Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 328-332

RESULTS OF THOARACOSCOPIC SURGERY FOR TREATING CLOTTED HEMOTHORAX AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Lo Quang Nhat[1], Duong Van Duy[2]

[1]*Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - No. 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam*

[2]*Thai Nguyen Central Hospital - No. 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen City, Vietnam*

Received: 16/04/2026
Reviced: 21/07/2026; Accepted: 19/11/2026

ABSTRACT

Objective: Hemothorax is defined by the accumulation of fluid in the pleural space with a high hematocrit. While most cases are managed conservatively, about 5–30% of cases progress to retained clotted hemothorax. Traditionally, these cases were treated by open thoracotomy. However, from the early 1990s to the present, the Video-Assisted Thoracoscopic

Surgery has been applied to treat clotted hemothorax with many advantages. The aims of study aims are:

1. To describe some clinical and paraclinical characteristics of clotted hemothorax at Thai Nguyen Central Hospital.

2. To evaluate the results of video-assisted thoracoscopic surgery in treating clotted hemothorax

Methode: This was a descriptive, cross-sectional study. The study included 30 patients aged 18 and above who underwent VATS for clotted hemothorax between September 2025 and September 2025.

Result:

• The patient population was predominantly male (86.7%). The main causes of trauma leading to clotted hemothorax were occupational accidents (43.3%) and traffic accidents (40%).

• The majority of patients (86.7%) were admitted within 24 hours of injury. The average time from admission to surgery was 4.63±2.22 days. All 30 patients were successfully managed using Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS). The mean surgical time was 46.7±5.9 minutes. The incidence of early post-operative complications was low, 2 patients required pleural aspiration, 1 case (3.3%)developed wound infection. Surgical outcomes were rated as “Good” in 90% and “Fair” in 10% of patients.

Conclusion: VATS is a safe and highly effective method for treating post-traumatic clotted hemothorax, achieving favorable clinical outcomes and minimizing complications.

*Corresponding author
Email: nhatdhyk2007@gmail.com **Phone**: (+84) 889629668 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7178

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MÁU ĐÔNG MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lô Quang Nhật[1], Dương Văn Duy[2]

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên - Số 284 đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam*

[2]*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - Số 479, đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, TP. Thái Nguyên, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 16/04/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/07/2026; Ngày duyệt đăng: 19/11/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tràn máu màng phổi là tình trạng tích tụ dịch trong khoang màng phổi với chỉ số hematocrit cao. Phần lớn có thể được điều trị bằng dẫn lưu ngực, khoảng 5-30% trường hợp tiến triển thành máu đông, ổ cặn màng phổi. Khoa Ngoại Tim mạch Lồng ngực gần đây đã thực hiện thường quy kỹ thuật này, nhưng để tổng kết và đánh giá kết quả kết quả phẫu thuật này chúng tôi thực hiện đề tài với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý máu đông màng phổi.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị máu đông màng phổi tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang. 30 bệnh nhân, được phẫu thuật nội soi điều trị máu đông màng phổi từ tháng 9/2025 đến tháng 9/2025.

Kết quả: Bệnh nhân nam giới (86,7%). Nguyên nhân do tai nạn lao động (43,3%) và tai nạn giao thông (40%). Đa số bệnh nhân (86,7%) nhập viện sớm, trong vòng dưới 24 giờ sau chấn thương. Thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật là 4,63±2,22 ngày. Phẫu thuật thành công ở 30 bệnh nhân, không có trường hợp nào chuyển mở ngực. Thời gian phẫu thuật trung bình là 46,7±5,9 phút. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ thấp (6,6% cần chọc dịch màng phổi, 3,3% nhiễm trùng vết mổ). Kết quả Tốt: 90%; khá: 10%

