

# Nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức cắt kén khí hai bên - Báo cáo ca lâm sàng và nhìn lại y văn

Phan Sĩ Hiệp\*, Lê Tiến Dũng, Nguyễn Thanh Hiền, Trương Thanh Thiết,  
Trương Kim Minh, Quách Đỗ Mai Khanh

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** tràn khí màng phổi tự phát với kén khí đối bên thường gặp trên lâm sàng. Cách điều trị phổ biến hiện nay là phẫu thuật nội soi lồng ngực xuyên thành ngực từng bên để cắt kén khí trong hai cuộc mổ khác nhau. Gần đây mổ nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức để cắt kén khí 2 bên là bước tiến mới. Chưa có nhiều báo cáo về đề tài này trên thế giới, ở Việt Nam chưa có báo cáo nào.

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả một ca lâm sàng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức cắt kén khí 2 bên tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và nhìn lại y văn.

**Kết quả:** bệnh nhân nam, 53 tuổi, nhập viện vì tràn khí màng phổi phải tự phát tái phát. CT Scan phát hiện có kén khí phổi cả 2 bên. Bệnh nhân được gây mê với nội khí quản 2 nòng nhằm thông khí chọn lọc từng bên một, và được đặt ở tư thế nằm ngửa trong suốt cuộc mổ. Phẫu thuật được bắt đầu với đường rạch da dọc giữa 5 cm bên dưới tam giác ức sườn. Bóc tách mô để vào khoảng sau xương ức. Lấn lượt vào khoang màng phổi 2 bên ở mức trên cơ hoành. Kén khí phổi 2 bên được xác định và cắt với dụng cụ khâu cắt tự động nội soi. 2 ống dẫn lưu màng phổi 32 Fr được đặt qua đường dưới mũi ức và hút áp lực – 20 cm nước. Bệnh nhân có thể cử động sinh hoạt vào ngày thứ nhất sau mổ với mức độ đau ít. Ống dẫn lưu bên phải được rút vào ngày thứ 6 và ống

bên trái được rút vào ngày thứ 13 sau mổ sau khi đã hoàn toàn không ra khí. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 14 sau mổ. Tái khám sau một tháng cho thấy kết quả mổ tốt.

**Kết luận:** phẫu thuật cắt kén khí phổi 2 bên với nội soi một lỗ qua đường vào dưới mũi ức có thể thực hiện thành công trên bệnh nhân tràn khí màng phổi có kén khí đối bên được chọn lọc kỹ.

**Từ khóa:** tràn khí màng phổi, kén khí phổi 2 bên, nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức.

## SUBXIPHOID UNIORTAL VATS FOR BILATERAL BULLECTOMY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

**Overview:** Spontaneous pneumothorax with contralateral bulla is common in clinical practice. The most common treatment today is two-stage bullectomy by transthoracic VATS. Recently, bilateral bullectomy by subxiphoid uniport VATS is a new step. There are not many reports on this topic in the world, in Vietnam there hasn't been any report.

**Method:** Report on a clinical case of subxiphoid uniportal VATS for bilateral

\* Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Hồng Bàng, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

\* Tác giả liên hệ: Phan Sĩ Hiệp

Email: sihiepphan@gmail.com; Tel: 0987510583

Ngày nhận bài: 27/02/2022 Ngày cho phép đăng: 12/04/2022

bullectomy at Pham Ngoc Thach hospital and reviewing the literature.

**Result:** A 53-year-old male patient was admitted to hospital with spontaneous recurrent right sided pneumothorax. CT Scan revealed bilateral bullous lung disease. The patient was under general anesthesia with double lumen endotracheal tube intubation to allow for selective ventilation, and was placed in the supine position throughout the surgery. The surgery was started with a 5 cm midline vertical incision below the sternalcostal triangle. Dissection was performed to access the retrosternal space. The two pleural cavities were entered above the level of the diaphragm one and the next. Bilateral bullae were identified and resected using surgical staplers.

Two 32 Fr drains were placed via subxiphoid incision and placed on – 20 cm H<sub>2</sub>O suction. The patient was mobilized from day 1 with minimal pain. The right drain was removed on the 6<sup>th</sup> postoperative day and the left drain on the 13<sup>th</sup> day after air leak had completely ceased. The patient was discharged on the 14<sup>th</sup> day. Follow-up after one month for good results.

**Conclusion:** Subxiphoid uniportal VATS bilateral bullectomy can be successfully performed with good results in selective patient who has spontaneous pneumothorax with contralateral bulla.

**Keywords:** Pneumothorax, bilateral bullous lung disease, Subxiphoid uniportal VATS.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân tràn khí màng phổi (TKMP) tự phát nguyên phát bên này có thể phát hiện kén khí ở phổi bên kia có tỉ lệ khoảng 53.6%, trong số này có khoảng 26.7% phát triển thành tràn khí màng phổi (1). Con số này là lớn hơn rất nhiều so với tần suất xuất hiện của tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát trong dân số trong một năm là 18-28/100000 cho nam và 1.2-6/100000 cho nữ (2). Điều này đặt ra yêu cầu phẫu thuật cắt kén khí và làm dính màng phổi dự phòng trong các trường hợp này là cần thiết.

