

vào động mạch phế quản bên tổn thương, bơm cản quang ghi hình chẩn đoán.

+ Dùng Micro-catheter 3F đưa chọn lọc vào động mạch đang chảy máu, ghi hình chẩn đoán và tiến hành bơm tắc bằng Sponge. Ghi hình kiểm tra sau thủ thuật.

+ Cản quang được dùng là loại Non-ionic (Ultravist, Xenetic, Pamiray,...)

KẾT QUẢ:

Tuổi : 05 trường hợp < 30 tuổi

08 trường hợp 30 - 50 tuổi

03 trường hợp > 50 tuổi.

Giới tính: Nam 10 trường hợp

Nữ 06 trường hợp

Nguyên nhân chấn thương:

Lao phổi 11 trường hợp

Dẫn phế quản 04 trường hợp

U phổi 01 trường hợp

Hình ảnh chẩn đoán DSA:

Động mạch tổn thương:

- Nhiều nhánh nuôi : 10 trường hợp.

- Động mạch phế quản(P): 04 trường hợp.

- Động mạch phế quản(T): 02 trường hợp.

Kết quả BAE:

- 14 trường hợp ngưng ho ra máu ngay sau thủ thuật.

- 02 trường hợp ho ra máu máu mũi lại sau.

Phương pháp lựa chọn điều trị tiếp theo của 2 trường hợp thất bại trên:

- 02 trường hợp phẫu thuật

Biến chứng :

Chúng tôi không ghi nhận có trường hợp nào có biến chứng nặng nề như y văn đã nêu như thuyên tắc phổi, nhồi máu cơ tim, liệt tạm thời, suy hô hấp. Tuy nhiên, chúng tôi có ghi nhận một trường hợp sốt và đau ngực sau khi làm tắc mạch, nhưng tự khỏi sau 3 ngày.

BÀN LUẬN:

Trong số 16 trường hợp trên, tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, nguyên nhân do lao chiếm đa số, tuổi thường gặp từ 30→50 tuổi, nhiều nhánh nuôi tổn thương. Về mặt kỹ thuật, chúng tôi ghi nhận 100% thành công về mặt kỹ thuật (không có hiện tượng co mạch, dội ngược, hay tắc mạch lạc chỗ ...) Điều đó chứng tỏ vai trò quan trọng của y cụ được dùng, cũng như kinh nghiệm của BS. Chúng tôi cũng không ghi nhận biến chứng nặng nề nào. Điều đó cho thấy

đây là một phương pháp an toàn.

KẾT LUẬN:

Theo chúng tôi, BAE là một phương pháp điều trị hiệu quả, hiệu quả và an toàn trong ho ra máu. BAE có thể giúp bệnh nhân tránh được một cuộc phẫu thuật nhất là những bệnh nhân không có khả năng chịu đựng một cuộc phẫu thuật. BAE thêm vào một lựa chọn tốt cho điều trị ho ra máu.

SUMMARY

Massive hemoptysis is one of the most dreaded of all respiratory emergencies and can have a variety of underlying causes. In 90% of cases, the source of massive hemoptysis is the bronchial circulation. Diagnostic studies for massive hemoptysis include radiography, bronchoscopy, and computed tomography (CT) of the chest. Bronchoscopy and CT have been considered the primary methods for the diagnosis and localization of hemoptysis. Bronchial artery embolization (BAE) is a safe and effective nonsurgical treatment for patients with massive hemoptysis.

BAE should be performed as soon as possible after the onset of massive hemoptysis.

The purpose of BAE is defined as: first, to achieve immediate control of bleeding in all patients; second, to obtain continuous bleeding control in patients without surgery; and third, to improve clinical conditions for a prospective surgery.

Knowledge of the bronchial artery anatomy, together with an understanding of the pathophysiologic features of massive hemoptysis, are essential for planning and performing BAE in affected patients. In addition, interventional radiologists should be familiar with the techniques, results, and possible complications of BAE and with the characteristics of the various embolic agents used in the procedure.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1.Renan Uflacker,MD. Atlas of vascular anatomy an angiographic approach. 1997

2.Ts.Bs. Ngô Trí Hùng. Atlas giải phẫu người. Nxb Đại học quốc gia Tp HCM 2001.

