

# ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA VIÊM PHỔI HOẠI TỬ:

## Nhân 03 trường hợp được phẫu thuật

BS. Văn Minh Trí

BS. Nguyễn Thị Ngọc Thủy

Giảng viên Bộ môn Phẫu thuật Tim mạch Lồng ngực, Đại học Y dược TP HCM

# Đặt vấn đề

- ▶ Nhiễm trùng hô hấp là dạng nhiễm trùng thường gặp nhất ở Việt Nam và thế giới.
- ▶ Hầu hết các trường hợp được điều trị khỏi bằng phương pháp nội khoa.
- ▶ Một số ca cần can thiệp phẫu thuật để điều trị.

# Mục tiêu nghiên cứu

- ▶ Đánh giá hiệu quả của can thiệp ngoại khoa trong nhiễm trùng hô hấp nặng sau điều trị nội khoa tích cực.

# Báo cáo ca bệnh

- ▶ Báo cáo hồi cứu 3 trường hợp phẫu thuật để điều trị bệnh lý nhiễm trùng hô hấp nặng.

# Kết quả

- ▶ 3 bệnh nhân nhập viện với nhiễm trùng hô hấp nặng.
- ▶ Sau điều trị nội khoa không cải thiện, chỉ định can thiệp ngoại khoa.
- ▶ Thời gian ở ICU: tối đa 1 tuần; khoa lâm sàng: 2-3 tuần.
- ▶ Cải thiện: mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, WBC, CRP/Procalcitonin, X-quang.
- ▶ Biến chứng: 1 ca rò khí kéo dài (điều trị khỏi); không tử vong.

# Kết luận

- ▶ Can thiệp ngoại khoa chưa có chỉ định rõ ràng, phụ thuộc kinh nghiệm bác sĩ.
- ▶ Phẫu thuật là lựa chọn sau khi nội khoa không hiệu quả.
- ▶ Từ khóa: Nhiễm trùng hô hấp, viêm phổi hoại tử, áp xe phổi, hoại thư phổi, cắt phổi.

# Định nghĩa - Tần suất

- ▶ Nhiễm trùng hô hấp: Nhiễm trùng đường hô hấp trên và dưới.
- ▶ Thường gặp nhất ở Việt Nam và thế giới.
- ▶ Độ nặng liên quan: Tuổi, bệnh đồng mắc, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch, hút thuốc.

# Điều trị và Can thiệp Ngoại khoa

- ▶ Hầu hết điều trị khởi bằng nội khoa.
- ▶ Can thiệp ngoại khoa: Tràn mủ màng phổi, ho ra máu, áp xe phổi.
- ▶ Chỉ định phẫu thuật chưa rõ ràng; tranh cãi trên thế giới.
- ▶ Khi nội khoa không hiệu quả, phẫu thuật hợp lý (kể cả cắt phổi).



# Mục tiêu Nghiên cứu

- ▶ Đánh giá hiệu quả của can thiệp ngoại khoa trong nhiễm trùng hô hấp nặng sau điều trị nội khoa tích cực.