Mặc dù cách mổ kinh điển nhất là phẫu thuật chia làm 2 lần với lần đầu mổ bên có tràn khí và lần thứ 2 mổ bên đối diện sau một khoảng thời gian thay đổi tùy từng trung tâm. Một cách tiếp cận khác là xử lý cả 2 bên trong cùng một cuộc mổ(3). Trong trường hợp này, cách mổ thông thường là nội soi lồng ngực xuyên thành ngực từng bên một (Transthoracic VATS) với nhiều lỗ

hay một lỗ cho mỗi bên. Cách mổ này có bất lợi là tạo ra nhiều vết thương trên thành ngực, ít nhất là 2 vị trí, tại đây dây thần kinh liên sườn sẽ bị tổn thương, vốn là yếu tố quan trọng nhất gây đau sau mổ. Ngoài ra cách mổ nội soi lồng ngực xuyên thành ngực từng bên một thường cũng đòi hỏi phải kê nghiêng bệnh nhân một bên trước, sau khi mổ xong bên này sẽ phải nghiêng bệnh nhân sang bên đối diện để mổ tiếp, việc này vừa tốn thời gian vừa có nguy cơ ảnh hưởng đến thông khí của bệnh nhân.

Cách tiếp cận mới nhất hiện nay là mổ nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức để cắt cùng lúc kén khí cả 2 bên. Đây là cách tạo một đường rạch da 4 - 6 cm dưới mũi ức, có kèm cắt bỏ mũi ức hay không, bóc tách vào khoang sau xương ức, cắt màng phổi trung thất để vào khoang lồng ngực tương ứng từng bên một, sau đó thực hiện các thao tác trong lồng ngực tương tự như một ca nội soi lồng ngực một lỗ thông

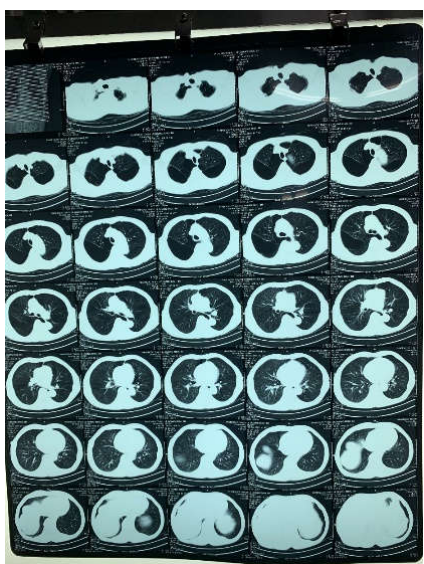
thường. Với cách mổ này bệnh nhân chỉ được đặt ở tư thế nằm ngửa và không cần thay đổi tư thế trong suốt quá trình mổ. Những báo cáo ban đầu dưới dạng một ca lâm sàng(4), sau đó cũng đã có báo cáo nghiên cứu so sánh giữa mổ nội soi một lỗ dưới mũi ức với mổ nội soi xuyên lồng ngực(5). Kết quả ban đầu cho thấy mổ nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức cắt kén khí phổi 2 bên không khác biệt với mổ nội soi lồng ngực xuyên thành ngực về các tiêu chí như thời gian nằm viện, thời gian rút ống dẫn lưu, tai biến biến chứng trong và sau mổ, tỉ lệ tái phát, tuy nhiên thời gian mổ có dài hơn(6).

Tại Việt Nam, chưa có báo cáo chính thức nào về nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức cắt kén khí 2 bên. Do đó, chúng tôi xin trình bày một ca lâm sàng được cắt kén khí phổi 2 bên với nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức được thực hiện tại khoa Ngoại Lồng Ngực bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và điểm lại y văn nhằm mô tả đặc điểm kỹ thuật và chỉ định của phẫu thuật này.

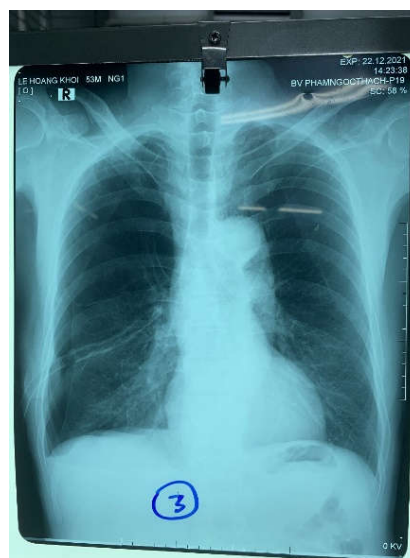
## 2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân L.H.K nam, 53 tuổi, không có tiền căn bệnh phổi trước đây. Cách nhập viện

khoảng 3 tháng bệnh nhân đau ngực, khó thở, vào bệnh viện địa phương được chẩn đoán tràn khí màng phổi bên phải, được đặt ống dẫn lưu màng phổi và sau đó rút ống dẫn lưu cho xuất viện. Sau đó bệnh nhân lên khám tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, chụp CT Scan lồng ngực phát hiện có kén khí phổi 2 bên, được chỉ định nhập viện để lên chương trình mổ cắt kén khí. Trong thời gian chờ mổ thì bệnh nhân xuất hiện tràn khí màng phổi bên phải tái phát, phải đặt ống dẫn lưu màng phổi cấp cứu. Các xét nghiệm lúc này có được là: công thức máu, đông máu bình thường (bach cầu máu lúc mới nhập viện là 14.7 K/ul nhưng đã về 11.1 k/ul sau 2 ngày), chức năng thận bình thường, có tăng men gan (ban đầu AST 62 U/L, ALT 132 U/L) nhưng về gần bình thường trước khi mổ (AST 28.2 U/L, ALT 71.5 U/L) dù không tìm được nguyên nhân cụ thể. Các xét nghiệm về khí máu động mạch và chức năng tim trước mổ đều bình thường. Về hình ảnh CT Scan lồng ngực thấy có kén khí lớn 2 đỉnh phổi cùng với khí phế thũng 2 bên. Phế dung ký có FEV1/FVC trước test dẫn phế quản là 0.43 và sau test là 0.46.