3.J.J. Connors III,MD and Joan C.m Wojiak,MD. Interventional neuroradiology. 1999

PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

TRẦN BÌNH GIANG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) có lịch sử phát triển gắn liền với sự phát triển của khoa học công nghệ, chiếm vai trò quan trọng trong chẩn đoán và can thiệp có hiệu quả đối với một số tổn thương trong lồng ngực.

ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng từ những năm 1992 song có những bước tiến quan trọng phát triển ở hầu hết tất cả các chuyên khoa, đóng góp đáng kể vào việc chăm sóc và điều trị bệnh nhân. Nhờ

có những ưu điểm nổi bật như độ an toàn, tính thẩm mỹ, ít đau sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn, tình kinh tế trong y tế... PTNSLN nhanh chóng được biết đến như một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và kinh tế.

Đặc biệt trong cấp cứu, PTNSLN chiếm vị trí nhất định trong chẩn đoán và điều trị đối với bệnh nhân trong tình hình thực tế hiện nay [6]. Xuất phát từ tình hình thực tế kể trên chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục đích: ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị các bệnh lý cấp cứu lồng ngực và đánh giá hiệu quả của phương pháp này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Việt Đức từ 9/2004 đến 9/2005.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả những bệnh nhân được PTNSLN trong cấp cứu, có đủ bệnh án và các xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ cho nghiên cứu, những trường hợp tiến cứu phải theo đúng chỉ định và bệnh nhân phải tự nguyện tham gia nghiên cứu (sau khi đã được giải thích rõ ràng về cuộc phẫu thuật nội soi).

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: không đủ hồ sơ bệnh án cũng như những tư liệu phục vụ cho nghiên cứu, có chống chỉ định PTNSLN, bệnh nhân không đồng ý PTNSLN.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Nhóm bệnh nhân hồi cứu: thu thập tất cả những dữ kiện cần nghiên cứu thông qua các hồ sơ bệnh án tại phòng hồ sơ lưu trữ của bệnh viện Việt Đức từ 1/2001 đến 8/2004.

Nhóm bệnh nhân tiến cứu: Bao gồm những bệnh nhân được PTNSLN cấp cứu tại bệnh viện Việt Đức từ 9/2004 đến 9/2005 (nghiên cứu theo bệnh án mẫu)

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS – 11.5

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung: 42 bệnh nhân được PTNSLN cấp cứu trong thời gian từ 1/2001 đến 9/2005 (25 trường hợp hồi cứu và 17 trường hợp tiến cứu): Tuổi từ 15 - 73, TB ± SD: 38,38 ± 16,916, nam chiếm chủ yếu (88,1%)

2. Chỉ định và cách thức phẫu thuật

2.1. Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật	n	%
Máu cục màng phổi ^(*)	26	61,9
Tràn khí màng phổi tự phát	11	26,2
Ổ cận màng phổi sau phẫu thuật vết thương ngực - bụng	2	4,8
Chẩn đoán khác (TMMP, tụ máu trung thất, tràn dịch màng phổi/ Vỡ thực quản tiền phát...) ^(**)	3	7,1
Tổng	42	100

(*) Có 18 trường hợp máu cục màng phổi trên 10 ngày (chiếm 75%)

(**) Có 2 trường hợp trong nhóm máu cục màng phổi chẩn đoán trước phẫu thuật sai (1 trường hợp xẹp phổi/ U trung thất, 1 trường hợp TMMP).

2.2. Cách thức phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	n	%
Lấy máu cục, làm sạch khoang màng phổi, dẫn lưu	24	59,5
Khâu kín khí phổi, dẫn lưu	4	9,5
Cắt kín khí (Endo-GIA), dẫn lưu	6	14,3
Lấy dị vật, làm sạch khoang màng phổi, dẫn lưu	2	4,8
Khác (nội soi chẩn đoán, làm sạch khoang màng phổi...) ^(***)	2	4,8
Chuyển phẫu thuật mở ^(****)	3	7,1
Tổng	42	100

(**): Chẩn đoán trước phẫu thuật không đúng, PTNSLN giúp chẩn đoán.