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị máu đông màng phổi sau chấn thương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn máu màng phổi là tình trạng tích tụ dịch trong khoang màng phổi với chỉ số hematocrit lớn hơn 25 - 50% máu của bệnh nhân[1]. Nguyên nhân phổ biến nhất trên lâm sàng là chấn thương ngực. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn như rối loạn đông máu hoặc do thầy thuốc gây ra khi đặt đường truyền trung tâm hoặc chọc dò màng phổi.[1]

Khoảng 5 - 30% các trường hợp tràn máu màng phổi trở thành máu đông màng phổi, ổ cặn màng phổi[2]. Tràn máu màng phổi tiến triển thành máu đông do giập nát thành ngực hoặc nhu mô phổi sẽ tác động lên chuỗi đông máu và làm máu dễ đông, do nồng độ Thromboplastin cao trong nhu mô phổi, kết hợp với sự có mặt của can xi trong mô giập nát sẽ hoạt hóa Thromboplastin thành thrombin, biến fibrinogen thành fibrin [3]. Trước đây phương pháp điều trị chủ yếu là chỉ định mở ngực lấy máu cục[1]

Vào đầu những năm 1990, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã trở thành một phương pháp thích hợp để xử lý tình trạng tràn máu đông màng phổi, với ưu điểm vết mổ nhỏ, quan sát tốt hơn, phát hiện nhiều chấn thương hơn, ít đau sau phẫu thuật [4]

Gần đây khoa Ngoại Tim mạch - Lồng ngực bệnh viện Trung Ương Thái nguyên đã thực hiện thường quy phẫu thuật nội soi điều trị máu đông màng phổi. Trong quá trình phẫu thuật có trường hợp thấy các điểm chảy máu trên thành ngực, hoặc thành ngực đụng dập nhiều làm kéo dài thời gian dẫn lưu cũng như thời gian điều trị vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: " Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị máu đông màng phổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" nhằm nâng cao chất lượng điều trị với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý máu đông màng phổi

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị máu đông màng phổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu toàn bộ đáp ứng tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ, tối thiểu với 30 bệnh nhân với nghiên cứu lâm sàng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm các bệnh nhân được được phẫu thuật nội soi điều trị máu đông màng phổi tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên, từ tháng 1/2025 đến tháng 9/2025.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị máu đông màng phổi tại khoa ngoại Tim mạch – Lồng ngực Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2025 đến tháng 9/2025.

*Tác giả liên hệ
Email: nhatdhyk2007@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 889629668 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7178

- Độ tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân máu đông màng phổi đã chuyển thành dày dính màng phổi, áp xe phổi hoặc ổ cặn màng phổi
- Bệnh nhân kèm theo các chấn thương nặng khác như chấn thương cột sống, chấn thương sọ não, bệnh nhân thở máy kéo dài

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung

* Tuổi: 18 – 90; Giới: nam, nữ

* Nghề nghiệp: công nhân, làm ruộng, học sinh-sinh viên, hưu trí, khác

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

* Lý do nhập viện: đau ngực, khó thở, ho sau chấn thương,

* Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện (ngày)

* Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được phẫu thuật

* Kết quả chụp cắt lớp vi tính ngực trước phẫu thuật: đánh giá số lượng dịch máu đông trong khoang màng phổi (tính theo mm) (55-70 HU theo Coccoloni và cộng sự [5]), tổn thương kèm theo: phổi kẹt vào ổ gãy, thoát vị cơ hoành, điểm chảy máu trên thành ngực.

- Số lượng dịch máu đông trong khoang màng phổi được chia thành các mức dựa trên số lượng dịch trong khoang màng phổi đo trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực theo chiều trước sau và đo tại vị trí dày nhất (dựa theo Matthew và cộng sự: mức độ ít < 3cm; trung bình từ > 3 – 10 cm và nhiều > 10 cm. [6]

* Chụp X quang lồng ngực: số lượng xương sườn gãy

2.3.3. Đặc điểm phẫu thuật

* Thời gian phẫu thuật: Tính từ khi rạch da đến khi đóng da (phút): Thời gian ngắn nhất, dài nhất, trung bình.

