

NHẬN XÉT KẾT QUẢ GÂY DÍNH MÀNG PHỔI QUA ỐNG DẪN LƯU TRONG ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TÁI PHÁT TẠI KHOA LAO BỆNH VIỆN AN GIANG

Trần Quốc Kiệt, Phan Thanh Dũng

Khoa Lao, Bệnh viện An Giang

TÓM TẮT

Gây dính màng phổi là một trong những phương pháp tốt kiểm soát tràn khí màng phổi. Hiện nay, Iodopovidone (IP) được sử dụng để làm gây dính màng phổi, giá thành rẻ và dễ thực hiện. Mục đích nghiên cứu đánh giá hiệu quả và các tai biến thường gặp của gây dính màng phổi bằng Iodopovidone bơm qua ống dẫn lưu màng phổi trong điều trị tràn khí màng phổi (TKMP) tái phát. Kết quả cho thấy với 22 bệnh nhân (BN), tỉ lệ giới nam nhiều hơn giới nữ, thời gian nằm viện trung bình là $7,6 \pm 4,6$ ngày. Thấp nhất 4 ngày, nhiều nhất là 18 ngày. Tỉ lệ thành công sau khi bơm IP vào khoang màng phổi lần 1 là 81% (18 BN) và lần 2 là 100%, không có BN nào bơm lần thứ 3 lần thứ 4. Tai biến liên quan đến IP có 12 BN biểu hiện sốt (54%), 3 bệnh nhân đau ngực (13%). Không có BN nào bị suy hô hấp, hạ huyết áp hoặc dị ứng với thuốc.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF PLEURODESIS IN PATIENTS WITH RECURRENT PNEUMOTHORAX TREATED AT TUBERCULOSIS WARD OF AN GIANG HOSPITAL

Pleurodesis is one of the best methods of controlling pneumothorax (SP). Iodopovidone (IP) which is cheap and easily available was used for pleurodesis. The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of IP pleurodesis in SP. Results of the 22 pneumothorax patients, The proportion of men is greater than women. The average treatment duration is $7,6 \pm 4,6$ days with minimal of 4 days and maximal of 18 days. The successful pleurodesis was obtained in 81%

(18 patients) after the first intrapleural injection of IP, 100% after the second injection. The side effects included: fever (12 patients); chest pain (3 patients). The other side effects (respiratory failure, hypotension, allergic reaction) were not observed.

TỔNG QUAN

Tràn khí màng phổi (TKMP) tự phát thường do vỡ bóng khí nhỏ dưới màng phổi di chuyển vào khoang màng phổi, chủ yếu xảy ra ở nam giới trẻ. Sau khi dẫn lưu đơn giản thì khả năng TKMP tái phát 50% số trường hợp [3].

TKMP bao gồm TKMP tự phát nguyên phát, TKMP do chấn thương, TKMP tự phát thứ phát, và TKMP do thầy thuốc gây ra. TKMP là bệnh lý khá thương gặp, tại Mỹ mỗi năm có khoảng 9.000 bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát. Tỷ lệ TKMP tự phát nguyên phát khoảng 7,4/100.000/năm/ nam giới và khoảng 1,2/100.000/năm/nữ giới. Tỷ lệ TKMP tự phát thứ phát khoảng 6,3/100.000/năm/ nam giới và khoảng 2,0/100.000/năm/nữ giới [5].

Ở Việt nam, tỉ lệ TKMP chưa được biết chính xác, tuy nhiên tại Bệnh viện lao Lao và bệnh phổi Cần thơ trong 5 năm 2010- 2015 trong số 10.500 bệnh nhân vào điều trị, có 610 TKMP [1]. Khoa lao Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang điều trị 192 bệnh nhân TKMP trong năm 2015.