(****): 1 trường hợp do kén khí quá lớn không thể

phẫu thuật nội soi xử trí thương tổn, 2 trường hợp đến muộn phổi dính nhiều vào thành ngực nên phẫu thuật nội soi triệt để

3. Thời gian phẫu thuật: từ 30 - 150 (phút), TB ± SD: 90,71 ± 32,565 (phút)

3.4. Phương pháp thông khí: một phổi chiếm 95,2%, hai phổi chiếm 4,8%

3.5. Biến chứng: tỷ lệ biến chứng chiếm 4,8%

3.6. Thời gian nằm viện: từ 2 - 13 ngày, TB ± SD: 4,81 ± 2,597 ngày

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Độ tuổi từ 20 - 50 chiếm phần nhiều (59,5%) với tuổi trung bình là 38,38 (cao nhất: 73, thấp nhất: 15), là lực lượng lao động chính trong gia đình và xã hội. Mặt khác, những bệnh nhân già khi bị bệnh lý thường kèm theo những bệnh phối hợp mà nếu tiến hành phẫu thuật kinh điển thường bất lợi do những yếu tố nặng sau phẫu thuật như hô hấp, nhiễm trùng, viêm tắc mạch... mà PTNSLN là một ưu điểm. Điều này cũng được nhận định bởi các tác giả nước ngoài.

Theo Jaklitsch và cộng sự: nghiên cứu PTNSLN ở 307 bệnh nhân trên 65 tuổi có 61% có bệnh phổi, tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở: 1%, biến chứng: 15%

Tỷ lệ nam chiếm đa số (88,1%), nam giới cũng là lực lượng lao động chủ yếu. Như vậy, PTNSLN tốt giúp bệnh nhân nhanh chóng phục hồi sức khỏe nên gián tiếp làm tái sản xuất sức lao động của cộng đồng.

2. Chỉ định phẫu thuật

2.1. Đối với chấn thương

Một vấn đề đặt ra là chỉ định PTNSLN máu cục màng phổi khi nào là hợp lý? Điều này còn có sự bàn cãi giữa các tác giả, theo các tác giả Mỹ (Carrillo, Richardson) là dưới 7 ngày [6], theo các tác giả Pháp (Lang - Lazdunski và cộng sự) là dưới 10 ngày, nhưng đã có những thông báo lâm sàng với những trường hợp máu cục màng phổi có thời gian lâu hơn mà thực hiện phẫu thuật nội soi vẫn thành công. Tuy nhiên, với những trường hợp máu cục màng phổi có thời gian dưới 72 giờ cho thấy tiến hành phẫu thuật nội soi hơn rất nhiều và bệnh nhân có thời gian hậu phẫu ngắn, chi phí nằm viện giảm một cách đáng kể.

Ổ cận khoang màng phổi sau phẫu thuật vết thương ngực - bụng trong nhóm nghiên cứu gặp 2 trường hợp (4,8%) tất cả đều có sốt cao dao động kéo dài là một chỉ định của PTNSLN làm sạch khoang màng phổi. Ngoài ra những trường hợp này có kèm theo các chấn thương trong ổ bụng làm khó khăn trong việc chăm sóc dẫn lưu màng phổi gây hạn chế nỗ lực, hơn nữa tình trạng toàn thân nặng nề chỉ định phẫu thuật kinh điển sẽ rất nặng nề trong quá trình hậu phẫu.

2.2. Đối với các trường hợp bệnh lý

Xét về mặt chi phí y tế khi TKMP tự phát phải dẫn lưu khí khoang màng phổi dài ngày chắc chắn cao hơn hẳn so với một cuộc PTNSLN, dẫn lưu màng phổi lại cho kết quả không rõ ràng vì dẫn lưu màng phổi với hy vọng gây dính phổi vào thành ngực. Một câu hỏi nữa đặt ra là dẫn lưu màng phổi trong thời gian bao lâu? Có nhiều ý kiến khác nhau giữa các tác giả:

Theo Carrillo và Richardson nếu sau 72 giờ dẫn lưu màng phổi đúng qui cách mà TKMP không hết thì chỉ

định PTNSLN [6].

Theo Colt chỉ định PTNSLN cho TKMP tự phát nếu dẫn lưu màng phổi không kết quả với thời gian là trên 5 ngày.

Theo Lê Ngọc Thành, Đặng Hanh Đệ: Chỉ định phẫu thuật đối với TKMP tự phát nếu dẫn lưu màng phổi không kết quả sau 72 giờ [1]

Những TKMP tự phát tái phát cần chỉ định PTNSLN ngay khi bệnh nhân vào viện do khả năng tái phát lại cao, hơn nữa dẫn lưu màng phổi ở những trường hợp này chúng tôi thấy đều không có hiệu quả.

