

đoán tam bội trước 14 tuần thai là rất khó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trường hợp tam bội 69,XXY có biểu hiện thai ngừng phát triển khi được 7 tuần thai do vậy không quan sát thấy rõ các đặc điểm đặc trưng của thể tam bội.

Kết quả cho thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa bất thường phát hiện được trên siêu âm và kết quả bất thường nhiễm sắc thể đồ của rau thai. Các triệu chứng dị tật là hậu quả của bất thường di truyền được phát hiện trên mẫu gai rau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy lệch bội nhiễm sắc thể thường là dạng bất thường nhiễm sắc thể thường gặp nhất. Hội chứng Turner là hội chứng bất thường thường gặp nhất. Và triệu chứng phù thai là triệu chứng bất thường được quan sát thấy nhiều nhất trên siêu âm quý I thai kì. Có mối liên quan giữa tuổi mẹ cao và tỷ lệ mất thai, thai dị tật. Có sự tương quan chặt chẽ giữa bất thường phát hiện được trên siêu âm và kết quả bất thường nhiễm sắc thể đồ của rau thai.

VI. KIẾN NGHỊ

Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ gai rau sử dụng Tripsin/EDTA và Collagenase là phương pháp xét nghiệm có độ tin cậy cao, nên được chỉ định thường quy trong đánh giá nguyên nhân thai sảy – thai lưu, thai dị tật. Kết quả của xét nghiệm giúp tiên lượng – giải thích cho lần mang

thai này và là tư liệu quan trọng giúp tiên lượng cho các lần mang thai sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chew LC, Reed DJ, et al. Fetal Growth Restriction. StatPearls Publishing 2024.
2. Dejmek. J, Vojtassák, and Malová. J, Cytogenetic analysis of 1508 spontaneous abortions originating from south Slovakia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1992, 46(2-3), 129-36.
3. Genest, D.R., et al., Fetoplacental histology as a predictor of karyotype: a controlled study of spontaneous first trimester abortions. Hum Pathol, 1995, 26(2), 201-9.
4. Grossman, T.B. and S.T. Chasen, Abortion for Fetal Genetic Abnormalities: Type of Abnormality and Gestational Age at Diagnosis. AJP Rep, 2020, 10(1), e87-e92.
5. Hassold, T., et al., A cytogenetic study of 1000 spontaneous abortions. Ann Hum Genet, 1980, 44(2), 151-78.
6. Nybo Andersen, A.M., et al., Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. Bmj, 2000, 320(7251), 1708-12.
7. Ohno, M., T. Maeda, and A. Matsunobu, A cytogenetic study of spontaneous abortions with direct analysis of chorionic villi. Obstetrics & Gynecology, 1991, 77(3), 394-398.
8. Rolnik, D.L., et al., Sonographic detection of fetal abnormalities before 11 weeks of gestation. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2020, 55(5), 565-574.
9. Yakut, S., et al., Chromosome abnormalities identified in 457 spontaneous abortions and their histopathological findings. Turk Patoloji Derg, 2015, 31(2), 111-8.

VAI TRÒ CỦA ĐÁNH GIÁ TẾ BÀO HỌC TỨC THÌ ĐỐI VỚI NỘI SOI PHẪU QUẢN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG HẠCH VÙNG TRUNG THẤT

Nguyễn Đức Duy¹, Đặng Minh Xuân¹, Lê Hồ Ngọc Trâm²,
Lê Thượng Vũ^{1,2}, Đoàn Thị Phương Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá vai trò của Đánh giá tế bào học tức thì (ROSE) đối với Nội soi phễu quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phễu quản (EBUS – TBNA) trong việc chẩn đoán nhanh chóng, chính xác và thu thập số lượng mẫu thích hợp đối với các tổn thương hạch trung thất. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi

cứu trên 83 ca EBUS – TBNA được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 12/2022 đến 01/2024. Các biến số chính của nghiên cứu là thời gian thực hiện thủ thuật, sự tương hợp giữa chẩn đoán tế bào học và giải phẫu bệnh và số lượng tế bào thu thập được sau mỗi lần thực hiện thủ thuật. **Kết quả:** So sánh với kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng, độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của ROSE lần lượt là 84.9%, 92.7% và 88.4%. Độ tương hợp của ROSE và chẩn đoán giải phẫu bệnh giảm ở những trường hợp lấy nhiều chắt hạch trong cùng 1 lần thủ thuật. 92% ca có nhiều hơn 100 tế bào u, đủ để thực hiện xét nghiệm PD-L1 và các xét nghiệm phân tử khác. **Kết luận:** ROSE cho kết quả chẩn đoán có độ tương hợp cao với kết quả Giải phẫu bệnh cuối cùng, với tỷ lệ tương hợp là 88.4%. Gần như toàn bộ các trường hợp chẩn đoán ác tính đều đủ số lượng tế bào

