

2020;35(suppl 1)doi:Accessed August 6, 2021.
https://www.mdsabstracts.org/abstract/estimat
n-of-the-2020-global-population-of-parkinsons-
disease-pd/

6. **Park J, Koh S-B, Kwon K-Y, et al.** Validation Study of the Official Korean Version of the Movement Disorder Society-Unified Parkinson's

Disease Rating Scale. J Clin Neurol. 2020;16(4): 633-645. doi:10.3988/jcn.2020.16.4.633.

7. **Zitser J, Peretz C, David AB, et al.** Validation of the Hebrew version of the Movement Disorder Society—Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Parkinsonism & related disorders. 2017;45:7-12. doi:10.1016/j.parkreldis.2017.09.012

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Hoàng Hà¹, Trịnh Trường Giang¹,
Phạm Đức Trung¹, Dương Thị Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tràn dịch màng phổi và xác định một số yếu tố liên quan tràn dịch màng phổi ác tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu toàn bộ, thu được 179 bệnh nhân tràn dịch màng phổi điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên, từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023. Bệnh nhân được chia thành 02 nhóm tràn dịch màng phổi ác tính và tràn dịch màng phổi không ác tính. **Kết quả và bàn luận:** Tràn dịch màng phổi gặp giới nam 66,5%, ≥50 tuổi 70,4%, có tiền sử tràn dịch màng phổi 11,2%. Triệu chứng đau ngực kiểu màng phổi 86,0%, hội chứng ba giảm 82,1%, khó thở 67,6%. Số lượng trung bình 45,3%, một bên 89,4%, dịch vàng chanh 72,1%. Cell Block để chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính chiếm 17,9%. Căn nguyên là ung thư phổi 62,5%. Carcinoma tuyến 78,1%. Yếu tố liên quan chặt chẽ tràn dịch màng phổi ác tính là: tràn dịch tái lập nhanh, Giảm cân, số lượng dịch và màu dịch với $p < 0,01$. **Kết luận:** Đa số gặp tràn dịch màng phổi một bên, dịch tiết, dịch màu vàng chanh. Tỷ lệ tràn dịch màng phổi ác tính là 17,9%, chủ yếu do carcinoma tuyến di căn từ phổi. Một số yếu tố liên quan đến tràn dịch màng phổi ác tính gồm ≥50 tuổi, có tiền sử tràn dịch màng phổi, giảm cân, dịch tái lập nhanh, số lượng dịch nhiều và dịch thường có màu đỏ, hồng. Nên chỉ định cellblock trong bệnh cảnh tràn dịch màng phổi.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi, Tràn dịch màng phổi ác tính, Cell Block, bệnh viện Phổi.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PLEURAL EFFUSION AND SOME FACTORS RELATED TO MALIGNANT PLEURAL EFFUSION AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL IN 2023

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with pleural effusion and identify some factors related to malignant pleural effusion. **Methods:** Descriptive study, total sample size, obtained 179 pleural effusion patients treated at Thai Nguyen Lung Hospital, from June 2022 to June 2023. Patients were divided into 02 groups of malignant pleural effusion and non-malignant pleural effusion. **Results and discussion:** Pleural effusion occurred in 66.5% of men, 70.4% ≥50 years old, and 11.2% with a history of pleural effusion. Symptoms of pleuritic chest pain were 86.0%, triple reduction syndrome was 82.1%, and dyspnea was 67.6%. The volume of fluid was average 45.3%, one side 89.4%, yellowish lemon fluid color 72.1%. Cell Block to diagnose malignant pleural effusion accounts for 17.9%. The cause is lung cancer 62.5%. Adenocarcinoma 78.3%. Factors closely related to malignant pleural effusion are: rapid recovery of effusion, weight loss, fluid quantity and fluid color with $p < 0.01$. **Conclusion:** Most people experience unilateral pleural effusion, exudate, and yellowish lemon fluid color. The rate of malignant pleural effusion is 17.9%, mainly due to metastatic adenocarcinoma from the lung. Some factors related to malignant pleural effusion include being ≥50 years old, having a history of pleural effusion, weight loss, rapid fluid recovery, large amounts of fluid, and fluid that is often red or pink in color. Cellblock should be prescribed in the setting of pleural effusion.