Hình 1: Ct Scan trước mổ



Hình 2: X-quang trước mổ

Bệnh nhân được hội chẩn chuyên môn và lên chương trình mổ cắt kén khí phổi 2 bên với nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới xương ức. Cuộc mổ được thực hiện vào ngày 24/12/2021, thời gian mổ là 4 giờ 15 phút, lượng máu mất khoảng 200ml. Thương tổn xác định trong cuộc mổ là kén khí lớn 2 đỉnh phổi trên nền khí phế thũng, cách xử lý là cắt kén khí phổi 2 bên bằng stapler nội soi và làm dính màng phổi 2 bên bằng cách chà xước màng phổi thành từ đỉnh phổi đến khoảng liên sườn 5.

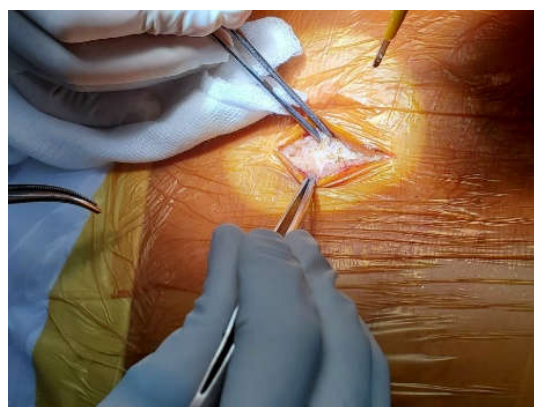
## 2.1. Diễn biến cuộc mổ

### 2.1.1. Thì tạo đường vào

Bệnh nhân được gây mê với nội khí quản 2 nòng thông khí chọn lọc luân phiên từng bên, vẫn giữ tư thế nằm ngửa, kê một gối dưới khoảng ngang mũi kiếm xương ức, rạch da một đường dọc giữa qua mũi kiếm xương ức dài 5cm, phẫu tích bộc lộ và cắt bỏ mũi kiếm, dùng tay bóc tách tạo khoảng trống trên cơ hoành, dọc theo mặt sau xương ức, sau đó đặt vào đây một banh vết mổ mềm. Từ lúc này chúng tôi thực hiện các thao tác hoàn toàn qua quan sát trên màn hình nội soi, chúng tôi sử dụng ống soi 10mm, mặt vát 300.



Hình 3: Tư thế bệnh nhân với vị trí mổ được đánh dấu ở vùng mũi ức



Hình 4: Đường mổ dài 5 cm



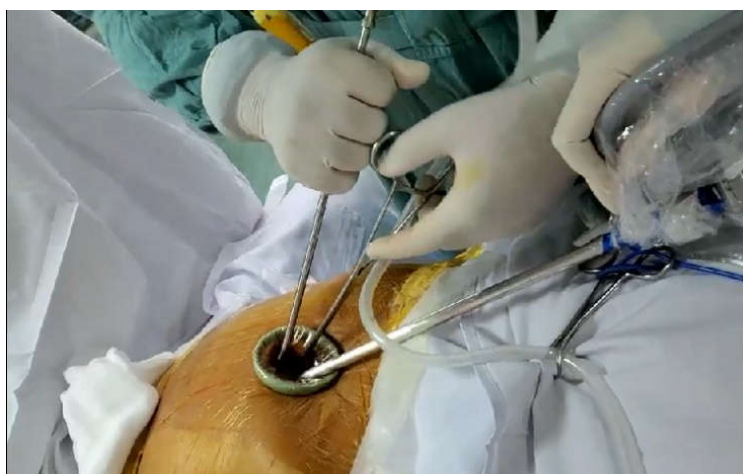
Hình 5: Phẫu tích bằng tay để vào khoang sau xương ức



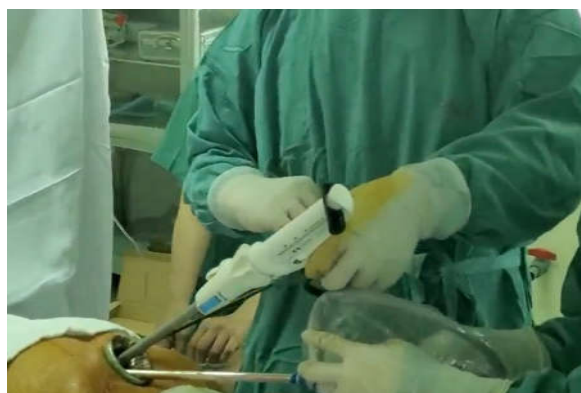
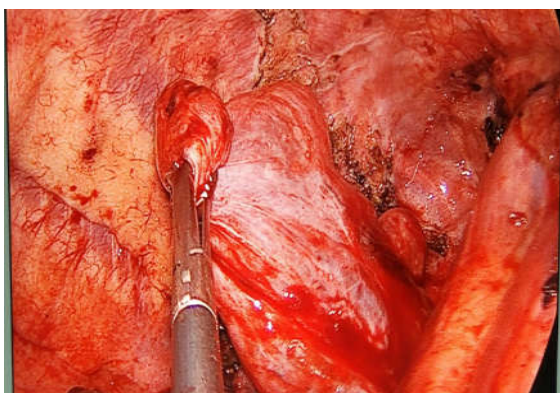
Hình 6: Phẫu trường bên ngoài sau khi đặt banh vết mổ mềm

