NHÂN 4 TRƯỜNG HỢP ĐẶT 2 ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI KẾT HỢP HÚT KHÍ ĐỂ ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ DƯỚI DA TRẦM TRỌNG

Phan Thanh Dũng, Phan Thanh Viên, Đoàn Văn Bé Sáu
Khoa Lao, Bệnh viện An giang

TÓM TẮT

Tràn khí dưới da trầm trọng (TKDDTT) là biến chứng nặng nề của đặt ống dẫn lưu màng phổi(ODLMP).Biến chứng này rất thấp nhưng vấn đề điều trị phức tạp.Trong 12 tháng (9/2012 đến 9/2013), có 4 trường hợp TKDDTT xảy ra sau khi đặt ODLMP. Chúng tôi áp dụng một phương pháp điều trị mới cho những trường này bằng cách đặt thêm 01 ODLMP thứ hai, kết hợp hút khí để điều trị TKDDTT. Tất cả 4 trường hợp TKDDTT đã được điều trị thành công bằng phương pháp mới này.Thời gian rút ODLMP thứ 2 trung bình là 5-7 ngày. Phương pháp điều trị mới này an toàn, dễ thực hiện và hiệu quả, nhanh chóng làm giảm triệu chứng trong điều trị TKDDTT.

SUMMARY

Severe subcutaneous emphysema is a massive complication of chest tube drainage. This complication rarely occurs but its treatment is complicated. During 12 months (from 9/2012 to 9/2013), there was 4 cases of severe subcutaneous emphysema after inserting chest tube drainage. We described a new procedure for the treatment of these patients by using of two tubes inserted into pleural space combined with suction. All 4 cases of severe subcutaneous emphysema were treated successfully by this new procedure. The average duration of treatment was from 5 to 7 days. This new procedure is safe, easy, and quickly effective to reduce symptoms in the treatment of severe subcutaneous emphysema.

MỞ ĐẦU

Tràn khí dưới da (TKDD) là tình trạng thoát khí vào các mô dưới da, biến chứng có thể xảy ra sau chấn thương ngực làm gãy cung sườn, phẫu thuật lòng ngực, đặt nội khí quản hồi sức, thở máy thông khí áp lực dương, trong lúc đặt ống dẫn lưu màng phổi**,** hoặc sau khi rút ống dẫn lưu màng phổi, chọc hút khí màng phổi[1,,3,5,7,)]… Đôi khi TKDD còn là hậu quả sinh bệnh lý của những bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen suyễn, viên phổi mô kẽ, bệnh phổi nghề nghiệp…[(2,3,)].

Tràn khí dưới da thường gây những biểu hiện khó chịu cho bệnh nhân như biến dạng sưng phồng vùng ngực, cổ, mặt, cánh tay, bụng… làm bệnh nhân cảm giác đau thắt ngực, khó thở tăng dần, toan hô hấp cấp nặng và có thể đưa đến tử vong… Điều trị TKDD đặt vấn đề phải giải quyết, tùy thuộc vào mức độ TKDD tác động lên cơ thể người bệnh từ nhẹ đến

nặng.Trong đó, điều trị TKDDTT là một xử trí cấp cứu vì đe dọa trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân.Hiện nay, điều trị TKDDTT chưa có một phương pháp điều trị thống nhất. Có tác giả điều trị bằng cách rạch da vùng ngực thoát khí dùng một ống dẫn lưu lớn đặt vào dưới da hoặc đặt ống thông động mạch có cửa sổ bên cạnh (fanestrated angiocatheter)[3,8] vào dưới da thành ngực mỗi bên để dẫn lưu khí. Qua thực tế trên lâm sàng, chúng tôi đưa ra một phương pháp điều trí mới bằng cách đặt 2 ống thông DLMP vào trong khoang màng phổi kết hợp hút khí để điều trị những trường hợp TKDDTT nhằm nhanh chóng cải thiện triệu chứng đe dọa tính mạng bệnh nhân gây ra do TKDDTT.