Keywords: Pleural effusion, malignant pleural effusion, Cell Block, Lung hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là tình trạng khoang phổi có nhiều dịch bất thường, gây ra đau ngực, ho, khó thở. Tràn dịch màng phổi là bệnh lý phức tạp và ngày càng phổ biến thường gặp trong lâm sàng. Bệnh diễn tiến nhanh, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, có thể gây suy hô hấp thậm chí gây tử vong.

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tràn dịch ở màng phổi như: lao màng phổi, ung thư phổi, suy tim, viêm phổi, xơ gan cổ trướng ... trong đó

có tràn dịch màng phổi ác tính (TDMPAT) là bệnh lý nguy hiểm, diễn biến nhanh, tiên lượng nặng, tỷ lệ tái phát cao và tiêu tốn nhiều chi phí điều trị. TDMPAT có thể thứ phát do di căn ung thư từ cơ quan khác đến hoặc nguyên phát do ung thư trung biểu mô của màng phổi. TDMPAT là biến chứng phổ biến của bệnh ung thư nói chung, với tỷ lệ ước tính khoảng 500.000 ca mắc mới ở Mỹ và Châu Âu cộng lại [7].

Hiện nay bệnh viện Phổi Thái Nguyên hiện cũng chưa có nhiều nghiên cứu cho nhóm bệnh nhân này. Việc tìm hiểu đặc điểm và các mối liên quan đến TDMPAT sẽ giúp chẩn đoán, xử trí kịp thời qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tràn dịch màng phổi

2. Xác định một số yếu tố liên quan tràn dịch màng phổi ác tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tràn dịch màng phổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng chọc hút thấy có dịch màng phổi có làm xét nghiệm kỹ thuật cellblock dịch màng phổi.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu toàn bộ, thu được 179 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được chia thành 02 nhóm tràn dịch màng phổi ác tính (TDMPAT) và tràn dịch màng phổi không ác tính (TDMPKAT).

2.3. Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn nghiên cứu:

* Chỉ tiêu về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi. Giới. Tiền sử tràn dịch màng phổi. Tiền sử hút thuốc. Tiền sử bệnh lý ác tính.

* Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng: Ho khan. Đau ngực kiểu màng phổi. Khó thở. Giảm cân. Dịch tái lập nhanh là dịch màng phổi tái lập 1000 ml dịch < 1 tuần, tái lập chậm là dịch màng phổi tái lập 1000 ml dịch sau 1 tuần [1].

* Chỉ tiêu về đặc điểm cận lâm sàng: Hình ảnh XQ phổi: số lượng (ít: từ góc sườn hoành; trung bình: hình mờ ở nửa dưới khoang màng phổi, đường cong Damoiseau; nhiều: hình mờ vượt quá 1/2 khoang màng phổi, có thể mờ đều toàn bộ một bên lồng ngực) [1] và vị trí (một bên hay hai bên phổi). Kết quả ptrotein dịch màng phổi. Kết quả xét nghiệm Cell Block dịch màng phổi và type mô bệnh học. Màu sắc dịch (vàng chanh, hồng, đỏ). Vị trí ung thư nguyên

phát dựa vào kết quả chẩn đoán của các bác sĩ chuyên khoa ung thư.