# Báo cáo ca bệnh - Tổng quan

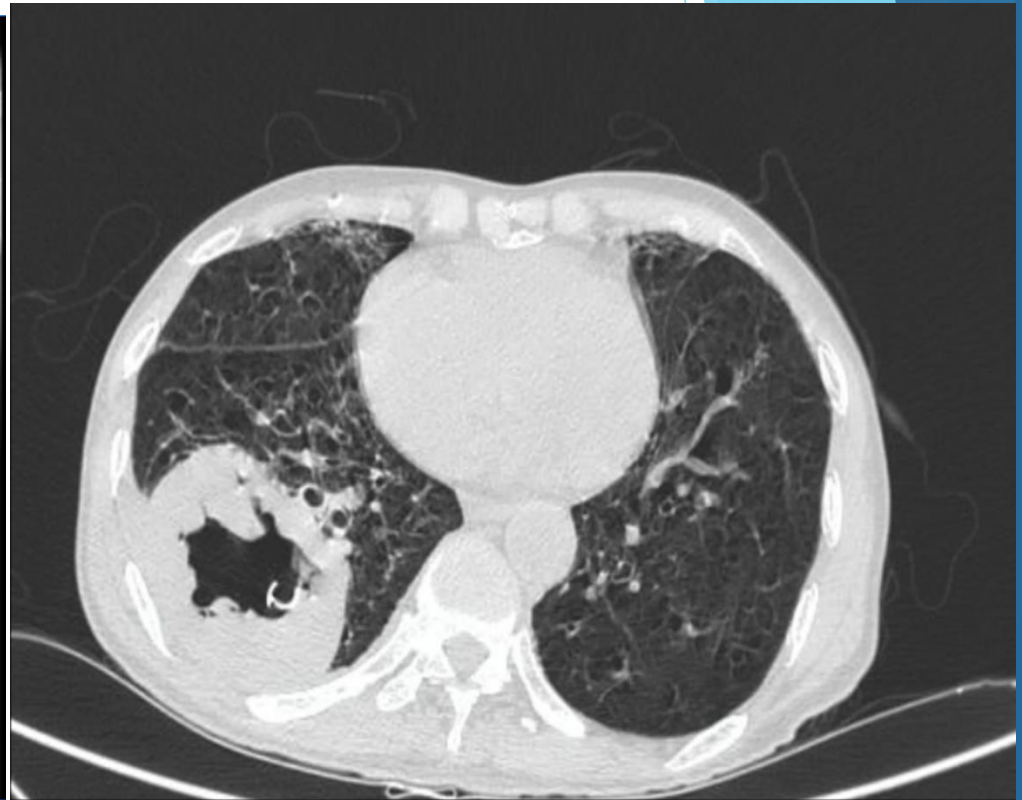
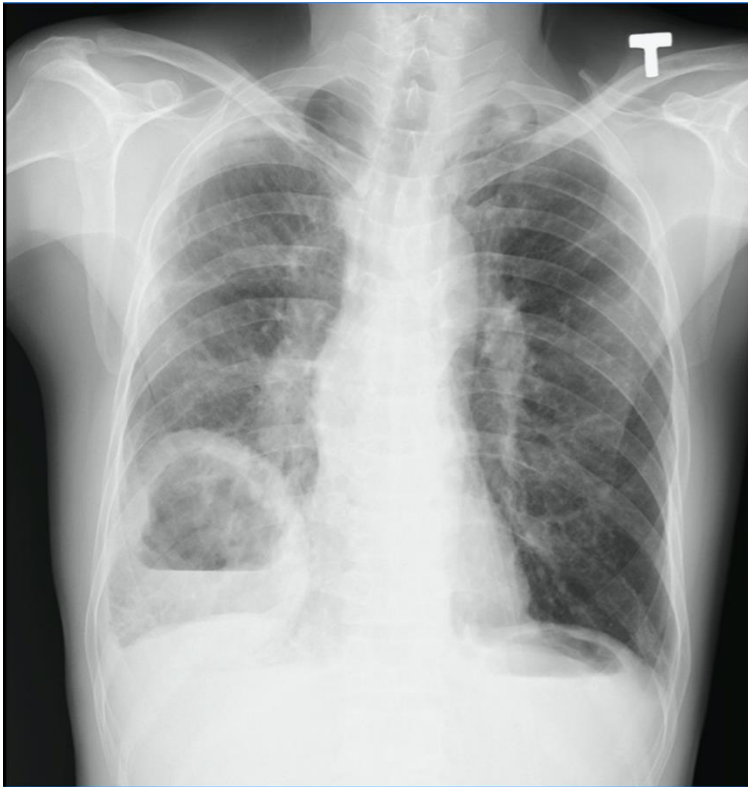
- ▶ 3 bệnh nhân nam, nhập viện với NTHH nặng (viêm phổi).
- ▶ Triệu chứng: Mạch  $>100$ , SpO<sub>2</sub>  $<90\%$ , WBC/CRP cao, thâm nhiễm phổi trên X-quang.
- ▶ Điều trị: Kháng sinh phổ rộng nhiều tuần; MSCT phát hiện áp xe phổi.
- ▶ Không cải thiện → Hội chẩn → Phẫu thuật cắt phần phổi.