Việc điều trị TKMP bao gồm 2 mục tiêu là giãn nở phổi về trạng thái ban đầu và phòng tái phát. Theo ông Light R.W và CS gây dính màng bằng hóa chất qua nội soi khoang màng phổi trên các bệnh TKMP tự phát tái phát có vai trò làm giảm tỉ lệ thất bại từ 20%(gây dính với hóa chất không có nội soi) xuống còn 5%(gây với hóa chất khi nội soi màng phổi) [5]. Đối với bệnh nhân chưa có đủ điều kiện phẫu thuật nội soi thì dự phòng tái phát TKMP được thực hiện chủ yếu nhờ bơm Iodopovidone qua ống dẫn lưu màng phổi. Ở Việt nam cũng có nhiều nghiên cứu đề cập về vấn đề này, nhưng có mục đích khác nhau. Còn chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu “Đánh giá hiệu quả và tai biến thường gặp của

gây dính màng phổi bằng Iodopovidone qua ống dẫn lưu màng phổi trong điều trị TKMP tái phát”

BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP:

Từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2016 chọn được 22 bệnh nhân được chẩn đoán TKMP tự phát nguyên phát tái phát, TKMP tự phát thứ phát vào điều trị khoa Lao Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang.

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ về thủ thuật và tiến hành các bước.

- Làm các xét nghiệm: công thức máu, thời gian máu chảy, thời gian máu đông, creatinin, ion đồ, chụp XQ phổi, chụp CT ngực trước và sau khi gây dính màng phổi.
- Gây tê và tiền mê với atropin, seduxen, lidocain trước khi mở màng phổi.
- Tiến hành mở màng phổi, vị trí mở tùy thuộc vào loại TKMP, sau đó đặt ống dẫn lưu cỡ 18F. Cố định ống dẫn lưu, nối với bình dẫn lưu khí kính một chiều.
- Hòa tan 20ml Iodopovidone 10% với 80ml natriclorua 0,9% sau đó bơm qua ống dẫn lưu vào khoang màng phổi. Thay đổi tư thế bệnh nhân từng đợt, sau 10 phút thay đổi một lần, để bệnh nhân nằm nghiêng, nằm sấp, nằm ngửa. sau khi bơm IP từ 1 đến 2 giờ, tiến hành hút khí áp lực âm 20 em H₂O.
- Sau khi bơm IP 2 ngày mà vẫn xuất hiện khí màng phổi qua ống dẫn lưu thì tiến hành bơm IP lần 2 với liều tương tự.
- Sau khi hết khí khoang màng phổi, tiến hành kẹp ống dẫn lưu 24 giờ rồi chụp XQ phổi kiểm tra. Nếu tình trạng TKMP không tái phát thì tiến hành rút ống dẫn lưu.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 tính tần xuất, trung bình phương sai, độ lệch chuẩn.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Tuổi và giới: Phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi từ 50 đến 70 tuổi trung bình là 67,8±14. Tuổi lớn nhất là 79, tuổi nhỏ nhất là 22. Trong 22 bệnh

nhân tham gia nghiên cứu nam chiếm 90.9%(20 bệnh nhân), nữ chiếm 9,1%(02 bệnh nhân).

Nguyên nhân TKMP: Các nguyên nhân thường gặp TKMP do lao 15 bệnh nhân(68%), do COPD 4 bệnh nhân(18%), do hen 01 bệnh nhân(4%), do áp xe vỡ 01 bệnh nhân(4%), không rõ nguyên nhân 01 bệnh nhân(4%).

Triệu chứng lâm sàng: Tất cả bệnh nhân tham gia có khó thở 22 bệnh nhân(100%), khạc đờm 4 bệnh nhân(18%), đau ngực 15 bệnh nhân(68%), sốt 4 bệnh nhân(18%).

Tiền sử: Có 15 bệnh nhân TKMP lần 2(68%), 6 bệnh nhân TKMP lần 3(27%), 01 bệnh nhân TKMP lần 4 (4%).