Chúng tôi trình bày 4 trường hợp TKDDTT đã điều trị tại khoa lao Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tân An Giang. Cả 4 trường hợp được điều trị bằng đặt 2 ống DLMP với kết cục tốt.

KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

Chúng tôi chọn vị trí khoảng liên sườn 4,5,6 đường nách trước, giữa ***để đặt ODLMP thứ 02 cũng giống như trường hợp đặt ODLMP thứ 01.*** Sau đó, tiến hành các bước phẫu thuật đặt ống thông dẫn lưu.Qua đường rạch da 5 mm, dùng kiềm kelly tách các lớp mô dưới da rồi đưa ống thông dẫn lưu vào khoang màng phổi. Nối ống thông dẫn lưu với hệ thống bình dẫn lưu khí thông qua một ống nối trung gian. Tiếp theo là nối hệ thống bình dẫn lưu kín với máy hút khí (có thể điều chỉnh áp suất hút khí từ thấp đến cao từ -10 đến -20 cm H_2O, sao cho bệnh nhân cảm thấy dễ chịu. Theo dõi sát tình trạng lâm sàng bệnh nhân, chụp X-quang phổi, đo khí máu động mạch kiểm tra, và hệ thống lưu khí dưới da trong suốt quá trình điều trị.

Báo cáo ca bệnh 1

BN nam 77 tuổi, quê quán ở huyện Phú tân An giang có tiền căn khí phế thủng, hút thuốc lá với triệu chứng khó thở, đau ngực phải nhiều phải nhập vào khoa lao BVĐTT AG. Cách 01 tháng có phẫu thuật lấy bỏ túi khí thùy trên phải ở bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Kết quả đếm tế bào máu toàn bộ bình thường, X quang tim-phổi thẳng có hình ảnh tràn khí màng phổi phải lượng nhiều. Bệnh nhân được chỉ định đặt dẫn lưu khí màng phổi qua da. Ngay sau khi 15 phút đặt ống dẫn lưu, bệnh nhân có biểu hiện TKDD tăng dần với các triệu chứng:Cảm giác khó chịu, hoảng hốt, lo lắng nhiều, khó thở dữ dội, nhịp thở nhanh nông, trên 30 lần/ phút, co kéo cơ hô hấp phụ nhiều, tím tái, đau tức vùng ngực tăng dần, sưng căng phồng, biến dạng vùng ngực, lưng, cổ, mặt, cánh tay, cẳng tay, bàn tay, vùng bụng…Khám: có dấu hiệu " tiếng muối ran" dưới da, và nổi rõ các tĩnh mạch nông dưới da.***Trong lúc nầy, chúng tôi quyết định làm giảm áp suất căng phồng bằng cách đặt ODLMP thứ 02 cũng giống như trường hợp đặt ODLMP thứ 01 và kết hợp hút máy***. Ngay sau đó bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, sau 3 giờ ngưng hút máy, qua 5 ngày rút 1 ống dẫn lưu, đến ngày thứ 10 rút ống dẫn lưu còn lại và cho bệnh nhân xuất viện.

Báo cáo ca bệnh 2

Tháng 4 năm 2013, BN nam 70 tuổi, thường trú Long Xuyên nhập viện vào khoa lao với suy hô hấp cấp. Bệnh sử khó thở, khạc đàm trên 2 tuần. Tiền sử lao phổi có điều trị, hút thuốc lá khoảng 40 gói năm, đã được chẩn đoán viêm phổi tắc nghẽn mạn tính(COPD). Cách đây 5 năm có mổ tràn khí màng phổi trái 2 đợt. Khám lâm sàng với nhiệt độ cơ thể 38.5 độ C, mạch 100 nhịp/phút, nhịp thở 36 lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, gõ vang phổi trái, X quang phổi có hình ảnh tràn khí màng phổi trái diện rộng. Bệnh nhân được chỉ định đặt dẫn lưu khí màng phổi qua da. Trong khi đang đặt ODDMP, bệnh nhân bị kích thích ho nhiều tạo nên TKDD và tăng dần làm bệnh nhân khó thở dữ dội. Chúng tôi đặt máy hút khí hỗ trợ nhưng không giảm được áp suất căng phồng, biến dạng vùng ngực.***Sau 1 giờ, chúng tôi quyết định làm giảm áp suất căng phồng bằng cách đặt ODLMP thứ 02 cũng giống như trường hợp đặt ODLMP thứ 01 và kết hợp hút máy*** . Ngay sau đó bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, sau 3 giờ ngưng hút máy, qua 5 ngày rút 1 ống dẫn lưu, đến ngày thứ 6 thân nhân bệnh nhân tự xin chuyển tuyến trên.