### 2.1.2. Thì phẫu thuật bên phải

Trước tiên chúng tôi tạo đường vào lồng ngực bên phải bằng cách cắt một lỗ trên màng phổi trung thất phải, lúc này kíp mỡ đứng bên trái và màn hình nội soi đặt bên phải của bệnh nhân, bàn mổ được quay nghiêng khoảng 150 về bên trái để thuận lợi hơn cho thao tác của phẫu thuật viên. Tại bên phải này có tình trạng dính của kén khí vào thành ngực vùng đỉnh, cũng như vài chỗ dính khác nhưng không dính chắc bằng, chúng tôi dùng kẹp phổi chuyên dụng trong phẫu thuật nội soi một lỗ để giữ nhu mô phổi và cắt các điểm dây dính bằng móc đốt nội soi tiêu chuẩn, các loại grasper nội soi tiêu chuẩn mặc dù ít có vai trò trong phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi qua một lỗ xuyên thành ngực nhưng khá hữu ích trong trường hợp này do độ dài lớn của chúng. Sau khi gỡ dính và đánh giá tổn thương, chúng tôi cắt kén khí lớn vùng đỉnh phổi bằng stapler nội soi với loại băng đạn dành cho nhu mô phổi, và làm xước màng phổi thành từ đỉnh đến ngang khoang liên sườn 5. Kế tiếp chúng tôi không đặt ống dẫn lưu ngay mà cho phổi phải nở và chuyển sang phẫu thuật bên trái (vì đường mổ nhỏ, việc đặt ống dẫn lưu lúc này sẽ ảnh hưởng đến thao tác khi mổ bên trái).



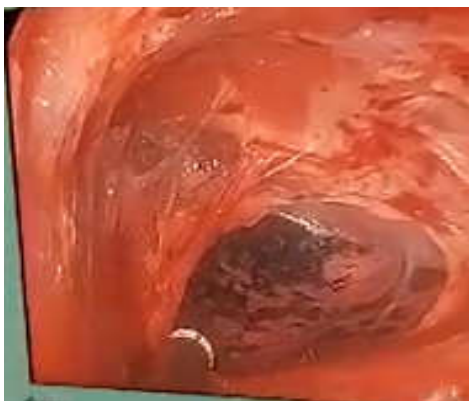
**Hình 7: Vị trí dụng cụ và phẫu thuật viên khi mổ bên phải**



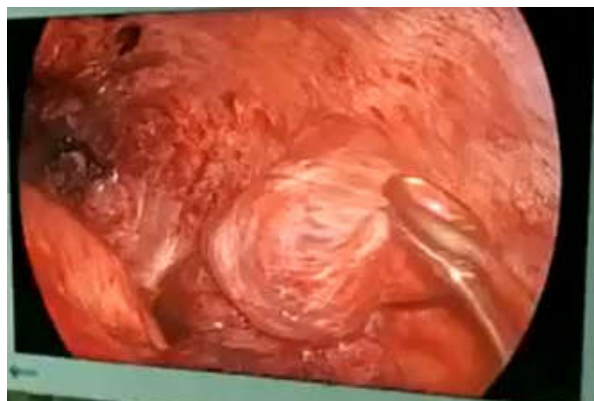
**Hình 8: Kén khí phổi phải dính vào thành ngực Hình 8: Cắt kén khí phổi phải bằng stapler nội soi**

### 2.1.3. Thì phẫu thuật bên trái

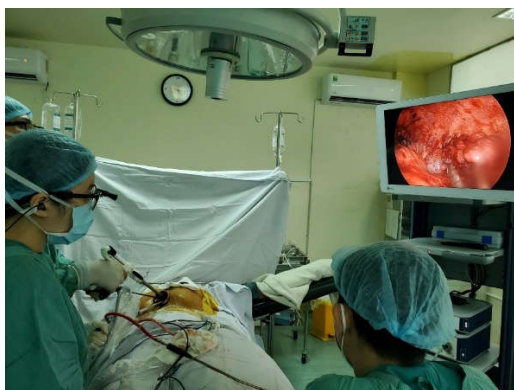
Để tiến hành làm bên trái chúng tôi di chuyển kíp mổ sang bên phải, màn hình nội soi sang trái, bàn mổ nghiêng 150 sang phải, quá trình này mất khoảng vài phút và không cần phải thay bộ khăn trải mới. Phương thức tiến hành của bên trái cũng giống như bên phải, tuy nhiên có một vài khó khăn hơn, thứ nhất là vì tim nằm lệch bên trái và ống soi từ dưới lên nên phẫu trường khó quan sát hơn đặc biệt là vùng dây chằng phổi dưới, tiếp đến là mức độ dính của bên trái cao hơn, gần như dính toàn bộ, đặc biệt là vùng phía sau cung động mạch chủ, làm cho việc gỡ dính rất khó khăn, theo ghi nhận trong lúc mổ thì kén khí vùng đỉnh phổi bên trái lớn hơn bên phải, mức độ khí phế thũng cũng nặng hơn, từ đó làm cho phân thể tích nhu mô phổi phải cắt cũng lớn hơn nên cuối cuộc mổ chúng tôi phải cắt dây chằng phổi dưới đến sát rốn phổi (bên phải chúng tôi không thực hiện thủ thuật này). Sau khi cắt kén khí bằng stapler nội soi và làm xước màng phổi thành từ đỉnh đến khoang liên sườn thứ 5, chúng tôi đặt vào khoang màng phổi trái một ống dẫn lưu 32 Fr qua vết mổ dưới mũi ức và định vị ở mép dưới của vết mổ.