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu: Các kết quả khám, xét nghiệm, can thiệp điều trị đều được ghi vào bệnh án nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên và Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân tràn dịch màng phổi

Bảng 1. Đặc điểm chung của tràn dịch màng phổi

Đặc điểm	Nhóm	TDMPAT n (%)	TDMPKAT n (%)	Tổng n (%)
Tuổi	< 50	4 (12,5)	49 (33,3)	53 (29,6)
	≥50	28 (87,5)	98 (66,7)	126 (70,4)
	$\bar{X} \pm SD$	$63,7 \pm 14,1$	$57,4 \pm 20,3$	$58,5 \pm 19,4$
Giới	Nam	21 (65,6)	98 (66,7)	119 (66,5)
	Nữ	11 (34,4)	49 (33,3)	60 (33,5)
Tiền sử TDMP	Có	7 (21,9)	13 (8,8)	20 (11,2)
	Không	25 (78,1)	134 (91,2)	159 (88,8)
Tiền sử bệnh lý ác tính	Có	3 (9,4)	1 (0,7)	4 (2,2)
	Không	29 (90,6)	146 (99,3)	175 (97,8)
Hút thuốc	Có	19 (59,4)	71 (48,3)	90 (50,3)
	Không	13 (40,6)	76 (51,7)	89 (49,7)

Nhận xét: TDMP hay gặp ở nhóm đối tượng giới nam 66,5%, ≥50 tuổi 70,4%. Tiền sử TDMP có ở 11,2% và thường gặp ở nhóm TDMPAT 21,9%. Tiền sử bệnh lý ác tính chiếm 2,2% số bệnh nhân TDMP. Tiền sử hút thuốc chiếm 50,3%.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của tràn dịch màng phổi

Đặc điểm	Nhóm	TDMPAT n (%)	TDMPKAT n (%)	Tổng n (%)
Ho khan	Có	14 (43,8)	59 (40,1)	73 (40,8)
	Không	18 (56,2)	88 (59,9)	106 (59,2)
Đau ngực kiểu màng phổi	Có	28 (87,5)	126 (85,7)	154 (86,0)
	Không	4 (12,5)	21 (14,3)	25 (14,0)
Khó thở	Có	26 (81,2)	95 (64,6)	121 (67,6)
	Không	6 (18,8)	52 (35,4)	58 (32,4)
Hội chứng ba giảm	Có	29 (90,6)	118 (80,3)	147 (82,1)
	Không	3 (9,4)	29 (19,7)	32 (17,9)
Tràn dịch tái lập nhanh	Có	12 (37,5)	23 (15,6)	35 (19,6)
	không	20 (62,5)	147 (84,4)	144 (80,4)
Giảm cân	Có	14 (43,8)	31 (21,1)	45 (25,1)
	Không	18 (56,2)	116 (78,9)	134 (74,9)

Nhận xét: TDMP có các triệu chứng lâm sàng như: đau ngực kiểu màng phổi 86,0%, hội chứng ba giảm 82,1%, khó thở 67,6% và ho khan 40,8%. Ngoài ra các triệu chứng gặp tỷ lệ khác biệt nhiều giữa hai nhóm là tràn dịch màng tái lập nhanh ở nhóm TDMPAT 37,5% và TDMPKAT 15,6%, Giảm cân ở nhóm TDMPAT 43,8% và TDMPKAT là 21,1%.

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi

Triệu chứng	Nhóm TDMPAT n (%)	TDMPKAT n (%)	Tổng n (%)
Số lượng	Ít	5 (15,6)	40 (27,2)
	Trung bình	11 (34,4)	70 (47,6)
	Nhiều	16 (50,0)	37 (25,2)
Vị trí	Một bên	29 (90,6)	131 (89,1)
	Hai bên	3 (9,4)	16 (10,9)
Màu sắc dịch màng phổi	Vàng chanh	13 (40,6)	116 (78,9)
	Hồng nhạt	10 (31,3)	16 (10,9)
	Đỏ	9 (28,1)	15 (10,2)
Protein dịch màng phổi	≥30g/l	31 (96,9)	133 (90,5)
	< 30g/l	1 (3,1)	14 (9,5)
Cell Block	Dịch viêm	0,00	136 (92,5)
	Ung thư	32 (100)	0 (0,0)
	Khác	0 (0,0)	11 (7,5)