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: duy.nd1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

để thực hiện xét nghiệm PD-L1. **Từ khóa:** Đánh giá tế bào học tức thì, EBUS – TBNA, tế bào học

SUMMARY

THE IMPACT OF RAPID ON-SITE EVALUATION ON EBUS-TBNA IN THE DIAGNOSIS OF MEDIASTINAL LYMPH NODE LESIONS

Objective: This study aimed to evaluate the role of Rapid On-Site Evaluation (ROSE) over Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS – TBNA) in rapid, accurate diagnosis and adequate sample collection for mediastinal lymph node lesions. **Materials and Methods:** A retrospective study on 83 EBUS – TBNA cases was performed at University Medical Center Ho Chi Minh City from December 2022 to January 2024. The main variables of the study were procedure time, concordance between cytological and pathological diagnosis, and number of cells collected after each procedure. **Results:** Compared with the final pathology results, the sensitivity, specificity, and accuracy of ROSE were 84.9%, 92.7%, and 88.4%, respectively. The concordance between ROSE and pathology diagnosis was reduced in cases where multiple lymph node biopsies were performed during the same procedure. 92% of cases had more than 100 tumor cells, which was sufficient for PD-L1 testing and other molecular tests. **Conclusion:** ROSE provided diagnostic results with high concordance with final Pathology results, with a concordance rate of 88.4%. Nearly all cases with malignant diagnoses had sufficient cells for PD-L1 and molecular testing.

Keywords: Rapid on-site evaluation, EBUS – TBNA, cytopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không chỉ là loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới, mà còn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý ung thư. Trong ung thư phổi, lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào việc chẩn đoán sớm và đánh giá chính xác giai đoạn bệnh. Phẫu thuật chỉ được lựa chọn trong các trường hợp u còn khu trú trong phổi hoặc hạch rốn phổi. Đối với ung thư phổi giai đoạn tiến triển, bệnh nhân sẽ nhận được các điều trị hệ thống như hóa trị liệu, liệu pháp miễn dịch hay liệu pháp nhắm trúng đích. Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) và Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET-CT Scan) là bước đầu tiên trong đánh giá giai đoạn bệnh. Tuy nhiên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh này có độ chính xác không cao, chỉ từ 64% – 79%. Ngoài đánh giá giai đoạn bệnh, điều trị ung thư phổi còn dựa vào các đặc điểm phân tử của u. Trong những năm gần đây, các thuốc điều trị dựa vào các đột biến gene cụ thể, như osimertinib trong đột biến EGFR hay alectinib trong các u có tái sắp xếp ALK, đã cải thiện sống còn cho những bệnh nhân ung thư phổi không tế

bào nhỏ (NSCLC). Hơn nữa, các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch PD-1 và PD-L1 đã được chỉ định như lựa chọn hàng đầu trong một số nhóm bệnh nhân cụ thể (1).

Để đánh giá tình trạng hạch bệnh lý, nội soi trung thất được xem như tiêu chuẩn vàng trong thu thập mẫu bệnh phẩm. Tuy nhiên các kỹ thuật ít xâm lấn và ít biến chứng hơn như Nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phế quản (EBUS – TBNA) đã được sử dụng rộng rãi nhằm chẩn đoán các hạch trung thất và hạch rốn phổi. Một số hướng dẫn đã đề xuất sử dụng EBUS – TBNA cho chẩn đoán và đánh giá giai đoạn các ca bệnh nghi ngờ NSCLC cũng như những bệnh nhân trước khi được phẫu thuật cắt phổi do NSCLC nên được đánh giá giai đoạn bệnh bằng kỹ thuật EBUS – TBNA (1).