* Thương tổn quan sát trên hình ảnh nội soi: điểm chảy máu, tính chất dịch trong khoang màng phổi (dịch đặc, máu cục...)

* Số lượng dịch/máu đông trong khoang màng phổi (ml), : ít < 300 ml; vừa : 301- 699 ml; nhiều > 700 ml. [6]

* Các phương pháp xử trí thương tổn: hút máu cục, đốt điện cầm máu, khâu cầm máu, chuyển mổ mở ngực.

+ Số ngày dẫn lưu khoang màng phổi: ngắn nhất, dài nhất, trung bình.

+ Thời gian nằm viện: tính theo ngày

* Biến chứng sớm sau mổ:

- Chảy máu sau mổ phải mổ lại; phải đặt thêm dẫn lưu hoặc chọc hút, hay mổ lại. Mủ màng phổi, xẹp phổi. Nhiễm trùng vết mổ

* Đánh giá sau phẫu thuật dựa theo Nguyễn Ngọc Bích

Phân loại kết quả khi ra viện thành 3 loại theo Nguyễn Hoài Nam [3] và Nguyễn Ngọc Bích [7]

- Kết quả tốt: diễn biến thuận lợi sau mổ người bệnh không có biểu hiện chảy máu hay tràn khí tái phát, không có nhiễm khuẩn, kiểm tra Xquang phổi nở tốt, ra viện sau 2, 3 ngày.

- Kết quả trung bình: có chảy máu, tràn khí sau mổ, chọc hút lại hết tràn máu, tràn dịch ra viện 5-7 ngày.

- Không có kết quả: có tràn máu, phải mở ngực hay đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi sau mổ.

* Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê, sử dụng phần mềm SPSS16.0. tỷ lệ %; trị số trung bình,

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu rõ về chỉ định mổ, lợi ích của phẫu thuật để bệnh nhân và gia đình tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Những thông tin riêng của bệnh nhân về bệnh tật hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Đề tài được chấp thuận đạo đức cho nghiên cứu sinh y học của Bệnh viện trung ương Thái Nguyên năm 2025 (số 565/QĐ-BV ngày 16 tháng 4 năm 2025)

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố bệnh nhân theo giới: 26 bệnh nhân nam giới, chiếm tỷ lệ 86,7%, 4 bệnh nhân nữ giới (13,3%)

Bảng 1. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân

Số lần điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Công nhân viên chức	1	10
Nông dân	5	16.7
Học sinh, sinh viên	0	0
Cán bộ hưu	4	13.3
Tự do	18	60
Tổng	30	100

* Nhận xét: về nghề nghiệp, nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), tiếp theo là nông dân (16,7%)

Bảng 2. Phân bố lý do vào viện của bệnh nhân

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	12	40,0
Tai nạn lao động	13	43,3
Tai nạn sinh hoạt	3	10,0
Xung đột, bạo lực	2	6,7
Tổng	30	100,0

*Nhận xét: Hai nguyên nhân chính gây chấn thương dẫn đến máu đông màng phổi là tai nạn lao động (43,3%) và tai nạn giao thông (40%).

Bảng 3. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện

	Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
Thời gian chấn thương đến khi nhập viện	< 24h	26	86,7
	24h- 72h	0	0
	> 72h	4	13,3

Nhận xét: 86,7% bệnh nhân nhập viện sớm, trong vòng < 24 giờ sau chấn thương. Không có bệnh nhân nào nhập viện trong khoảng thời gian 24 -72h sau chấn thương

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

	Triệu chứng lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ %
Cơ năng	Đau ngực	30	100
	Khó thở	10	33,3
	Ho ra máu	0	0
Thực thể	Hội chứng 3 giảm	30	100
	Biến dạng lồng ngực	1	3,33
	Tam chứng Galliard	0	0
	Tràn khí dưới da	3	10
	Tổn thương ngực bên trái	16	53,3
	Tổn thương ngực bên phải	11	36,7
	Tổn thương ngực hai bên	3	10,0