**Hình 9: Tình trạng dính của khoang màng phổi trái**



**Hình 10: Kén khí phổi trái.**



**Hình 11: Cắt kén khí phổi trái bằng Stapler nội soi.**



**Hình 12: Bệnh phẩm kén khí phổi trái**

#### 2.1.4. Thì kết thúc

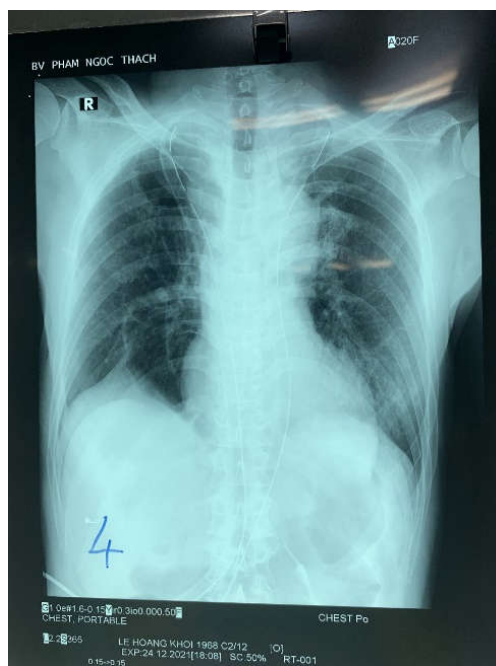
Sau khi hoàn tất quá trình mổ bên trái chúng tôi quay lại kiểm tra tình trạng của khoang màng phổi bên phải mà không cần di chuyển kẹp mổ cũng như màn hình nội soi, khi thấy mọi thứ vẫn tốt chúng tôi đặt vào đây 1 ống dẫn lưu 32 Fr và định vị ở mép trên của vết mổ. Cuộc mổ kết thúc với việc ống dẫn lưu được đặt 2 bên khoang màng phổi qua vết mổ sẵn có, phổi được cho nở lại 2 bên, rút banh vết mổ mềm, may cố định các ống dẫn lưu và đóng vết mổ như trong một ca mổ nội soi một lỗ thông thường. Bệnh nhân được rút nội khí quản tại phòng mổ và chuyển sang phòng hồi sức sau mổ.



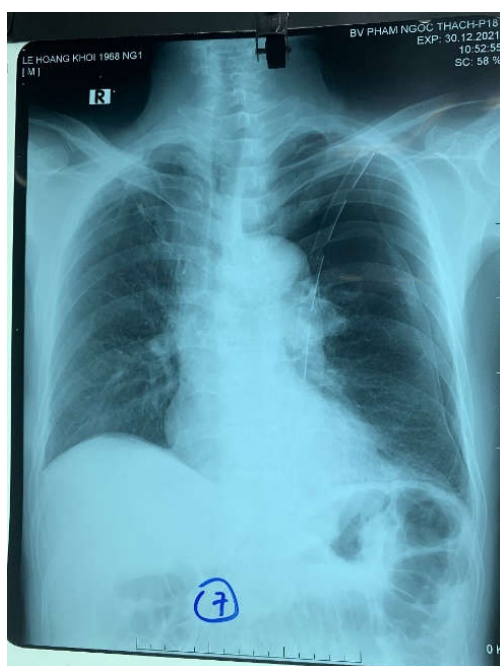
**Hình 12: Vị trí hai ống dẫn lưu cuối cuộc mổ**

#### 2.2. Diễn biến sau mổ

Hậu phẫu ngày 0, bệnh nhân dần hồi tỉnh hoàn toàn sau rút nội khí quản, đau ít, ống dẫn lưu 2 bên ra khí và khoảng 100ml dịch đỏ, hút áp lực -20 cm nước 2 bên. Các ngày hậu phẫu thứ 1, 2, 3, 4 tình trạng tương tự, ống dẫn lưu bớt ra khí, dịch đỏ nhạt dần, thể tích dịch từ 50-100 ml / 24 giờ, đau vết mổ ít. Từ ngày hậu phẫu thứ 3 bệnh nhân được chuyển lên trại, tập vật lý trị liệu hô hấp, đau vết mổ không đáng kể. Tới ngày hậu phẫu thứ 6 bệnh nhân được rút ống dẫn lưu bên phải khi đã hoàn toàn không ra khí và phim x-quang cho thấy phổi nở tốt, ống dẫn lưu bên trái vẫn còn ra khí. Sau đó có tình trạng phổi bên trái nở không tốt, bệnh nhân được cho tập vật lý trị liệu hô hấp tăng cường với máy phế dung kế khuyến khích (incentive spirometry) và chỉnh sửa ống dẫn lưu, phổi sau đó nở tốt hơn, ống dẫn lưu trái hết ra khí và được rút vào ngày hậu phẫu thứ 13 mà không cần thêm một biện pháp can thiệp nào. Phim chụp lại sau rút cả 2 ống dẫn lưu cho thấy phổi nở hoàn toàn, bệnh nhân phục hồi tốt, xuất viện vào ngày thứ 14 sau mổ.