Đánh giá tế bào học tức thì (ROSE) là phương pháp kiểm tra nhanh, tại chỗ phần mô thu được bằng kỹ thuật EBUS-TBNA, cho phép kiểm tra liệu mẫu thu được có phù hợp cho chẩn đoán hay không, giúp tăng hiệu quả trong chẩn đoán Giải phẫu bệnh. Với việc cho kết quả nhanh chóng, ROSE có thể góp phần giảm thời gian thực hiện thủ thuật, mang lại cho bác sĩ lâm sàng phản hồi nhanh chóng. ROSE còn giúp đánh giá số lượng tế bào, do đó làm tăng độ nhạy của kỹ thuật EBUS-TBNA. Sự tương đồng cao giữa ROSE và kết quả Giải phẫu bệnh cuối cùng đã được ghi nhận, làm cho ROSE trở thành một kỹ thuật bổ sung quan trọng để phân loại giai đoạn ung thư phổi bằng EBUS-TBNA (2).

Từ tháng 12/2022, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã triển khai kỹ thuật EBUS – TBNA nhằm chẩn đoán các tổn thương ở hạch trung thất và hạch rốn phổi, đi kèm với thực hiện ROSE nhằm mục đích đạt được kết quả chẩn đoán tối ưu nhất cho bệnh nhân. Đây là lần đầu tiên EBUS – TBNA được thực hiện kèm ROSE tại Việt Nam. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá vai trò của ROSE đối với EBUS – TBNA trong việc chẩn đoán nhanh chóng, chính xác và thu thập đủ số lượng mẫu cho các xét nghiệm bổ sung cần thiết để điều trị nhằm trúng đích ung thư phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được thực hiện EBUS – TBNA từ tháng 12/2022 đến tháng 01/2024 tại bệnh viện Đại học Y Dược, thực hiện trên các hạch rốn phổi và hạch trung thất, nhằm chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư phổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được thực hiện EBUS – TBNA kèm ROSE, (2) Còn đầy

đủ lam áp tế bào, lam nhuộm Hematoxulin - Eosin và block, (3) Có ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án về thời gian bắt đầu và kết thúc thủ thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân được thực hiện EBUS – TBNA nhưng không thực hiện ROSE, (2) Không có ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án điện tử

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả
Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Thu thập thông tin về tuổi, giới, chẩn đoán lâm sàng, thời gian thực hiện thủ thuật từ bệnh án điện tử.

- Chẩn đoán trên mẫu áp tế bào: Sau mỗi lần lấy mẫu, mẫu thử sẽ được đưa ngay xuống khoa Giải phẫu bệnh và được áp tế bào thành 2 lam. Một lam được nhuộm Giemsa cho mục đích chẩn đoán trên tế bào học và một lam được cố định trong cồn và nhuộm Papanicolaou. Bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ đánh giá trên vi thể và chẩn đoán thành các nhóm ác tính, lành tính, tế bào không điển hình và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Nhóm ác tính được xác định khi mẫu hiện diện các tế bào ác tính rõ rệt. Trong nhóm lành tính, ngoại trừ một số chẩn đoán viêm đặc hiệu như hạch viêm lao, trên lam cần hiện diện số lượng lymphô bào lành tính tối thiểu là ≥ 40 lymphô bào / quang trường lớn. Ở nhóm không điển hình, các tế bào với biến đổi nhân không điển hình hiện diện rải rác với số lượng ít trên lam phết. Những mẫu phết chỉ gồm hồng cầu,

chất nhầy, mô máu đông hoặc hiện diện các đám tế bào biểu mô hô hấp lành tính sẽ được xếp vào nhóm "không chẩn đoán".

- Chẩn đoán Giải phẫu bệnh: Các đánh giá mô bệnh học thường quy sẽ được thực hiện trên lam nhuộm Hematoxulin - Eosin cũng như dựa trên kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch (nếu cần thiết). Đồng thời, chúng tôi cũng đếm tổng số lượng tế bào u thu thập được trên mỗi ca bệnh.

Phân tích dữ liệu: Các biến liên tục được phân tích bằng phép kiểm t, phép kiểm Mann – Whitney U hoặc Kruskal – Wallis, các biến định lượng được phân tích bằng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher's exact. Giá trị $p < 0.05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

Y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM chấp thuận (Quyết định số 89/GCN-HĐĐĐ, ngày 01/12/2023)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học của mẫu nghiên cứu. Có tổng cộng 83 ca EBUS – TBNA được thực hiện tại bệnh viện chúng tôi trong thời gian twhcj hiện nghiên cứu. Trong số này, có 6 ca bệnh bệnh nhân được thực hiện EBUS – TBNA và EBUS – TBLB cùng một lúc. Tỷ lệ nam/nữ là 1.24/1 và tuổi trung bình trong nghiên cứu là 61.16 ± 11.93 .