Trong số các bệnh nhân TKMP tự phát, có một trường hợp kén khí lớn thấy được trong quá trình phẫu thuật nhưng PTNSLN thất bại phải chuyển phẫu thuật mở.

3. Phương pháp thông khí sử dụng trong phẫu thuật.

Trong quá trình phẫu thuật cho thấy thông khí một phổi luôn cho phẫu trường rộng rãi và dễ dàng thực hiện các thao tác trong quá trình phẫu thuật do tạo được một không gian cho việc thực hiện các động tác phẫu thuật nội soi. Trong 2 trường hợp tiến hành thông khí hai phổi thì có một trường phải phẫu thuật lại để lấy máu cục màng phổi, và thực tế đã chứng minh sự khó khăn trong quá trình phẫu thuật giải quyết máu cục trong khoang màng phổi vì phẫu trường quá hẹp.

Cerfolio và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu việc dùng phương pháp thông khí hai phổi trong PTNSLN, tác giả cho rằng phương pháp này chỉ nên thực hiện đối với trường hợp tràn dịch màng phổi cần chẩn đoán và sinh thiết chẩn đoán giải phẫu bệnh lý.

Landreneau và cộng sự cho rằng dùng phương pháp thông khí hai phổi và bơm CO₂ ít khi cần trong PTNSLN [6]. Brock và cộng sự đã chứng minh thông khí một phổi là an toàn và thuận tiện trong PTNSLN, nhưng nếu bơm CO₂ với áp lực >5mmHg thì có thể làm thay đổi huyết động của bệnh nhân.

Quá trình phẫu thuật thực tế chúng tôi thấy bệnh nhân được theo dõi bão hoà O₂ máu động mạch, nếu bão hoà O₂ giảm phải ngừng thao tác phẫu thuật để tiến hành thông phổi. Đây cũng là một yếu tố góp phần kéo dài thời gian của ca phẫu thuật, hơn thế nữa trong quá trình bóp bóng phổi chúng tôi đã gặp 1 trường hợp bị TKMP bên đối diện do vỡ phế nang nhưng được phát hiện kịp thời nên không có biến chứng nguy hiểm.

4. Cách thức và kỹ thuật phẫu thuật

4.1. Xử trí máu cục và ổ cặn màng phổi

Các trường hợp đến muộn trên 10 ngày thường chúng tôi phải sử dụng 3 trocar, ngoài ra có những bệnh nhân chúng tôi phải sử dụng thêm kẹp hình tim và máy rút thông thường để tiến hành lấy máu cục triệt để nhất, liệu này có nghĩa rằng tính chất khó khăn của phẫu thuật tỷ lệ thuận với thời gian hình thành máu cục, các ác giả nước ngoài cũng có những nhận định tương tự.

Carrillo và Richardson chứng minh được PTNSLN điều trị tốt nhất với máu cục màng phổi dưới 7 ngày sau chấn thương [6].

Navsaria và cộng sự khẳng định: Máu cục màng phổi trên 10 ngày sau chấn thương khi phẫu thuật rất khó

khăn do khối máu tụ bị tổ chức hóa và dính.

Lang-Lazdunski và cộng sự sẽ rất nhiều khó khăn khi tiến hành xử trí những trường hợp máu cục màng phổi trên 10 ngày sau chấn thương.

Khó khăn mà chúng tôi gặp phải đối với các tổn thương máu cục màng phổi có thời gian trên 7 – 10 ngày là: khối máu cục bị tổ chức hoá khó lấy, khi lấy dễ chảy máu, hơn nữa trong quá trình lấy có thể gây rách nhu mô phổi gây rò khí kéo dài sau phẫu thuật... do vậy thời gian phẫu thuật kéo dài ảnh hưởng tới nhiều các yếu tố trong chỉ phích toán kinh tế trong y tế. Có 2 bệnh nhân đến muộn chúng tôi không thể thao tác PTNSLN do phẫu trường quá hẹp vì phổi dính phải chuyển phẫu thuật mở.

4.2. Xử trí tổn thương kén khí

Không phải bao giờ tìm chỗ rò khí cũng dễ dàng nhất là TKMP tự phát ở những bệnh nhân cao tuổi hoặc có tiền sử bị bệnh phổi trước đó, hơn nữa vị trí bóng khí ở những bệnh nhân này không giống như với những bệnh nhân trẻ tuổi (nằm thùy đỉnh phổi phải). Kinh nghiệm của chúng tôi thường tìm những chỗ có tụ máu hoặc chảy máu trên bề mặt nhu mô phổi, chỗ nhu mô phổi dính vào thành ngực nếu được. Mặt khác, cần phổi hợp chặt chẽ với gây mê nhằm bộc lộ phẫu trường tốt nhất đảm bảo đánh giá tổn thương chính xác giúp có thái độ xử trí tổn thương đúng nhất hoặc chuyển phẫu thuật mở.