# Trường hợp 1

- ▶ Nam, 77 tuổi, khó thở, đau ngực, sốt, ho đàm vàng đục lẫn máu.
- ▶ X-quang/MSCT: Áp xe phổi thùy dưới P 87x89mm.
- ▶ Chẩn đoán: Kén khí thùy dưới P bội nhiễm áp xe hóa.

# Diễn tiến

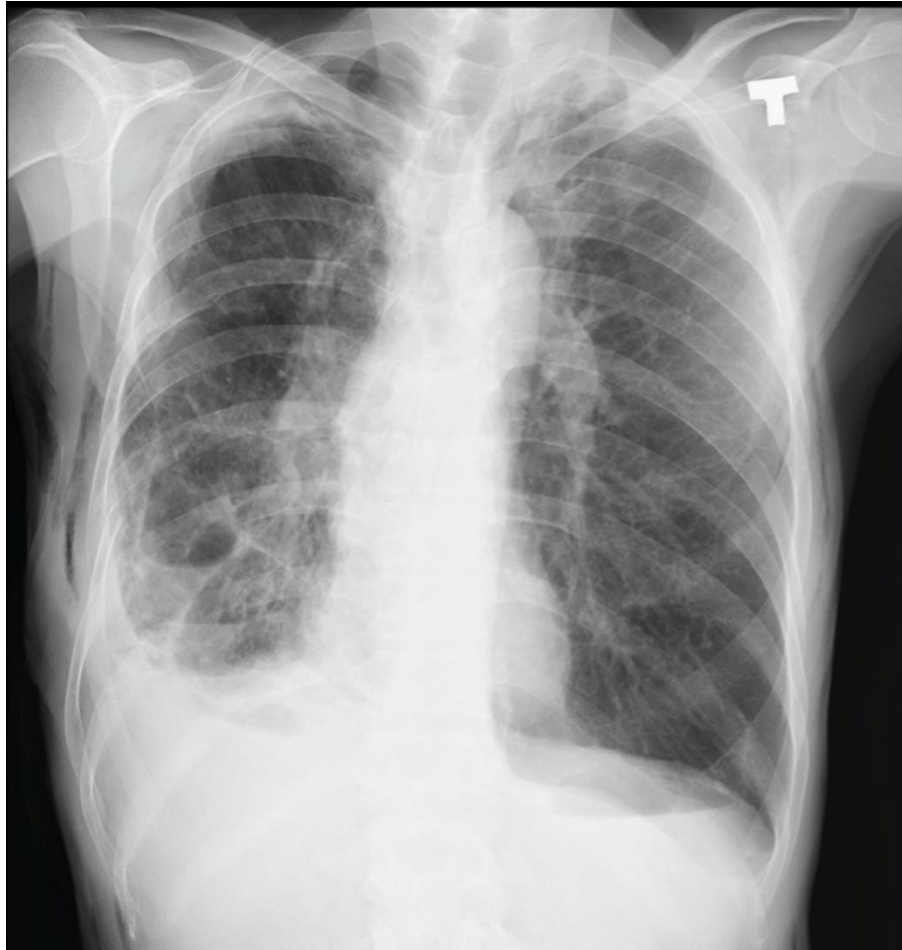
- ▶ Điều trị: Levofloxacin, Clindamycin, Imipenem.
- ▶ Khó thở tăng, SpO2 giảm, WBC tăng.
- ▶ Ngày 8: X-quang áp xe 10x8cm.
- ▶ Ngày 13: MSCT khối hang 60x80x90mm (không thay đổi).
- ▶ Hội chẩn ngày 24: Nguy cơ suy hô hấp, nhiễm trùng huyết.