Hình ảnh XQ phổi: TKMP toàn phần 18 bệnh nhân (68%), TKMP khu trú 02 bệnh nhân(8%), TKMP và tràn dịch màng phổi 02 bệnh nhân 02(8%).

Kết quả điều trị: Tỷ lệ thành công của 22 bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau khi bơm IP vào khoang màng phổi lần 1 là 81%(18 bệnh nhân) và lần 2 là 100%, không có bệnh nhân nào bơm lần thứ 3 lần thứ 4. Thời gian nằm viện trung bình là $7,6 \pm 4,6$ ngày. Thấp nhất 4 ngày, nhiều nhất là 18 ngày.

Sau khi bệnh nhân xuất viện, tiến hành chụp XQ phổi toàn bộ. Tất cả được ghi nhận là có dày màng phổi, ngoài ra còn có 03 bệnh nhân khí chưa thoát hết, tuy nhiên số lượng rất ít, do vậy không cần phải can thiệp thêm.

Tai biến liên quan đến IP, 12 bệnh nhân có biểu hiện sốt (54%), 3 bệnh nhân bị đau ngực (13%). Không có bệnh nhân nào hạ huyết áp, phản ứng dị ứng, phiền phức, khó chịu. Không có trường hợp nào suy hô hấp.

BÀN LUẬN:

Trong 22 bệnh nhân TKMP tham gia nghiên cứu, 100% bệnh nhân vào viện có biểu hiện khó thở, hầu hết bệnh nhân này đều có bệnh lý phổi mạn tính trước đây. Tỷ lệ nam chiếm 90,9%(20 bệnh nhân), tuổi trung bình $67,8 \pm 14$. Trong nghiên cứu của tác giả Thân Mạnh Hùng và cộng sự tuổi trung bình của bệnh nhân TKMP là $61,7 \pm 13,7$ và tỷ lệ nam chiếm 91,3% [1]. Tương tự một số tác giả khác tỷ lệ TKMP nam chiếm nhiều hơn nữ [10-11-12].

Tỉ lệ các bệnh nhân TKMP tái phát khá cao. Theo Morales-Gomez và cộng sự [13] tỉ lệ TKMP tái phát với TKMP tự phát nguyên phát là 15- 51% và hầu hết tái phát gặp trong vòng 6 tháng đầu. Dey và cộng sự theo dõi 156 bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát trong thời gian trung bình là 48 tháng có 16 bệnh nhân TKMP tái phát trong vòng năm đầu [2]. Tỉ lệ tái phát ở bệnh nhân TKMP tự phát thứ phát cao hơn nhiều so với TKMP nguyên phát (45% so 30%) và hầu hết xảy ra trong 3-5 năm [5]. Do tỉ lệ TKMP tái phát cao nên điều trị chống tái phát rất quan trọng. Các biện pháp điều trị chống tái phát bao gồm là bơm chất gây dính màng phổi qua ống nội soi hoặc ống dẫn lưu màng phổi. Với các chất gây dính là bột Talc, doxycyclin, bleomicyn, iodopovidone. Ở một số cơ sở điều trị không đủ điều kiện tiến hành bơm qua phẫu thuật nội soi màng phổi, bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc những điều kiện kinh tế khó khăn. Trong những trường hợp đó, bơm iodopovidone qua ống dẫn lưu là giải pháp. Theo ông Mahmoulou R và cộng sự [3], tiến hành gây dính màng phổi với iodopovidone cho bệnh nhân TKMP được hiệu quả rất tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hiệu quả gây dính màng phổi ở bệnh nhân TKMP bằng iodopovidone là 100% . Trong đó 81% các bệnh thành công ngay sau bơm lần đầu. Chỉ có 2 bệnh phải bơm lần thứ 2, không có phải lần 3 lần 4. Trong nghiên cứu do Dey et al [2], tỉ lệ thành công Iodopovidone từ 88,8% sau một tuần và 93,2% sau một tháng, hiệu quả tương tự như bột talc sử dụng gây dính màng phổi. Quan trọng là Iodopovidone rẻ tiền và rất ít tác dụng phụ [2-10-11].