Theo Colt: Chứng minh kết quả điều trị TKMP tự phát do vỡ kén khí bằng PTNSLN là tương tự như phẫu thuật mở kinh điển.

Các trường hợp TKMP tự phát ở những bệnh nhân lớn tuổi khi phẫu thuật chúng tôi thấy có nhiều những bóng khí nhỏ rải rác khắp toàn bộ phổi, từ thực tế này nên khi tiến hành phẫu thuật bao giờ chúng tôi cũng phải giải thích kỹ cho bệnh nhân và gia đình về nguy cơ tái phát.

Theo Al-Din và cộng sự tỷ lệ TKMP tự phát tái phát sau phẫu thuật 5,5%.

5. Thời gian phẫu thuật

Trong điều kiện cấp cứu đòi hỏi các ca phẫu thuật phải tiến hành nhanh, tối thiểu nhưng vẫn phải đảm bảo xử lý chuẩn xác tổn thương thì những ca có thời gian phẫu thuật kéo dài là không đáp ứng được yêu cầu đặt ra, bên cạnh đó còn ảnh hưởng tới thời gian hậu phẫu và các biến chứng sau phẫu thuật.

Theo Al-Sharhan và cộng sự: Thời gian phẫu thuật từ 30 – 165 phút, trung bình 75,5 phút.

Thời gian cuộc phẫu thuật kéo dài bao lâu thì nên tiến hành chuyển phẫu thuật mở? Điều này vẫn còn rất nhiều tranh cãi giữa các tác giả nó phụ thuộc vào việc đánh giá tổn thương trong phẫu thuật, khả năng thao tác của phẫu thuật viên... nhưng bất kỳ khi nào có biến chứng xảy ra trong quá trình phẫu thuật thì lập tức chuyển phẫu thuật mở ngay để bảo toàn tính mạng bệnh nhân và đảm bảo an toàn cho cuộc phẫu thuật.

Phải luôn quan niệm rằng chuyển sang phẫu thuật mở không phải là một thất bại mà nó chỉ là một khâu của quá trình xử lý tổn thương, quan niệm này đồng nghĩa với việc khẳng định vai trò của phẫu thuật viên chuyên khoa tức là cần phải có kiến thức về phẫu thuật kinh điển chắc chắn.

6. Biến chứng

Tỷ lệ biến chứng là 4,8%, trong đó có 1 bệnh nhân biến chứng độ I (nhiễm trùng và rò khí thành ngực) và

một bệnh nhân biến chứng độ III (trường hợp máu cục màng phổi ở bệnh nhân đa chấn thương tình trạng nặng do chấn thương sọ não, bệnh nhân phải thở máy kéo dài hạn chế việc tiến hành lý liệu pháp sau PTNSLN xuất hiện máu cục trở lại phải phẫu thuật mở sau 3 ngày lấy máu cục màng phổi triệt để hơn). Tỷ lệ nhiễm trùng thành ngực trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 2,4%. APC Yim và Hui - Ping Liu tổng kết 1.337 trường hợp PTNSLN thì tỷ lệ biến chứng chung là 57 (4,26%); trong đó nhiễm trùng vết thương bề mặt 13 (0,97%); rò khí trên 10 ngày 18 (1,35%) [3].

7. Thời gian nằm viện.

Những bệnh nhân có thời gian nằm viện dài ngày là những trường hợp vết thương ngực - bụng có tổn thương các tạng trong ổ bụng kèm theo và những trường hợp đến viện trong tình trạng có nhiễm trùng tại vị trí dẫn lưu cũ mà không được xử trí đúng tại bệnh viện tuyến dưới.

Thời gian nằm viện ngắn không những phản ánh khả năng phục hồi sau mổ tốt mà còn cho biết chi phí nằm viện giảm một cách đáng kể. Điều này được nghiên cứu bởi rất nhiều tác giả:

Carrillo và Richardson đã thống kê thời gian nằm viện và chi phí đối với bệnh nhân TKMP không cầm sau chấn thương như sau: Thời gian nằm viện trước PTNSLN là 10 ngày (chi phí 25.750\$), sau PTNSLN là 3 ngày (chi phí 9.800\$) [6].