**Hình 13: X-quang phổi ngày hậu phẫu 0.**



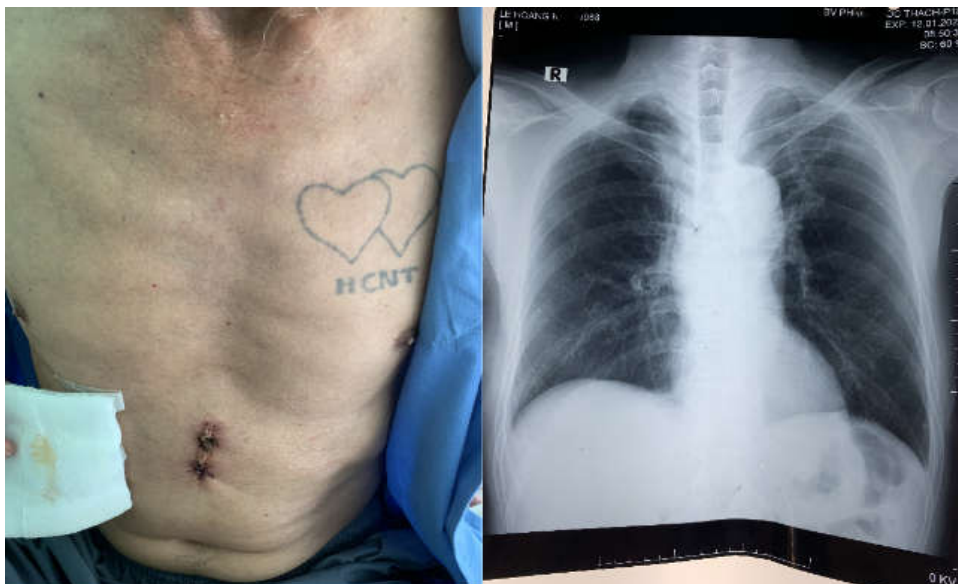
**Hình 14: X-quang phổi sau khi rút ống dẫn lưu phải (ngày hậu phẫu 6)**



**Hình 15: X-quang phổi sau rút ống dẫn lưu trái (ngày hậu phẫu 13)**

Khám lại sau 1 tuần và sau 1 tháng vết mổ lành sẹo tốt, phổi vẫn nở tốt, không có tràn khí màng phổi





**Hình 16: Sẹo mổ và X-quang phổi sau xuất viện 1 tuần.**



**Hình 17: Sẹo mổ và X-quang phổi sau xuất viện 1 tháng**

### 3. BÀN LUẬN

Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát hiếm khi gây nguy hiểm tính mạng, nhưng lại gây phiền toái rất nhiều cho bệnh nhân vì có tới khoảng 50% sẽ tái phát cùng bên và 15% tràn khí bên đối diện nếu không can thiệp gì(7). Ngày nay, khi CT Scan được dùng phổ biến để chẩn đoán

bóng khí / kén khí ở bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát, người ta thấy có 53.6% có kén khí bên đối diện, trong số này có khoảng 26.7% phát triển thành TKMP(1). Trong một báo cáo năm 2010, Shah-Hwa Chou và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu trong đó chia làm 3 nhóm bệnh nhân, nhóm 1 gồm những người được mổ cắt kén

khí bên này nhưng không có kén khí đối bên, nhóm 2 gồm những người được mổ cắt kén khí một bên và có kén khí bên kia nhưng không được phẫu thuật cắt bỏ, nhóm 3 gồm những người có kén khí bên đối diện và được mổ cắt kén khí cả 2 bên cùng lúc. Sau 25 tháng tiến hành, nghiên cứu cho thấy tỉ lệ TKMP bên đối diện lần lượt là 2.86%, 14.17% và 0% tương ứng với các nhóm 1,2,3. Nghiên cứu kết thúc sớm do sự khác biệt quá lớn giữa nhóm 2 và nhóm 3 về tỉ lệ xuất hiện TKMP trong khi các tiêu chí khác về mức độ an toàn và hiệu quả phẫu thuật thì gần tương đương nhau(8). Điều đó chứng tỏ chỉ định phẫu thuật cắt kén khí đối bên dự phòng trên bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát là hợp lý và khả thi. Trên bệnh nhân của chúng tôi, ngoài đặc điểm bệnh nhân giống như các nghiên cứu trên, còn cần lưu ý tình trạng kén khí của bệnh nhân có kích thước lớn và trên nền khí phế thũng. Đối với những bệnh nhân như thế, việc TKMP không chỉ là phiền toái, mà còn có nguy cơ ảnh hưởng đến tính mạng. Do đó việc chỉ định phẫu thuật cắt kén khí 2 bên là hợp lý. Trong nghiên cứu của Chou tất cả bệnh nhân đều được nội soi lồng ngực lỗ nhỏ (Neddle VATS)(8). Năm 2017 lần đầu tiên Matthew Fok mô tả một trường hợp nội soi lồng ngực qua một lỗ 3 cm dưới mũi ức để cắt kén khí cả 2 bên phổi cùng một lúc(4), mặc dù đây là trường hợp TKMP 2 bên nhưng đặc điểm kỹ thuật gần tương tự như trường hợp của chúng tôi. Trong báo cáo này Fok cho thấy phẫu thuật nội soi một lỗ dưới mũi ức cắt kén khí 2 bên cùng lúc có thể thực hiện khá dễ dàng, thuận lợi và cho kết quả tốt, ông cho rằng kỹ thuật có thể chỉ cần một đường cong huấn luyện ngắn là thực hiện được.