Hình ảnh học của trường hợp 1 trước phẫu thuật

# Phẫu thuật và Hậu phẫu

- ▶ Ngày 26: Cắt thùy dưới phổi phải.
- ▶ Trong mổ: Ổ mủ 12cm (70% thùy).
- ▶ Hậu phẫu 18 ngày: Cải thiện, SpO2 99%, WBC giảm.
- ▶ Biến chứng: Dò khí kéo dài.
- ▶ GPB: Carcinom biệt hóa kém.



Phim Xquang ngực sau phẫu thuật

# Phân tích

- ▶ Đáp ứng kém nội khoa dù kháng sinh mạnh.
- ▶ Cần can thiệp sớm.
- ▶ Cải thiện rõ sau phẫu thuật.
- ▶ Bài học: MSCT lặp lại để đánh giá tiến triển.

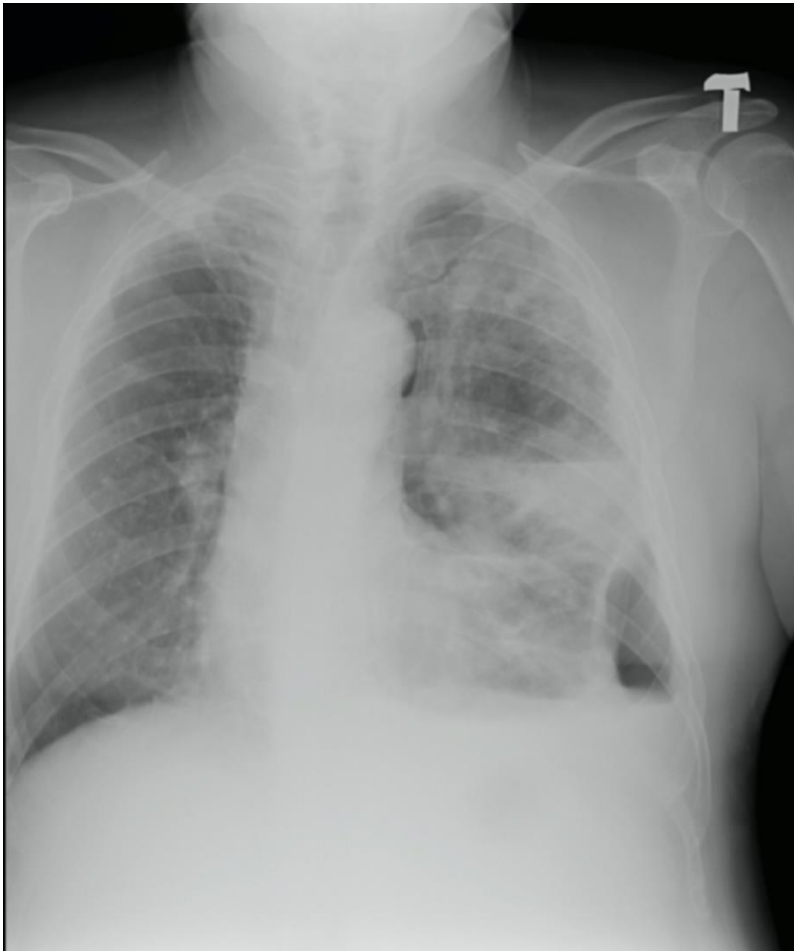


# Trường hợp 2

- ▶ Nam, 64 tuổi, COPD, ĐTĐ, lao phổi cũ.
- ▶ X-quang/MSCT: Hang phổi trái, tràn khí màng phổi, tổn thương 61x64x73mm.
- ▶ Chẩn đoán: Dẫn phế quản bội nhiễm, suy hô hấp.