Fujinaga và cộng sự chứng minh được tính kinh tế trong y tế trong điều trị TKMP tự phát.

Theo Jaklitsch và cộng sự thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày đối với nhóm bệnh nhân từ 65 - 79 tuổi, là 5 ngày đối với nhóm bệnh nhân từ 80 - 90 tuổi.

Theo Al-Din và cộng sự thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày đối với TKMP tự phát được PTNSLN.

KẾT LUẬN:

PTNSLN là một phương pháp chẩn đoán và điều trị quan trọng trong việc quản lý các loại tổn thương trong lồng ngực. Kỹ thuật này áp dụng được một cách thường quy cho phép xử trí có hiệu quả, an toàn đối với TKMP tự phát, máu cục màng phổi và một số loại tổn thương khác trong điều kiện cấp cứu thể hiện bằng những ưu điểm hơn hẳn phẫu thuật kinh điển là ít đau sau phẫu thuật, phục hồi sức khỏe sau phẫu thuật nhanh, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ, tính kinh tế trong y tế cao.

ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN BẰNG CHỌC HÚT QUA DA HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM. KINH NGHIỆM SAU 3 NĂM

NGUYỄN ANH TUẤN,
NGUYỄN THỊ THU HÀ, LÊ THỊ VẺ,
Bệnh viện 108

MỞ ĐẦU

Phương pháp chọc hút qua da điều trị áp xe gan được đề xướng lần đầu tiên bởi Stevenson (1898), nhưng mãi tới năm 1953 phương pháp mới được thực hiện thành công bởi Mc Fadzean. Tuy vậy, phương pháp mới chỉ thực sự có hiệu quả và được áp dụng rộng rãi kể từ khi có sự áp dụng của siêu âm như một phương tiện để

ABSTRACT

results of endoscopic thoracoscopic surgery in the emergency at viet duc hospital

Objectives: comment on the results of endoscopic thoracoscopic surgery in the emergency at Viet Duc hospital from 1/2001 to 9/2005

Method of study: sectional description

Results: 42 patients have been managed with endoscopic thoracoscopic surgery in the emergency from 1/2001 to 9/2005 (17 prospective and 25 retrospective). Indications: clotted haemothorax 61,9%; primary spontaneous pneumothorax 26,2%; infected thoracic collection 4,8%; other 7,1%. Anesthesia with double-lumen intubation: 95,2%. Converted to open thoracotomy: 7,1%. Complication: 4,8%. Mean post-operation hospital stay was 4,81 days.

Conclusion: endoscopic thoracoscopic surgery has been proved to have many advantages in comparison with open thoracotomy such as: minimal invasive technique, less post-operative pain, shorter post-operation hospital stay and less medical cost.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Ngọc Thành, Đặng Hanh Đệ (1992), "Tràn khí màng phổi tự phát", *Ngoại khoa*; 22 (3): 38 - 42
2. Nguyễn Hoài Nam (2004), "Điều trị tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực" (nhân 7 trường hợp), *Ngoại khoa*; 54 (1): 23 - 27
3. A P C Yim and Hui-Ping Liu (1996), "Complications and failures of Video - assisted thoracic surgery: Experience from two centers in Asia", *Ann Thorac Surg*; 61: 538 - 541
4. Alberto de Hoyos, Ricardo S. Santos, Amit Patel, and Rodney J. Landreneau (2005), "Instruments and techniques of video - assisted thoracic surgery", *General Thoracic Surg*; 1: 503 - 523
5. Dewan Ravindra Kumar (2001), "Complications and limitations of video assisted thoracic surgery", *Current Medical Trends*; 5: 946 - 950
6. Eddy H. Carrillo, J. David Richardson (2005), "Thoracoscopy for the acutely injured patient", *The American Journal of Surgery*; 190: 234 - 238

chẩn đoán và hướng dẫn chọc hút qua da. Điều trị ngoại khoa dẫn lưu áp xe gan ngày nay đã trở thành ngoại lệ, chỉ áp dụng khi chọc hút thất bại hoặc áp xe gan có biến chứng.

Để có được những đánh giá cụ thể và giá trị của phương pháp trong chẩn đoán và điều trị áp xe gan, cũng như để rút ra những kinh nghiệm cần thiết về kỹ