00005310.

3. Ali M, Sharma S, Surani S. Pleurodesis. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed October 14, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560685/>.

4. Walker S, Hallifax R, Ricciardi S, et al. Joint ERS/EACTS/ESTS clinical practice guidelines on adults with spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J.* 2024; 63(5). doi:10.1183/13993003.00797-2023.

5. Castaldo N, Fantin A, Palou-schwartzbaum M, et al. Exploring the efficacy and advancements of medical pleurodesis: a comprehensive review of current research. *Breathe.* 2024; 20(2). doi:10.1183/20734735.0002-2024.

6. Agarwal R, Khan A, Aggarwal AN, Gupta D. Efficacy & safety of iodopovidone pleurodesis: a systematic review & meta-analysis. *Indian J Med Res.* 2012; 135(3): 297-304.

7. Van TN, Danh PP, Duc TLT, et al. Midterm results of endoscopic treatment of spontaneous primary pneumothorax at Dong Nai General Hospital. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam.* 2023; 41: 72-81. doi:10.47972/vjcts.v41i.869.

8. Munzer M, Martini N, Albitar MM, Channiss L, Martini M, Al bardan H. Prevalence of Smoking Among Spontaneous Pneumothorax Patients and Its Impact on Treatment in Syria Country: A Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep.* 2025; 8(4): e70743. doi:10.1002/hsr2.70743.

9. Nguyễn Đức Thái, Phạm Hữu Lữ, Trần Bình Giang. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị

tràn khí màng phổi tự phát tiên phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 504(1). doi:10.51298/vmj.v504i1.879.

10. Hoàng Đình Dương, Huỳnh Quang Khánh, Trần Như Hưng Việt. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tái phát. *Tạp chí Dược học Phạm Ngọc Thạch,* 2022; 1(2):160-160.

11. MacDuff A, Arnold A, Harvey J, BTS Pleural Disease Guideline Group. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. *Thorax.* 2010; 65 Suppl 2:ii18-31. doi:10.1136/thx.2010.136986.

12. Lange P, Mortensen J, Groth S. Lung function 22-35 years after treatment of idiopathic spontaneous pneumothorax with talc poudrage or simple drainage. *Thorax.* 1988; 43(7): 559-561. doi:10.1136/thx.43.7.559.

13. Cardillo G, Carleo F, Carbone L, et al. Long-term lung function following videothoroscopic talc poudrage for primary spontaneous recurrent pneumothorax. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007; 31(5): 802-805. doi:10.1016/j.ejcts.2007.01.040.

14. Györik S, Erni S, Studler U, Hodek-Wuerz R, Tamm M, Chhajed PN. Long-term follow-up of thoracoscopic talc pleurodesis for primary spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J.* 2007; 29(4): 757-760. doi:10.1183/09031936.00122106.

15. Homma T, Doki Y, Yamamoto Y, et al. Risk factors of neuropathic pain after thoracic surgery. *J Thorac Dis.* 2018; 10(5): 2898-2907. doi:10.21037/jtd.2018.05.25.

Summary

OVERVIEW OF EARLY OUTCOMES OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The purpose of this result is to evaluate the outcomes of video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) for the treatment of primary spontaneous pneumothorax at Hanoi Medical University Hospital in 2024 and to compare the effectiveness of different surgical techniques. This was a retrospective descriptive study of 30 patients who underwent surgery between January and December 2024. A total of 30 patients were included, of whom 7 were female, with a mean age of 33.9 ± 5.4 years (range 16 - 65). Chest CT scan detected pulmonary bullae in 23/30 patients (76.7%). Surgical techniques consisted of simple bullectomy in 14 patients (46.7%), bullectomy combined with pleural abrasion and betadine pleurodesis in 14 patients (46.7%), and bullectomy with talc pleurodesis in 2 patients (6.6%). The mean operative time was 47 minutes, and the mean postoperative chest tube duration was 5.44 days (range 2 - 11). Histopathology confirmed bullae or ruptured bullae in 100% of cases. At > 6-month follow-up, ipsilateral recurrence occurred in 2 patients (6.6%), contralateral pneumothorax in 1 patient, intercostal neuralgia in 6 patients, and no cases of dyspnea or chest discomfort were reported. VATS bullectomy is a safe and effective surgical approach for the management of primary spontaneous pneumothorax.

Keywords: Primary spontaneous pneumothorax, video-assisted thoracoscopic surgery (VATS), pleurodesis.