# Diễn tiến

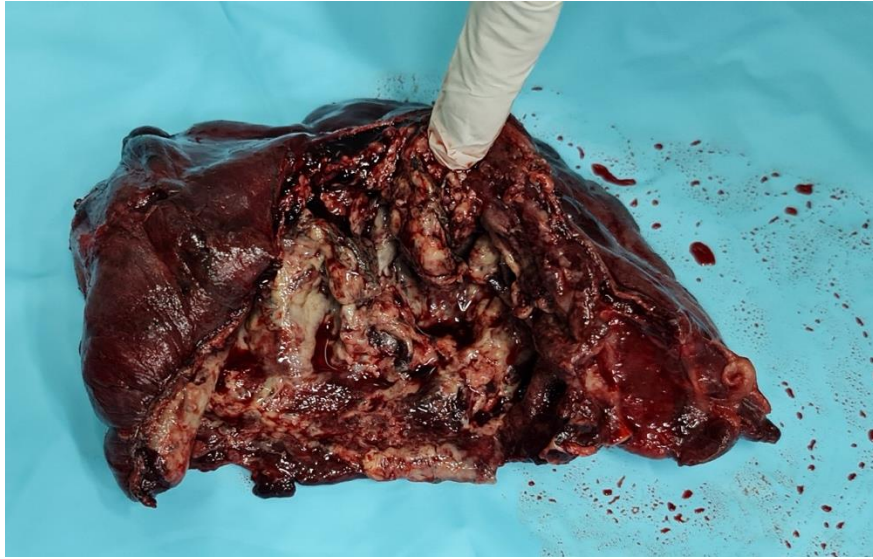
- ▶ Điều trị: Imipenem, Levofloxacin, dẫn lưu màng phổi 600ml.
- ▶ Cấy: Klebsiella.
- ▶ Ngày 6: X-quang/MSCT còn tổn thương.
- ▶ Hội chẩn: Nguy cơ tử vong cao.



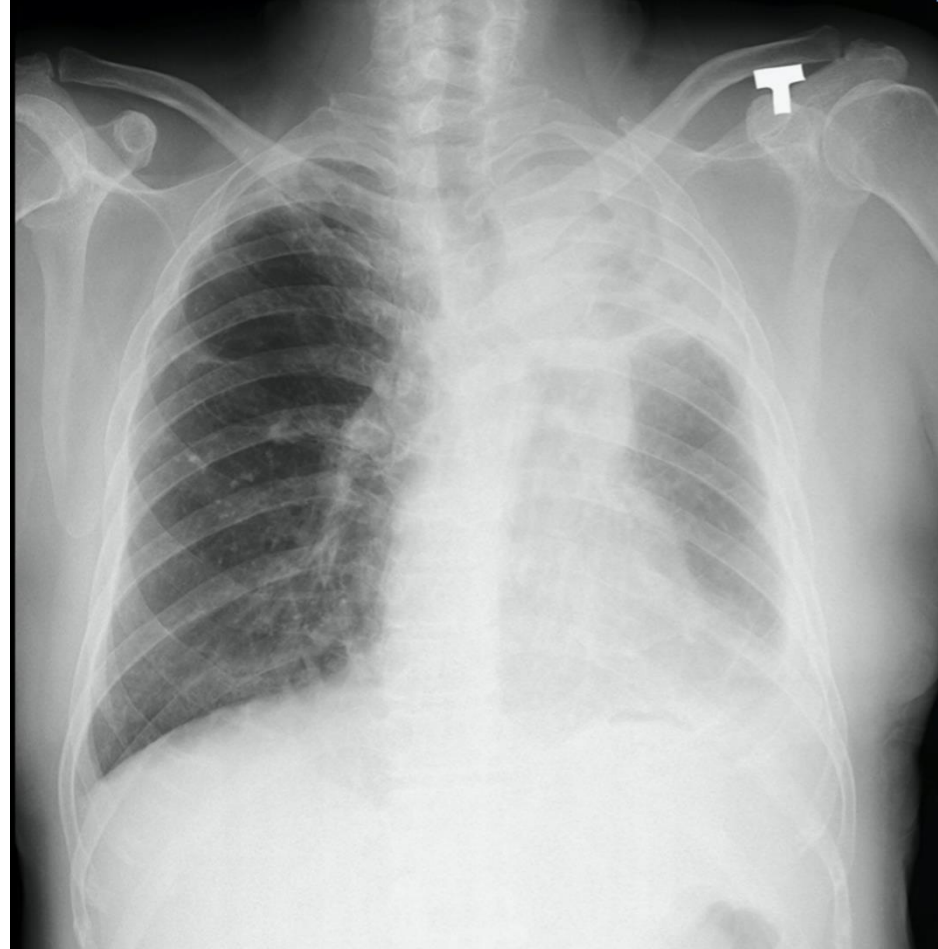
Hình ảnh học của trường hợp 2 trước phẫu thuật