Nhận xét: Triệu chứng đau ngực và hội chứng 3 giảm gặp ở tất cả các bệnh nhân; Tổn thương bên trái có số lượng nhiều nhất với 53,3%

* Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được phẫu thuật: ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 10 ngày, trung bình 4,63 ± 2,22 ngày

Bảng 5. Mối liên quan giữa số lượng xương sườn gãy và mức độ tràn dịch của bệnh nhân trên phim chụp cắt lớp vi tính

Số lượng xương sườn gãy	Tràn máu vừa	Tràn máu nhiều	p
Từ 1 -3 xương	6 (75%)	2(25%)	0,645
Gãy trên 3 xương sườn	16 (72,7%)	6 (27,3%)	

Nhận xét: Theo nghiên cứu chúng tôi chưa thấy sự khác biệt về mức độ tràn máu màng phổi giữa nhóm gãy 1-3 xương sườn và gãy trên 3 xương sườn (p=0,645)

* Thời gian phẫu thuật: thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 60 phút trung bình là 46,7 ± 5,9 phút

Bảng 6. Mức phân loại mức độ dịch trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực trước phẫu thuật và trong phẫu thuật

Mức độ dịch KMP đo trên Ctscaner trước phẫu thuật		Mức độ KMP trong phẫu thuật			p
		Ít	Vừa	Nhiều	
Mức độ	Ít	0	16 (100)	0	0,09
	Vừa	0	11 (78,6)	3 (21,4)	
	Nhiều	0	0	0	
Tổng		0	27 (90,0)	3 (10,0)	

Nhận xét: 16 bệnh nhân có mức độ ít trên phim chụp cắt lớp trước phẫu thuật, khi phẫu thuật lượng dịch là mức độ vừa.

Bảng 7. Các phương pháp xử trí thương tổn

Phương pháp xử trí thương tổn	Số lượng	Tỷ lệ %
Hút lấy máu đông khoang màng phổi	30	100
Đốt điện cầm máu	30	100
Gỡ nhu mô phổi kẹt vào xương sườn gãy	4	13,3
Chuyển mổ mở	0	0
Tổng	30	100,0

Nhận xét: Tất cả 30 bệnh nhân đều được xử trí thành công bằng VATS, với các phương pháp:

- Đốt điện cầm máu được thực hiện ở 100% trường hợp.
- Gỡ nhu mô phổi bị kẹt vào xương sườn gãy được thực hiện ở 4 bệnh nhân (13,3%)

* Số ngày dẫn lưu khoang màng phổi: ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 5 ngày, trung bình 3,4 ± 0,77 ngày

Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2 trường hợp tràn máu màng phổi tái phát (6,6%) phải chọc hút dịch. 1 trường hợp (3,3%) bị nhiễm trùng vết mổ

Kết quả tốt 27 bệnh nhân chiếm 90%, kết quả khá 3 bệnh nhân (10%)

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng bệnh nhân chủ yếu là nam giới, chiếm 86,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác về chấn thương ngực kín của Phạm Đoàn Ngọc Tuân [8] (72,30%), Đoàn Duy Hùng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn tỷ lệ này là 85%[8]. Điều này phản ánh xu hướng chung là chấn thương, đặc biệt là tai nạn giao thông và tai nạn lao động, thường xảy ra ở nam giới trong độ tuổi lao động [4], [8]

Về nguyên nhân chấn thương, nghiên cứu này nhận thấy tai nạn lao động chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%), tiếp theo là tai nạn giao thông (40%). Điều này có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác về nguyên nhân do tai nạn giao thông là chính; tỷ lệ này của Đoàn Duy Hùng là 60,2% [4], theo Phạm Đoàn Ngọc Tuân là 67,47% [8]. Tỷ lệ tai nạn lao động cao do tỉnh Thái Nguyên tập trung nhiều khu công nghiệp, tốc độ phát triển đô thị nhanh.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu (86,7%) nhập viện trong vòng <24 giờ sau chấn thương.