Nhận xét: Đa số TDMP với mức độ tràn dịch trung bình 45,3%. Thường gặp ở một bên 89,4%. Màu sắc dịch vàng chanh gặp với tần suất cao 72,1%. Protein dịch màng phổi ≥30g gặp ở đa số chiếm 91,6%. Sử dụng Cell Block để chẩn đoán xác định có 32 trường hợp TDMPAT chiếm 17,9% và TDMPKAT là 147 trường hợp chiếm 82,1%. Ta thấy các yếu tố số lượng dịch màng phổi, màu sắc dịch màng phổi có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tràn dịch màng phổi ác tính

Bảng 4: Một số căn nguyên của tràn dịch màng phổi ác tính

Bệnh nhân		Tần xuất	
Căn nguyên TDMPAT		n	%
Vị trí nguyên phát	Phổi	20	62,5
	Vú	4	12,5
	Ổng tiêu hóa	2	6,3
	Tiết niệu, sinh dục	2	6,3
	Chưa xác định u nguyên phát	4	12,5
Type mô bệnh học	Carcinoma vảy	5	15,6
	Carcinoma tuyến	25	78,1
	Carcinoma chưa rõ type	2	6,3

Nhận xét: Ung thư phổi (62,5%) là vị trí u nguyên phát chủ yếu của TDMPAT. Ngoài ra còn có ung thư vú chiếm 12,5%, ung thư ống tiêu hóa và tiết niệu sinh dục chiếm 6,3%, có 4 trường hợp chưa xác định được vị trí u nguyên phát. Carcinoma tuyến chiếm chủ yếu với 78,1% ngoài ra còn gặp carcinoma vảy (15,6%), 2 trường hợp chưa rõ type.

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến tràn dịch màng phổi ác tính

Yếu tố	Nhóm TDMPAT n (%)	TDMPKAT n (%)	χ^2 ; p
Tuổi	<50	4 (12,5)	49 (33,3)
	≥50	28 (87,5)	98 (66,7)
	$\bar{X} \pm SD$	63,7±14,1	57,4±20,3
Tiền sử TDMP	Có	7 (21,9)	13 (8,8)
	Không	25 (78,1)	134 (91,2)
Tràn dịch tái lập nhanh	Có	12 (37,5)	23 (15,6)
	không	20 (62,5)	147 (84,4)
Giảm cân	Có	14 (43,8)	31 (21,1)
	Không	18 (56,3)	116 (78,9)
Số lượng	Ít	5 (15,6)	40 (27,2)
	Trung bình	11 (34,4)	70 (47,6)
	Nhiều	16 (50,0)	37 (25,2)
Màu sắc dịch màng phổi	Vàng chanh	13 (40,6)	116 (78,9)
	Hồng nhạt	10 (31,3)	16 (10,9)
	Đỏ	9 (28,1)	15 (10,2)

Nhận xét: Ngoại trừ yếu tố tuổi ≥50 và có tiền sử TDMP có mối liên quan đến TDMPAT mức ý nghĩa p<0,05. Còn lại các yếu tố tràn dịch tái lập nhanh, Giảm cân, số lượng dịch và màu dịch có sự khác nhau giữa hai nhóm với mức ý nghĩa cao rõ rệt với p<0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của tràn dịch màng phổi. Về tuổi đa số bệnh nhân TDMP thuộc độ tuổi ≥50 chiếm 70,4% với độ tuổi trung bình ghi nhận là 58,5 ±19,4 tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm TDMPAT và TDMPKAT ghi nhận lần lượt là 63,7±14,1 tuổi và 57,4±20,3 tuổi, kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu gần đây của Lê Thành Đạt là 62,1±13,2 tuổi với TDMPAT và 51,5±17,7 tuổi với TDMPKAT [3]. Tỷ lệ TDMP ở nam giới chiếm tỷ lệ cao 66,5%, tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Trần Hoàng Duy với tỷ lệ nam giới chiếm 68,0% [5].