# Phẫu thuật và Hậu phẫu

- ▶ Ngày 16: Cắt thùy trên phổi trái.
- ▶ Trong mổ: Ổ mủ, kén khí vỡ.
- ▶ Hậu phẫu 17 ngày: Cải thiện, SpO2 99%.
- ▶ Cấy mủ: Acinetobacter đa kháng, Klebsiella.
- ▶ GPB: Kén khí phổi viêm cấp, hoại tử.



Mô bệnh phẩm



Hình Xquang ngực sau phẫu thuật

# Phân tích

- ▶ Bệnh đồng mắc tăng độ nặng nhưng phẫu thuật thành công.
- ▶ Vi khuẩn đa kháng: Thách thức điều trị.
- ▶ Không biến chứng: Phối hợp đa khoa hiệu quả.

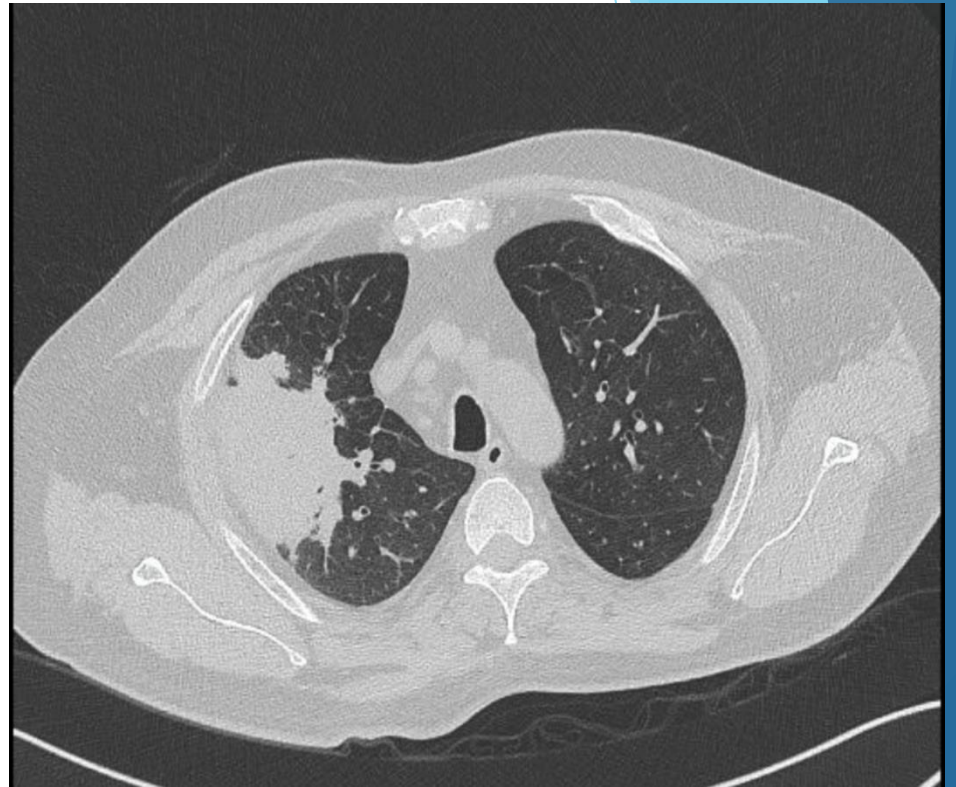
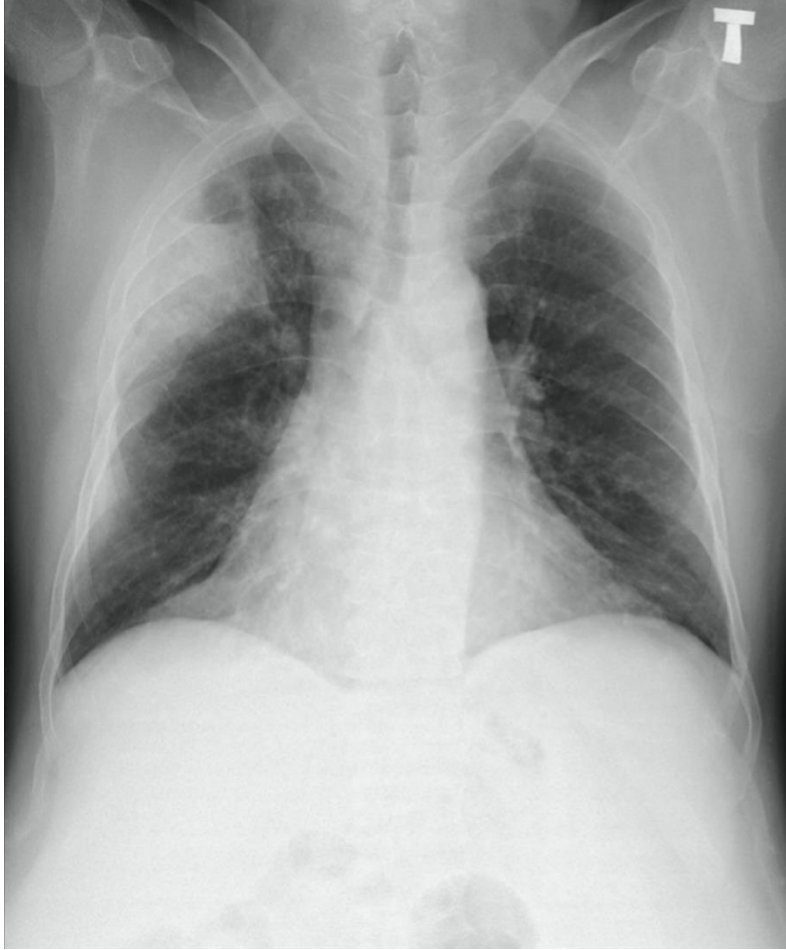
# Trường hợp 3

- ▶ Nam, 58 tuổi, COPD.
- ▶ X-quang: Viêm đáy phổi phải.
- ▶ Chẩn đoán: Suy hô hấp/COPD cấp bội nhiễm.

# Diễn tiến

- ▶ Điều trị: Ceftazidime + Levofloxacin, sau đổi Imipenem + Clindamycin.
- ▶ MSCT ngày 13 & 24: Đông đặc thùy trên P, hoại tử, áp xe.
- ▶ Không cải thiện.