Để đánh giá tốt hơn tiềm năng của phẫu thuật nội soi một lỗ dưới xương ức cắt kén khí, năm 2019 Liang Chen báo cáo một nghiên cứu so sánh phẫu thuật này với phẫu thuật nội soi xuyên thành ngực cắt kén khí, kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát, thời gian đặt ống dẫn lưu, thời gian nằm viện và số lượng stapler sử dụng(5). Nghiên cứu này cũng cho thấy thời gian mổ đường dưới mũi ức sẽ dài hơn nếu mổ một bên do quá trình tạo đường vào ban đầu ở đường dưới mũi ức có khó khăn hơn, tuy nhiên khi mổ cắt kén khí cả 2 bên thì thời gian mổ là như nhau do đường dưới mũi ức chỉ cần một vết mổ duy nhất.

Trong một hướng khác, H.Cai năm 2020 báo cáo một nghiên cứu so sánh giữa nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức (SUVATS) và nội soi lồng ngực một lỗ qua khe liên sườn (IUVATS) trong các phẫu thuật lớn ở phổi như cắt thùy, cắt phân thùy, cắt phổi hình chêm ở cả 2 bên cùng lúc. Nghiên cứu cho thấy cả 2 phương pháp không có sự khác biệt về thời gian đặt ống dẫn lưu, thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ. Tuy nhiên, SUVATS cho thấy có thời gian mổ dài hơn, mất máu nhiều hơn, nhưng ít gây đau hơn IUVATS(9). Mặc dù đây không phải là nghiên cứu trên bệnh lý kén khí phổi nhưng nghiên cứu cũng cho thấy khả năng của SUVATS trong việc thực hiện các phẫu thuật đa dạng ở phổi.

Mặc dù vậy, hiện tại phương pháp mổ được đa số các trung tâm áp dụng để điều trị bệnh nhân có kén khí phổi 2 bên là chia làm 2 cuộc mổ và làm từng bên một. Các hiệp hội lồng ngực lớn trên thế giới cũng chưa có hướng dẫn cụ thể về chủ đề này(2), nên việc áp dụng phương pháp mổ mới cần được cân nhắc kỹ lưỡng.

Tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch phương pháp thường được tiến hành trước một bệnh nhân có kén khí 2 bên là chia làm 2 cuộc mổ để cắt kén khí từng bên một, thường với nội soi lồng ngực nhiều lỗ xuyên thành ngực. Khi thực hiện phẫu thuật này bệnh nhân được kê nghiêng bên mổ lên trên và bên đối diện xuống dưới. Một tai biến trong mổ đôi khi xảy ra là bệnh nhân bị tràn khí màng phổi bên đối diện khi đang được thông khí áp lực dương. Tai biến này nếu không được phát hiện kịp thời sẽ gây nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân, nếu được phát hiện và xử lý kịp thời cũng gây ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc mổ. Một cách mổ khác cũng được chúng tôi áp dụng là mổ cắt kén khí cả 2 bên trong cùng một cuộc mổ. Phương pháp này có thể chia làm 2 loại nhỏ hơn, loại thứ nhất là kê nghiêng bệnh nhân một bên để mổ, sau đó phải chuyển bệnh nhân sang tư thế nghiêng bên đối diện để mổ tiếp; loại thứ 2 là bệnh nhân được kê tư thế nằm ngửa và nội soi lồng ngực nhiều lỗ xuyên thành ngực từng bên một. Đối với loại thứ nhất thì chúng tôi cũng gặp biến chứng tràn khí màng phổi bên đối diện, thêm nữa việc chuyển tư thế gây mất thời gian và có nguy cơ di lệch ống nội khí quản 2 nòng làm ảnh hưởng đến thông khí của bệnh nhân. Đối với loại thứ 2 thì chúng tôi tránh được các nguy cơ trên, nhưng lại gặp khó khăn trong quá trình thao tác vì tư thế phẫu thuật viên và người cầm ống soi không thuận lợi. Do đó khi tham khảo các báo cáo của M.Fok và L.Chen chúng tôi nhận thấy nội soi lồng ngực một lỗ qua đường dưới mũi ức để cắt kén khí 2 bên có tiềm năng giải quyết được những khó khăn và nguy cơ của các cách mổ trước, do bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa suốt cuộc mổ, tư thế của phẫu thuật viên và người

cầm ống soi thuận lợi hơn, bên cạnh đó là những lợi ích tiềm năng khác như sẹo mổ thẩm mỹ hơn và ít đau sau mổ hơn. Vì vậy chúng tôi chọn phương pháp mổ này trên ca bệnh của mình.