Sau khi bơm iodopovidone gây dính màng phổi, trong nghiên cứu chúng tôi có 12 bệnh nhân biểu hiện sốt (54%), 3 bệnh nhân đau ngực (13%). Không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp , hạ huyết áp và phản ứng dị ứng do thuốc. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số tác giả Mahmoulou R và Andrade JD, các tác giả đều nhận các tai biến thấy khi sử dụng iodopovidone gây dính màng phổi chủ yếu là sốt và đau ngực.

KẾT LUẬN:

Sử dụng iodopovidone gây dính màng phổi ở bệnh nhân TKMP là thủ thuật điều trị có hiệu quả, dễ thực hiện, rẻ tiền, ít tai biến. Hy vọng sẽ được sự đồng thuận nhiều về liệu pháp gây dính màng phổi trong TKMP bằng iodopovidone.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tổng kết 5 năm phòng chống lao. Bệnh viện lao và bệnh phổi Cần thơ 2010-2015.
2. A. Dey, S. Bhuniya, A. Datta Chaudhuri, S. Pandit, M. Saha-Dutta Chowdhury, A. Sengupta, P. Saha I De, Iodopovidone pleurodesis: experience of a tertiary hospital in Kolkata, Singapore Med. J. 51 (2010) 163–165.
3. Adel K.A. Bilateral Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Bilateral Spontaneous Pneumothorax. Chest. 2002;122:2234 -2237.
4. Kusano E, Homma S, Ohtsu Y, Sakamoto S, Kawabata M, Kishi K, Tsuboi E, Kohno T, Yoshimura K. (2005). "Intractable pneumothorax successfully treated by talc slurry pleurodesis and video-assisted thoracoscopic surgery in a patient with idiopathic pulmonary fibrosis". Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi. 43 (2). 117 -22.
5. Light R.W, Broaddus V.C. Pneumothorax, chylothorax, hemothorax, and fibrothorax. Text book of respiratory medicine, W.B. Saunders company 3rd edition (2000) Vol 2, P: 2043 – 2065.
6. Mahmudlou R¹, Rahimi-Rad MH, Alizadeh H. Intrapleural talc for the prevention of recurrent pneumothorax. Chest, Vol 106, 1162 -1165.
7. Mouroux J, Elkaïm D, Padovani B, Myx A, Perrin C, Rotomondo C, Chavaillon J.M, Blaive B, Richelme H. Video assisted thoracoscopic treatment of spontaneous pneumothorax: technique and results of 100 case. J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 112:385-391
8. Steven A.S, Heffner J.E. Spontaneous Pneumothorax. The new England journal of medicine, 2000, Vol 342, 868 -874.
9. Sadikot R.T, Greene T, Meadows K, et al (1997); Recurrence of primary spontaneous pneumothorax. Thorax 52; 805 -809.
10. R. Arora, P. Singh, R.K. Aggarwal, H.K. Viridi, K.K. Singh, H.S. Kang, Bilateral spontaneous pneumothoraces in osteogenic sarcoma and extragonadal germ cell tumour, Indian J. Chest Dis. Allied Sci. 36 (1994) 41–44.
11. M. Suter, M. Berner, R. Vandoni, J.F. Cuttat, Thoracoscopic treatment of recurrent pneumothorax, Helv. Chir. Acta 60 (4)(1994) 465–470.
12. R. Amin, P.G. Noone, F. Ratjen, Chemical pleurodesis versus surgical intervention for persistent and recurrent pneumothoraces in cystic fibrosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007481
13. J. Morales-Gomez, J.L. Tellez-Becerra, J.E. Martinez-Ormeno, Pleurodesis with iodopovidone in malignant pleural effusions, Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 6 (1993) 71–74