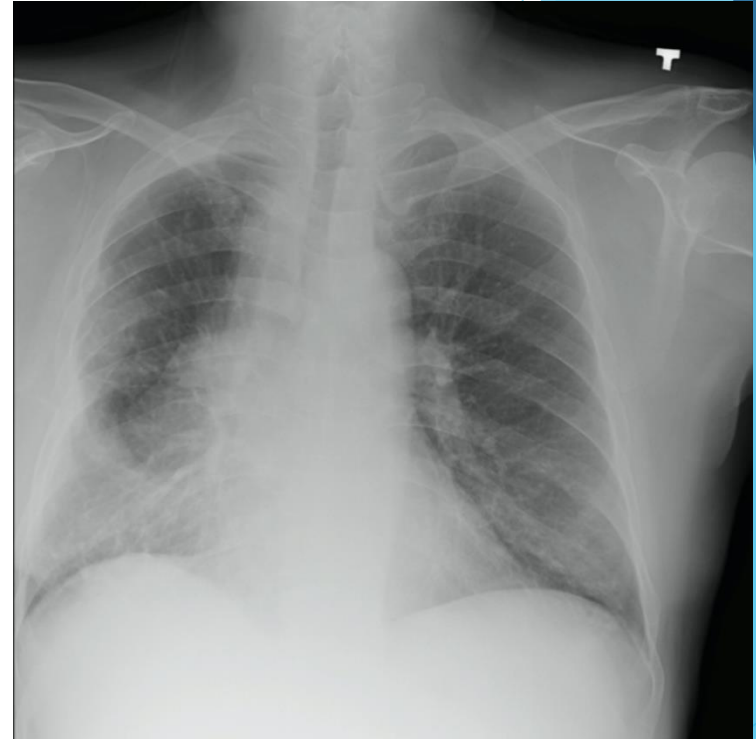
Hình ảnh học của trường hợp 03 trước phẫu thuật

# Phẫu thuật và Hậu phẫu

- ▶ Ngày 26: Cắt thùy trên phổi phải.
- ▶ Trong mổ: Ổ áp xe 7cm.
- ▶ Hậu phẫu 12 ngày: Cải thiện nhanh, không biến chứng.
- ▶ GPB: Viêm cấp/bán cấp, hoại tử.



Mô bệnh phẩm của trường hợp 03



Hình Xquang ngực sau phẫu thuật

# Phân tích

- ▶ COPD tăng nguy cơ suy hô hấp nhưng cải thiện nhanh hậu phẫu.
- ▶ Tổn thương tiến triển dù kháng sinh → chỉ định mổ kịp thời.
- ▶ Không biến chứng.

# Kết quả - Đặc điểm Dịch tễ

- ▶ 3 bệnh nhân nam, tuổi TB 66.
- ▶ 2/3 có bệnh đồng mắc.
- ▶ Phù hợp y văn: Nam giới chiếm ưu thế.

# Kết quả - Thời gian Điều trị

- ▶ Nằm viện TB 38 ngày.
- ▶ Tiền phẫu TB 22 ngày.
- ▶ Hậu phẫu TB 16 ngày.
- ▶ Nội khoa >2 tuần trước mổ.

# Kết quả - Lâm sàng và Cận lâm sàng

- ▶ Tổn thương >6cm gợi ý phẫu thuật.
- ▶ Sau mổ: Cải thiện lâm sàng, không tử vong.
- ▶ 1 biến chứng dò khí.
- ▶ 1 ca carcinom.

# Kết quả - Phân tích Tổng thể

- ▶ Viêm phổi hoại tử/áp xe: biến chứng NTHH.
- ▶ Nội khoa không hiệu quả.
- ▶ Phẫu thuật: an toàn, cải thiện nhanh.
- ▶ Không tử vong.



# Kết luận - Tổng quan

- ▶ NTHH chủ yếu điều trị nội khoa.
- ▶ Chỉ định ngoại khoa chưa thống nhất.
- ▶ Phẫu thuật hiệu quả ở ca nặng sau nội khoa thất bại.

# Kết luận - Giới hạn và Khuyến nghị

- ▶ Giới hạn: Số ca ít.
- ▶ Khuyến nghị: Phẫu thuật an toàn nếu phối hợp đa khoa.
- ▶ Cần nghiên cứu lớn hơn về thời điểm mổ.