3.2. Đặc điểm những chặng hạch được sinh thiết

Bảng 1: Đặc điểm của các vị trí hạch bạch huyết sinh thiết trong kỹ thuật EBUS - TBNA

Đặc điểm	N4 (L/R)	N7	N10 (L/R)	Hạch khác	p
Số lượng	32	53	16	8	
Thời gian thực hiện (phút)*					
- Tối đa	90	80	75	60	0.713 ^a
- Tối thiểu	25	20	30	30	
- Trung bình	51.25 ± 23.75	42.93 ± 15.09	47.4 ± 13.53	40 ± 14.14	
Số lần lấy mẫu**	1.1	1.09	1.27	1	0.188 ^a

*Chỉ những trường hợp có một chặng hạch được sinh thiết mới được sử dụng để tính thời gian thủ thuật trong bảng này

**Đây là số lần chọc hút lấy mẫu trung bình ở mỗi chặng hạch cho đến khi kết quả trên ROSE là phù hợp để kết thúc thủ thuật

^aKiểm định Kruskal – Wallis

Tổng cộng có 109 chặng hạch được sinh thiết với các đặc điểm của từng chặng hạch được

trình bày trong Bảng 1. Các chặng hạch thường được sinh thiết nhiều nhất là N4, N7 và N10, ngoài ra chúng tôi còn sinh thiết trên các chặng hạch 1, 11, hạch carina. Thời gian thực hiện thủ thuật nhanh nhất là 20 phút (trên hạch N7) và chậm nhất là 90 phút (trên hạch N4). Nhóm hạch N10 cần nhiều lần chọc hơn để đạt được chẩn đoán mong muốn, nhưng sự khác biệt giữa các nhóm hạch không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Mối liên hệ giữa số chặng hạch được sinh thiết trên mỗi lần thực hiện thủ thuật với thời gian thực hiện thủ thuật, kết quả trên ROSE và kết quả Giải phẫu bệnh

Đặc điểm	Số lượng hạch được sinh thiết		p
	Một chặng (n = 59)	Hai chặng (n = 24)	
Thời gian thực hiện (phút)	45.34 ± 16.98	54.55 ± 12.90	0.013 ^a
Kết quả trên ROSE			0.497 ^b

- Không chẩn đoán	9 (15.3%)	2 (8.3%)	
- Tế bào không điển hình	10 (16.9%)	2 (8.3%)	
- Lành tính	18 (30.5%)	12 (50%)	
- Ác tính	22 (37.3%)	8 (33.4%)	
Kết quả Giải phẫu bệnh			
- Không chẩn đoán	3 (5%)	2 (8.3%)	
- Lành tính	27 (45.8%)	12 (50%)	
- Ác tính	29 (49.2%)	10 (41.7%)	
Tỷ lệ tương hợp	95%	75%	0.624 ^b

^aKiểm định Mann – Whitney U; ^bKiểm định χ^2

Có 59 bệnh nhân (71%) được thực hiện sinh thiết trên 1 chằng hạch và có 24 bệnh nhân (29%) cần sinh thiết chằng hạch thứ 2 để đạt được mục đích chẩn đoán. Như được trình bày trong Bảng 2, nghiên cứu này cho thấy các trường hợp cần sinh thiết chằng hạch thứ 2 sẽ có thời gian thủ thuật kéo dài hơn đáng kể, nhưng đổi lại, làm giảm tỷ lệ của nhóm “Không chẩn đoán” trên ROSE. Một điều đáng lưu ý là các trường hợp chỉ sinh thiết một chằng hạch có tỷ lệ tương hợp rất cao giữa kết quả ROSE và kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng, trong khi tỷ lệ này thấp hơn đáng kể đối với những ca bệnh cần sinh thiết đến hai chằng hạch.