Trong ba đặc điểm tiền sử ghi nhận gồm tiền sử TDMP, tiền sử bệnh lý ác tính, hút thuốc nhận thấy tiền sử TDMP có ý nghĩa thống kê liên quan tới TDMPAT ghi nhận 21,9% trường hợp TDMP ác tính có tiền sử TDMP chiếm con số này

ở nhóm TDMPKAT là 8.8%. Mặc dù mức ý nghĩa còn thấp với tiền sử bệnh lý ác tính và hút thuốc lá, tuy nhiên vẫn ghi nhận 3/4 trường hợp có tiền sử bệnh lý ác tính TDMPAT, 59,4% bệnh nhân TDMPAT có tiền sử hút thuốc. Qua đó phần nào cho thấy tiền sử bệnh lý ác tính và hút thuốc là yếu tố nguy cơ của TDMPAT.

Tỷ lệ phát hiện các triệu chứng lâm sàng trên nhóm TDMPAT đều cao hơn nhóm TDMPKAT với ho khan (43,8% và 40,1%), khó thở (81,2% và 64,6%), hội chứng ba giảm (90,6% và 80,3%), đau ngực kiểu màng phổi (87,5% và 85,7%), giảm cân (43,8% và 21,2%), tràn dịch tái lập nhanh (37,5% và 15,6%). Theo nghiên cứu của Vũ Đỗ cũng ghi nhận xu hướng xuất hiện các triệu chứng này với tần suất cao trên nhóm TDMP do ung thư với ho khan (55,0%), khó thở (80,0%), đau ngực (95,0%), hội chứng ba giảm (85,0%), sút cân (40%), dịch tái lập nhanh (35,0%)[2].

Đa số gặp số lượng dịch nhiều (50%) trong TDMPAT và số lượng dịch trung bình (47,6%) trong TDMPKAT, kết quả này là tương đồng với một số tác giả ở Việt Nam theo Lê Thành Đạt TDMP số lượng nhiều gặp chủ yếu ở nhóm TDMPAT (49%) và ở nhóm TDMPKAT gặp chủ yếu TDMP số lượng trung bình (59%) [3]. Mặc dù dịch màu vàng chanh chiếm đa số trong cả hai nhóm lần lượt là TDMPAT 40,6% và TDMPKAT là 78,9%, nhưng chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cao hơn dịch màu đỏ và màu hồng ở nhóm TDMPAT lần lượt là 28,1% và 31,3%. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, Lê Thành Đạt cũng chỉ ra rằng trong các trường hợp TDMPAT có 53,2% ca có dịch màng phổi màu vàng chanh, 26,8% màu cam, 20% trường hợp màu đỏ-nâu [3]. Theo Nguyễn Duy Hoàng nghiên cứu 146 bệnh nhân TDMPAT có tỷ lệ màu đỏ, màu hồng chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,4% [6].

TDMP một bên chiếm đa số ở nhóm TDMPAT là 90,6% và nhóm TDMPKAT là 89,1% đồng thời không thấy sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, tương đồng với nghiên cứu của Lê Thành Đạt với TDMP một bên trong nhóm 2 nhóm TDMPAT và TDMPKAT là 87,5% và 88,5%, chỉ ra sự khác nhau về bên tràn dịch không có ý nghĩa thống kê [3]. Protein dịch màng phổi $\geq 30\text{g/l}$ ở hai nhóm cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, TDMPAT là 96,9% và TDMPKAT là 90,5%, Theo Lê Thành Đạt trong các mẫu dịch TDMPAT số lượng protein trung bình là $43,5 \pm 8,9 \text{ g/l}$ [3]. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân TDMPAT là dịch thẩm khi bệnh nhân ở giai đoạn sớm hoặc kèm suy tim, xẹp phổi.