Trong ca mổ của chúng tôi, đường rạch da là 5 cm, dù thông thường đường mổ một lỗ để cắt thùy của chúng tôi là 4 cm, do đánh giá khả năng phẫu trường lạ sẽ gây nhiều khó khăn hơn nên chúng tôi chọn 5 cm để thuận lợi hơn khi thao tác (đường dưới mũi ức thông thường là 4-6 cm). Thời gian mổ của chúng tôi là khoảng 2 giờ cho mỗi bên, trong nghiên cứu của Chen là khoảng 80 phút nhưng không nói rõ là làm 1 bên hay cả 2 bên. Nhìn chung đối với bên phải chúng tôi mất nhiều thời gian vì lần đầu thao tác từ dưới mũi ức nên cũng có khó khăn, cùng với đó là phải có thời gian chọn lựa dụng cụ cho phù hợp, ngoài ra khoang màng phổi cũng có nhiều dây dính cần nhiều thời gian để xử lý hơn một ca cắt kén khí thông thường. Đối với bên trái thì chúng tôi gặp khó khăn do tình trạng dính toàn bộ của khoang màng phổi, đặc biệt khó khăn khi gỡ dính ở những vị trí bị tim và động mạch chủ che khuất, do vị trí soi từ đường giữa và từ dưới lên mà tim lệch trái và đập liên tục nên gây khó khăn hơn trong khi quan sát so với bên phải, và kén khí ở phổi trái cũng lớn hơn, mức độ khí phế thũng nhiều hơn nên chúng tôi cũng cần nhiều thời gian cân nhắc để chọn mức độ cắt cho phù hợp. Do đó khi chọn lựa bệnh nhân cho phương pháp phẫu thuật này chúng tôi nghĩ nên loại trừ những bệnh nhân có nguy cơ dính cao, như bệnh nhân có tiền căn lao hay phẫu thuật lồng ngực trước đó, mặc dù yếu tố này có thể không được dự đoán hoàn toàn chính xác trước mổ.

Về thời gian hậu phẫu thì bên phải chúng tôi ghi nhận ống dẫn lưu đã không ra khí từ

ngày thứ 4, bằng với thời gian rút odl trong báo cáo của Fok, nhưng do bên trái còn ra khí nên chúng tôi trì hoãn rút bên phải tới ngày thứ 6. Riêng odl bên trái, do phổi không nở tốt sau mổ, có thể là do phần nhu mô phổi cắt nhiều kết hợp với khí phế thũng nặng, nên có tình trạng rò khí kéo dài. Bệnh nhân được chỉnh ống dẫn lưu và tập vật lý trị liệu hô hấp tăng cường. Đến ngày hậu phẫu thứ 9 phổi bệnh nhân đã nở tốt, sau đó phổi hết ra khí và rút odl vào ngày thứ 13 mà không cần áp dụng thêm biện pháp nào khác. Những vấn đề này theo chúng tôi vẫn thường gặp khi mổ nội soi cắt kén khí lớn xuyên thành ngực trên những bệnh nhân có khí phế thũng nặng.

#### 4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ qua đường vào dưới mũi ức cắt kén khí 2 bên có thể thực hiện thành công ở bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát có kén khí bên đối diện khi bệnh nhân được chọn lọc kỹ. Tuy nhiên, do kỹ thuật này chỉ mới xuất hiện trên các báo cáo riêng lẻ mà chưa có ở các khuyến cáo của các hiệp hội lồng ngực lớn nên cần phải nghiên cứu thêm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sihoe AD, Yim AP, Lee TW, Wan S, Yuen EH, Wan IY, et al. Can CT scanning be used to select patients with unilateral primary spontaneous pneumothorax for bilateral surgery? *Chest*. 2000;118(2):380-3.
2. MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(Suppl 2):ii18-ii31.
3. Kim KS. Single-staged uniportal VATS in

the supine position for simultaneous bilateral primary spontaneous pneumothorax. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2017;12(1):1-5.

4. Fok M, Karunanatham J, Ali JM, Concina S, Jayakumar S, Peryt A, et al. Subxiphoid approach for spontaneous bilateral pneumothorax: a case report. *Journal of Visualized Surgery*. 2017;3.

5. Chen L, Liu F, Wang B, Wang K. Subxiphoid vs transthoracic approach thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax: a propensity score-matched analysis. *BMC surgery*. 2019;19(1):1-4.

6. Li L, Tian H, Yue W, Li S, Gao C, Si L. Subxiphoid vs intercostal single-incision video-assisted thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax: A randomised controlled trial. *International Journal of Surgery*. 2016;30:99-103.

7. Noh D, yoon Keum D, Park CK. Outcomes of contralateral bullae in primary spontaneous pneumothorax. *The Korean journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2015;48(6):393.

8. Chou S-H, Li H-P, Lee J-Y, Chang S-J, Lee Y-L, Chang Y-T, et al. Is prophylactic treatment of contralateral blebs in patients with primary spontaneous pneumothorax indicated? *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2010;139(5):1241-5.

9. Cai H, Xie D, Al Sawalhi S, Jiang L, Zhu Y, Jiang G, et al. Subxiphoid versus intercostal uniportal video-assisted thoracoscopic surgery for bilateral lung resections: a single-institution experience. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2020;57(2):343-9.