Báo cáo ca bệnh 3

Tháng 6 năm 2013, BN nam 60 tuổi, quê quán Châuphú An giang nhập viện vào khoa lao với mệt, khó thở và đau lói ngực trái. Tiền sử tiểu đường týp 2, lao màng phổi có điều trị một đợt, hút thuốc lá khoảng 40 gói năm. Khám lâm sàng gõ vang vùng trên, gõ đục vùng thấp

phổi trái, X quang phổi có hình ảnh mực nước hơi tràn khí, tràn dịch màng phổi trái. Bệnh nhân được chỉ định đặt dẫn lưu khí và dịch màng phổi qua da. Sau khi đang đặt ODDMP được 4 ngày, bệnh nhân bị TKDD và tăng dần làm bệnh nhân khó thở dữ dội, ***chúng tôi quyết định làm giảm áp suất căng phồng bằng cách đặt ODLMP thứ 02 cũng giống như trường hợp đặt ODLMP thứ 01 và kết hợp hút máy.*** Ngay sau đó bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, sau 2 giờ ngưng hút máy, qua 7 ngày rút 1 ống dẫn lưu, đến ngày thứ 16 ống dẫn lưu màng còn lại phổi ngưng hoạt động, cho rút ống và xuất viện.

Báo cáo ca bệnh 4

Bệnh nhân nam, 76 tuổi, nhập viện tháng 6 năm 2013, quê quán Phú tân An giang nhập khoa khoa lao với chẩn đoán tràn khí màng phổi khu trú đáy phổi trái. Tiền sử có điều trị 2 đợt, hút thuốc lá khoảng 40 gói năm và được quản lý điều trị bệnh COPDtrên 5 năm. X quang tim-phổi thẳng có hình ảnh nhiều túi khí thuỳ trên và giữa, tăng sáng khu vực vùng đáy ở phổi trái. Bệnh nhân được chỉ định đặt dẫn lưu khí màng phổi qua da. Sau khi đang đặt ODDMP được 12 giờ, bệnh nhân bị TKDD và tăng dần làm bệnh nhân khó thở dữ dội, ***chúng tôi quyết định làm giảm áp suất căng phồng bằng cách đặt ODLMP thứ 02 cũng giống như trường hợp đặt ODLMP thứ 01 và kết hợp hút máy.***Ngay sau đó bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, sau 5 giờ ngưng hút máy, qua 7 ngày rút 1 ống dẫn lưu, đến ngày thứ 18 ống dẫn lưu màng còn lại còn hoạt động. Chúng tôi quyết định rút ống dẫn lưu và đặt lại vị trí khác, đến ngày 30 có chỉ định cho rút ống và xuất viện.

Bảng 1. Dữ liệu đặc điểm nhân khẩu, điều trị và kết cục

BN	Tuổi/giới	Tiền sử	T/g xuất hiện TKDD	T/g rút 01 ODLMP	Kết cục
1	77/N	Hút thuốc, COPD	15 phút	5 ngày	Tốt
2	70/N	Lao, hút thuốc, COPD	1 giờ	5 ngày	Tốt
3	60/N	Lao, tiểu đường, hút thuốc	4 ngày	7 ngày	Tốt
4	76/N	Lao, hút thuốc, COPD	12 giờ	7 ngày	Tốt