Nghiên cứu sử dụng Cell Block dịch màng phổi để chẩn đoán xác định TDMPAT, trong nghiên cứu Lê Hoàn trên 85 bệnh nhân được chẩn đoán TDMPAT cũng chỉ ra Cell Block dịch màng phổi và sinh thiết màng phổi cho phép chẩn đoán xác định với tỷ lệ phát hiện ung thư đạt lần lượt là 67,1% và 79,7%[5]. Qua kết quả Cell Block tại bảng 3, trong tổng số 179 bệnh nhân có 32 trường hợp TDMPAT (17,9%) và TDMPKAT là 147 trường hợp (82,1%), tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Đỗ trong tổng số 163 bệnh nhân cũng thu được 20 bệnh nhân TDMP do ung thư [2].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tràn dịch màng phổi ác tính. Nguyên nhân hay gặp nhất gây TDMPAT là ung thư phổi (62,5%) các nghiên cứu khác cũng cho thấy điều tương tự, nghiên cứu của Lê Hoàn cho thấy nguyên nhân hay gặp nhất là ung thư phổi di căn màng phổi chiếm 58,8% [5]. Theo Nguyễn Duy Hoàng nguyên nhân gây TDMPAT do ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 86,3% [6]. Điều này là phù hợp do màng phổi là cơ quan lân cận với ung thư phổi nên dễ xâm lấn và di căn tới, mặt khác bệnh viện Phổi Thái Nguyên chuyên điều trị các bệnh hô hấp nên tỷ lệ gặp nguyên nhân do ung thư phổi là cao hơn. Về type mô bệnh học trên Cell Block chúng tôi ghi nhận Carcinoma tuyến chiếm chủ yếu với 78,1%, nghiên cứu của Lê Hoàn ung thư biểu mô tuyến cũng chiếm chủ yếu 82,4% [5]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Hoàng tỷ lệ này là 90,4% có cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, lý giải cho điều này là do ngoài nhuộm Hematoxylin-eosin thường quy còn có thêm các phương pháp nhuộm khác như hóa mô miễn dịch để hỗ trợ chẩn đoán [6].

Kết quả tại bảng 5 cho thấy các yếu tố tràn dịch tái lập nhanh, giảm cân, số lượng dịch nhiều và màu sắc dịch màng phổi màu hồng, đỏ có mối liên quan đến TDMPAT với mức ý nghĩa $p < 0,01$. Các yếu tố tuổi và có tiền sử tràn dịch liên quan tới TDMPAT với $p < 0,05$. Giới, tiền sử bệnh lý ác tính, hút thuốc, ho khan, đau ngực kiểu màng phổi, khó thở, hội chứng ba giảm, vị trí và protein dịch màng phổi là các yếu tố không liên quan tới chẩn đoán TDMPAT với $p > 0,05$.

Cụ thể TDMPAT có nhóm tuổi ≥ 50 cao hơn 87,5% so với 66,7% ở nhóm còn lại. Tiền sử TDMP ở nhóm TDMPAT cũng xuất hiện nhiều hơn với 21,9% so với 8,8% ở nhóm TDMPKAT, lý giải cho điều này do đặc điểm của TDMP do ung thư là dịch tái phát nhiều và nhanh [1]. Tràn dịch tái lập nhanh 37,5% ở TDMPAT với 15,6% TDMPKAT, theo nghiên cứu của Vũ Đỗ dịch tái lập nhanh hay gặp nhất ở nhóm TDMP do ung