Các triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất ở bệnh nhân máu đông màng phổi là đau ngực và hội chứng ba giảm, đều gặp ở 100% bệnh nhân. Tổn thương thường gặp ở bên trái (53,3%), tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác như Đoàn Duy Hùng, Đoàn Quốc Hưng đã báo cáo 56,8% tại bệnh viện Xanh Pôn [4], theo Phạm Đoàn Ngọc Tuân 65,06% [8]).

Về mối liên quan giữa tổn thương thành ngực và tràn máu màng phổi, nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng xương sườn gãy (1-3 xương so với >3 xương) và mức độ tràn máu màng phổi (vừa so với nhiều) (p=0.645). Tuy nhiên, các nghiên cứu khác đã chứng minh gãy nhiều xương sườn (>3 xương) làm tăng nguy cơ tổn thương phức tạp hơn như tràn máu phối hợp tràn khí khoang màng phổi (p = 0.021) và dập phổi (p = 0.035)[4]

Thời điểm thực hiện phẫu thuật là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng. Trong nghiên cứu này, thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được phẫu thuật là ngắn nhất 2 ngày, dài nhất là 10 ngày, và trung bình là 4,63 ± 2,22 ngày. Thời điểm can thiệp phẫu thuật nội soi lồng ngực là then chốt, vì can thiệp sớm (lý tưởng là trong vòng 3 đến 10 ngày sau chấn thương) có thể ngăn ngừa các biến chứng như xơ hóa màng phổi và viêm mủ màng phổi. Việc trì hoãn phẫu thuật sau 5 ngày sau chấn thương có thể làm tăng nguy cơ biến chứng và chuyển sang mổ mở do sự hình thành các mảng dính dày đặc giữa phổi và thành ngực. Thời gian trung bình 4,63 ngày từ khi nhập viện đến phẫu thuật của nghiên cứu này cho thấy các can thiệp được thực hiện tương đối sớm, nằm trong khoảng thời gian được chấp nhận[1].

Matthew đã chọn sử dụng các ngưỡng trên phim chụp cắt lớp vi tính xấp xỉ 20% để phân biệt giữa kích thước nhỏ và trung bình và 40% để phân biệt giữa kích thước trung bình và lớn, dựa trên các ngưỡng thể tích để lập kế hoạch điều trị [6]; nghiên cứu của chúng tôi mức ít trên phim chụp cắt lớp vi tính nhưng khi hút máu đông trong khoang màng phổi là mức độ trung bình ở 16 bệnh nhân điều này cho thấy nó còn phụ thuộc vào thể tích khoang màng phổi tùy theo bệnh nhân.

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi lồng ngực sớm (trong vòng 4 ngày) có thể được thực hiện an toàn và đạt kết quả lâm sàng tốt hơn. Thời gian chờ đợi kéo dài (trung bình 8,35 ngày, tức là trên 4 ngày) ở nhóm mổ muộn làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng màng phổi (29,0% so với 6,7% ở nhóm mổ sớm)[8].

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cho phép hút sạch máu đông, xác định vị trí ống dẫn lưu tốt hơn, và điều trị trực tiếp các chấn thương gây chảy máu [5].

Trong nghiên cứu này, tất cả 30 bệnh nhân đều được xử trí thành công bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực và không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở. Tỷ lệ thành công này cao hơn đáng kể so với một nghiên cứu khác, theo Navsaria 9/46 bệnh nhân (chiếm 20%) phải chuyển sang mở ngực do dày dính khoang màng phổi nhiều [9]

Ưu điểm nổi bật của phẫu thuật này quan sát được điểm chảy máu trên thành ngực xử trí bằng đốt điện cầm máu, hút triệt để dịch đặc và máu đông trong khoang màng phổi được tiến hành với 100% bệnh nhân, thấy được nhu phổi kẹt vào ổ gãy xương sườn đã giải phóng nhu mô phổi bị kẹt vào ổ gãy (13,3%).

Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi được đánh giá là Tốt ở 90% và Khá ở 10% bệnh nhân, không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình hoặc xấu.

Biến chứng sau phẫu thuật gồm 2 trường hợp (6,6%), trong đó 1 bệnh nhân nhiễm trùng nông vết mổ, được thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh liều cao hai loại đã hết tình trạng nhiễm trùng. Một bệnh nhân tràn dịch khu trú sau rút dẫn lưu, do chảy máu tái phát từ ổ gãy xương sườn, sau khi rút dẫn lưu bệnh nhân đi lại vận động mạnh, đã được chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm được 70 ml dịch hồng, hướng dẫn tập thở bằng dụng cụ, chụp cắt lớp vi tính kiểm tra lại sau 2 ngày hết tràn dịch khu trú. Trong khi đó, tác giả Phạm Đoàn Ngọc Tuân đã báo cáo 1 trường hợp (1,2%) viêm mủ màng phổi trong tổng số 83 bệnh nhân [8], theo Đoàn Ngọc Hùng báo cáo có 7 bệnh nhân (12,06%) tràn dịch tái phát sau phẫu thuật [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình là 46,7 ± 5,9 phút. Số ngày dẫn lưu khoang màng phổi trung bình là 3,4 ± 0,77 ngày. Thời gian này tương đồng với tác giả Pradeep với thời gian rút ống dẫn lưu trung vị 4 ngày trong nhóm phẫu thuật nội soi lồng ngực thành công [10]

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp an toàn và hiệu quả cao để điều trị máu đông màng phổi sau chấn thương tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên, tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ biến chứng thấp và không nặng nề.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bondulich G, Gonzalez Rivas D. Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery, Argentinian experience. J Vis Surg. 2017;3:60. doi:10.21037/jovs.2017.03.21.

[2] Chou YP, Lin HL, Wu TC. Video-assisted thoracoscopic surgery for retained hemothorax in blunt chest trauma. Curr Opin Pulm Med. 2015;21(4):393–398. doi:10.1097/MCP.0000000000000173

[3] Nguyễn Hoài Nam (2006) Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị máu đông trong khoang màng phổi, *Phẫu thuật nội soi lồng ngực*, tr 113- 138.

[4] Đoàn Duy Hùng, Đoàn Quốc Hưng. Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội giai đoạn 2012–2014. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2020;14:3–9. https://doi.org/10.47972/vjcts.v14i.165

[5] Coccolini et al (2025) Thoracic trauma WSES-AAST guidelines, *World Journal of Emergency Surgery;* 20:78

[6] Matthew P Moy, Jeffrey M Levsky, Netanel S Berko (2012) A New, Simple Method for Estimating Pleural Effusion Size on CT Scans, *Chest, Nov* 8;143(4):1054–1059

[7] Nguyễn Ngọc Bích (2010), "*Phẫu thuật nội soi lồng ngực với một số bệnh thường gặp (sách chuyên khảo)*", NXB Y học, Hà nội

[8] 8. Phạm Đoàn Ngọc Tuân, Đinh thị Tú Trinh và cs (2023), Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;59:100–109.

[9] Navsaria, P. H., Vogel, R. J., & Nicol, A. J. (2004). Thoracoscopic evacuation of retained posttraumatic hemothorax. The Annals of thoracic surgery, 78(1), 282–286.

[10] Pradeep H. N et all (2004), Thoracoscopic Evacuation of Retained Posttraumatic Hemothorax, *Ann Thorac Surg*;78:282–6