BÀN LUẬN

Từ 9/2012 đến 9/2013, có 04 trường hợp TKDDTT xảy ra sau khi đặt ODLMP, trong tổng số 82 trường hợp tràn khí màng phổi nhập viện (chiếm tỷlệ 3,1%). Tất cả 04 trường hợp TKDDTT có dấu hiệu đe dọa tính mạng bệnh nhân qua biểu hiện toan hô hấp cấp nặng, ***chúng tôi quyết định làm giảm áp suất căng phồng bằng cách đặt ODLMP thứ 02 cũng giống như trường hợp đặt ODLMP thứ 01 và kết hợp hút máy,*** kết cục tất cả đều thành

công bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn ngay sau khi đặt ống. Trong 04 trường hợp trên, bệnh lý phổi chủ yếu là lao phổi cũ, bệnh phổi tắc nghẹn mạn tính và có thói quen hút thuốc lá trên 40 gói năm. So sánh với các tác giả khác, chẳng hạn, theo Jones P.M.*et al*[2], hồi cứu trong khoảng thời gian 12 tháng phát hiện phát hiện có 25/134 bệnh nhân đã được đặt ống dẫn lưu màng phổi có biểu hiện tràn khí dưới da nhưng không có trường hợp nào có biểu hiện TKDDTT. Theo Alfredo Cesario *et al*[8], nghiên cứu từ 1/1990-9/2002, có 20 trường hợp (1,3%) TKDDTT trong số 1561 bệnh nhân sau phẫu thuật lồng ngực. Theo Francesco Leo et al[5], nghiên cứu từ 1/1998-9/2001, có 11 trường hợp (1,1%) TKDDTT trong số 1008 bệnh nhân sau phẫu thuật lồng ngực. Ngoài ra, còn có nhiều tác giả khác báo cáo từng ca riêng lẻ[7,8,9].

Phương pháp điều trị TKDDTT của chúng tôi là đặt 2 ống thông DLKMP trên cùng một bên phổi và dưới da kết hợp hút khí. Trong 04 trường hợp TKDDTT, chúng tôi thực hiện thao tác đặt ống thông DLMP thứ 02 là đơn giản, chúng tôi chỉ cần gây tê chuẩn bị đặt, rồi tiến hành thủ thuật như đã mô tả ở trên. Và có 01 trường hợp chúng tôi phải chọn vị trí khác để đặt lại ống DLMP thứ 02 cách vị trí ODLMP thứ 01 hướng lên trên 04 khoảng liên sườn do vi trí cũ quá gần cơ hoành. Mục đích điều trị theo phương pháp của chúng tôi cũng giống như những tác giả khác là nhanh chóng giải thoát tràn khí dưới da nhằm cải thiện triệu chứng nguy hiểm nhưng cách thức thực hiện điều trị thì khác. Trong y văn, có nhiều phương pháp điều trị TKDDTT khác nhau tùy theo kinh nghiệm của từng tác giả. Theo Beck et al[3], dùng 2 ống thông động mạch cỡ 14 (14-gauge angiocatheter), đã được tạo những cửa sổ bên cạnh ống thông, đâm xuyên qua da một góc 45^0 tại vị trí giao điểm của khoảng gian sườn hai và đường trung đòn vào khoảng trống giữa các lớp mô dưới da, mỗi ống thông được đưa vào mỗi bên của thành ngực. Theo Terada Y *et al*[4] và Kelly MC *et al*[7], dùng một ống dẫn lưu dạng trocar đặt vào dưới da. Một phương pháp dẫn lưu khác theo Alfredo Cesario *et al*[3], dùng một ống dẫn lưu cao sư mềm dạng penrose đưa qua một đường rạch da nhỏ 5 mm tại vùng da trên xương đòn mỗi bên. Theo Ngô Thanh Bình[1] , dùng ống thông dây oxy hoặc ống thông dạ dày đặt dưới da và hút máy liên tục. Theo tác giả khác thì không dùng ống thông đặt dưới da mà dùng phương pháp rạch da để dẫn lưu khí, như tác giả Herlan DB et al[9], rạch da dài 3 cm ngay dưới xương đòn ở mỗi bên và sâu xuống đến cơ ngực để thoát khí.