thư với tỷ lệ 35,0% với mức ý nghĩa rất cao ($p < 0,001$) [2]. Lý giải cho điều này có thể do cơ chế sản xuất dịch màng phổi trong tràn dịch màng phổi ác tính, gồm sự tắc nghẽn các lỗ (stomata) dẫn lưu bạch huyết trên lá thành màng phổi dẫn tới giảm tái hấp thu dịch màng phổi, kết hợp với sự tăng sản sinh dịch do tăng tính thấm từ mạch máu của màng phổi và mạch máu của khối u [7]. Giảm cân 43,8% ở TDMPAT với 21,1% ở nhóm còn lại, cũng theo nghiên cứu của Vũ Đổ ghi nhận Sút cân nhiều nhất ở nhóm TDMP do ung thư (40%), tuy nhiên mức ý nghĩa còn thấp với $p = 0,115$. Giải thích cho sự chênh lệch này do triệu chứng giảm cân có thể gặp ở cả nhóm bệnh ung thư cũng như bệnh do lao, đồng thời cũng khác nhau địa điểm và thời gian nghiên cứu. Số lượng dịch nhiều chiếm đa số ở TDMPAT 50,0%, trong khi đó nhóm TDMPKAT số lượng dịch trung bình chiếm đa số 47,6%. Lê Thành Đạt và cộng sự TDMP thấy nhóm TDMPAT có hình ảnh X-Quang phổi TDMP lượng nhiều hơn nhóm còn lại 1,8 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$ [3]. Màu sắc dịch hồng và đỏ ở nhóm TDMPAT cũng gặp tỷ lệ nhiều hơn lần lượt là 31,3% và 28,1% so với 10,9% và 10,2%. Cũng theo Lê Thành Đạt, bệnh nhân nhóm TDMPAT có màu đỏ-nâu nhiều hơn nhóm không tràn dịch màng phổi ác tính còn lại 4,5 lần, với $p < 0,001$ [3].

V. KẾT LUẬN

Nam giới trên 50 tuổi là yếu tố nguy cơ của TDMP. Trên lâm sàng đa số gặp tràn dịch một bên, dịch tiết với đặc điểm dịch màu vàng chanh và protein dịch màng phổi ≥ 30 g/l. Bắt gặp tỷ lệ TDMPAT là 17,9%, chủ yếu do carcinoma tuyến di căn từ phổi. Một số yếu tố liên quan đến tràn

dịch màng phổi ác tính gồm ≥ 50 tuổi, có tiền sử TDMP, giảm cân, dịch tái lập nhanh, số lượng dịch nhiều và dịch thường có màu đỏ, hồng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các thầy thuốc chuyên khoa hô hấp nên chỉ định Cell Block trong bệnh cảnh tràn dịch màng phổi vì đây là kĩ thuật mới, phát hiện được TDMPAT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp. Ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Vũ Đổ** (2023). Nghiên cứu kết quả nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân và điều trị tràn dịch màng phổi. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
3. **Lê Thành Đạt và CS** (2023). Đặc điểm dịch tế và cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Tạp chí y học Việt Nam, tập 531, số 2 (2023), tr. 46-49.
4. **Trần Thanh Hùng và CS** (2019). Đánh giá kết quả sinh thiết màng phổi ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Cần Thơ năm 2018. Tạp chí Y học Cần Thơ số 22-23-24-25/2019.
5. **Lê Hoàn và CS** (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của tràn dịch màng phổi ác tính. Tạp chí Y học lâm sàng, số 96, tr. 82-87.
6. **Nguyễn Duy Hoàng và CS** (2022). Khảo sát nguyên nhân tràn dịch màng phổi ác tính được chẩn đoán bằng kỹ thuật khối tế bào tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí y học Việt Nam, tập 521 số đặc biệt (2022), Hội thảo khoa học giải phẫu bệnh – tế bào bệnh học Việt Nam lần thứ 10, tr. 58-64.
7. **Gonnelli F, et al** (2024). Malignant pleural effusion: current understanding and therapeutic approach.

TUÂN THỦ VIỆC SỬ DỤNG THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TIỀN GIANG TRONG GIAI ĐOẠN DỊCH COVID-19

Đỗ Quang Thành¹, Nguyễn Thụy Hồng Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tăng huyết áp (THA) là một vấn đề phổ biến và nguy hiểm trong cộng đồng. Tuân

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quang Thành

Email: doquangthanh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

thủ điều trị, bao gồm việc sử dụng thuốc và thay đổi lối sống, đóng vai trò quan trọng trong quản lý bệnh nhân THA. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân vẫn gặp khó khăn trong việc duy trì tuân thủ đầy đủ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại Khoa Khám - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang trong bối cảnh dịch Covid-19 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân THA từ 18 tuổi trở lên, đang điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội Tim mạch. Sử dụng phương pháp