Kết quả, cả 04 trường hợp TKDDTT được điều trị thành công ngay sau khi đặt ODLMP kết hợp với rút khí, bệnh nhân nhanh chóng giảm triệu chứng và cảm thấy dễ chịu ngay, thở dễ hơn. Khi kết thúc điều trị bệnh nhân hết đau ngực, hết căng phồng vùng ngực, cổ, mặt…khám dấu hiệu tràn khí dưới da giảm nhiều và không còn ảnh hưởng đến tổng trạng bệnh nhân, X-quang phổi kiểm tra cho thấy tràn khí dưới da hết hoặc giảm rất nhiều. So với

kết quả nghiên cứu của Francesco Leo *et al*[8], dùng ống thông động mạch có tạo cửa sổ bên cạnh để điều trị tràn khí dưới da trầm trọng, tỷ lệ thành công là 3/11 trường hợp (81,8%). Theo Alfredo Cesario *et al*[4], rạch da thoát khí điều trị, tỷ lệ thành công là 13/13 trường hợp (100%). Trong 04 trường hợp tràn khí dưới da trầm trọng của chúng tôi được điều trị đặt 2 ODLMP và kết hợp hút khí có tỷ lệ thành công 100% sau 5- 7 ngày. Về thời gian rút ODLMP thứ 2, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác đã thực hiện dẫn lưu khí dưới da[3,4,5].

KẾT LUẬN

Bước đầu nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị mới bằng cách đặt 2 ODLMP kết hợp hút khí trong điều trị TKDDTT là thành công. Phương pháp điều trị mới này tương đối an toàn, dễ thực hiện và hiệu quả, nhanh chóng làm giảm các triệu chứng giúp bệnh nhân vượt qua giai đoạn nguy hiểm đe dọa tính mạng do TKDDTT gây nên. Tuy còn nhiều vấn đề cần làm sáng tỏa thêm nhưng chúng tôi hy vọng phương pháp này sẽ được phổ biến và áp dụng rộng rãi trong điều trị những trường hợp TKDDTT. Nghiên cứu này còn là cơ sở cho những nghiên cứu tiếp theo về các vấn đề điều trị cấp cứu những trường hợp TKDDTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. NgoThanhBinh, PhamLong Trung. "Insertion of a subcutaneous catheter combined with continuous suction in the treatment of severe subcutaneous emphysema.6ReportedCases''*YHocTP. Ho Chi Minh *Vol.9* Supplement of No1*2005:224–231
2. JonePM., HewerRD., et al, Subcutaneous emphysema associated with chest tube drainage,Chest 2003; 123,2161-2162
3. Beck PL, Heitman SJ, Mody CH, Simple construction of a subcutaneous catheter for treatment of severesubcutaneousemphysema.Chest2002;121,647-649.
4. Signs and Symptoms of Subcutaneous Emphysema, Respirology2001;6,2:87.
5. SherifHM, Ott DA,The use of subcutaneous drains to manages subcutaneous emphysema,Anaesthesia 1995;50, 1074-1077
6. TeradaY,MastunobeS, NemotoT, et al,Palliationof severe subcutaneous emphysema with use ofa trocar-typechest tube as subcutaneous drain. Chest1993;103,323.
7. Kelly MC, McGuiganJA, Allen RW, Relief of tension subcutaneous emphysema using a large subcutaneous drain.Anaesthesia1995;50,1077
8. Leo F, Soll P, Veronesi G, et al,Efficacy ofmicrodrainage in severe subcutaneousemphysema Chest 2002;122,1498-1499.
9. Herlan DB, Landreneau RJ, Ferson PF, Massive spontaneous subcutaneous emphysema: acute management within fraclavicular "blow holes". Chest1992;102, 503-505.