3.3. Sự tương hợp giữa kết quả ROSE và kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 3: Sự tương hợp giữa chẩn đoán trên ROSE và chẩn đoán Giải phẫu bệnh

Kết quả trên ROSE	Kết quả Giải phẫu bệnh			Nguy cơ ác tính
	Không chẩn đoán	Lành tính	Ác tính	
Không chẩn đoán	4	6	1	9.1%
Tế bào không điển hình	0	7	5	41.7%
Lành tính	0	25	5	16.7%
Ác tính	0	2	28	93.3%

Như các dữ liệu được trình bày trên Bảng 3, có 11 ca (13%) được xếp vào nhóm “Không chẩn đoán”. Khi so sánh với kết quả giải phẫu bệnh, phần lớn trong số này được xếp vào nhóm “Không chẩn đoán” (4 ca) và nhóm lành tính (6 ca), chỉ có 1 ca tìm thấy tế bào ác tính trên mẫu mô. Có 2 trường hợp được chẩn đoán lao và 1 trường hợp được chẩn đoán sarcoidosis trong nghiên cứu này. Khi so sánh với kết quả ROSE, chúng tôi nhận thấy chỉ có 1 ca hạch viêm lao được chẩn đoán chính xác trên ROSE. Nghiên cứu này cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của ROSE lần lượt là 84.9% và 92.7% với tỷ lệ tương hợp là 88.4%.

Bảng 4: Chẩn đoán Giải phẫu bệnh trong nghiên cứu

Chẩn đoán Giải phẫu bệnh	Số ca (n,%)
--------------------------	-------------

Không chẩn đoán	5 (6%)
Lành tính	38 (45.8%)
- Hạch lành tính, không đặc hiệu	35 (42.2%)
- Lao hạch	2 (2.4%)
- Sarcoidosis	1 (1.2%)
Ác tính	40 (48.2%)
- Carcinôm tuyến nguồn gốc từ phổi	27 (32.5%)
- Carcinôm tế bào gai	4 (4.8%)
- Carcinôm tế bào nhỏ	2 (2.4%)
- Carcinôm biệt hóa kèm	4 (4.8%)
- Carcinôm di căn từ các cơ quan khác	3 (3.6%)

Kết quả Giải phẫu bệnh cuối cùng của những ca bệnh trong nghiên cứu được tổng kết lại trong Bảng 4. Những bệnh nhân được thực hiện EBUS – TBNA có tỷ lệ đưa ra được chẩn đoán cuối cùng trên giải phẫu bệnh là 94%. Tỷ lệ các ca ác tính chiếm 48.2%, trong đó thường gặp nhất là carcinôm tuyến. Ngoài ra, chúng tôi còn gặp các trường hợp carcinôm tế bào gai, carcinôm tế bào nhỏ, carcinôm kém biệt hóa hoặc u di căn từ cơ quan ngoài phổi, với tỷ lệ mỗi nhóm đều dưới 5%. Trong các ca bệnh, có 91.2% các trường hợp NSCLC trong nghiên cứu này có đủ số lượng tế bào để thực hiện xét nghiệm PD-L1, trong đó tất cả các ca bệnh lấy được ít hơn 100 tế bào u nằm trong nhóm sinh thiết 1 chằng hạch.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy thời gian thực hiện thủ thuật của chúng tôi nhìn chung là dài hơn so với các nghiên cứu khác. Các nghiên cứu trước đây cho thấy thời gian thực hiện thủ thuật rơi vào khoảng 20 – 30 phút, tuy nhiên cũng có nghiên cứu cho thấy thời gian thực hiện thủ thuật có thể lên đến khoảng 36 – 46 phút. Thời gian thực hiện thủ thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước và vị trí tổn thương, kỹ năng của phẫu thuật viên cũng như số lần chọc hút, và ảnh hưởng của ROSE đến thời gian thực hiện thủ thuật cũng là một vấn đề cần bàn luận. Các nghiên cứu cho thấy ROSE không làm tăng thời gian thực hiện thủ thuật, mà ngược lại, ROSE còn giúp giảm số lần đâm kim cũng như giảm các thủ thuật xâm lấn tiếp theo mà bệnh nhân phải chịu đựng (2, 3). Thủ thuật kéo dài

trong nghiên cứu này có thể do thời gian di chuyển mẫu từ phòng mổ ra phòng sinh thiết lạnh, hơn nữa, các phẫu thuật viên cũng thực hiện khoảng 7 – 10 lần đâm kim trên mỗi tổn thương, thay vì 3 – 4 lần đâm kim như khuyến cáo, nhằm làm tăng số lượng tế bào u trong mẫu bệnh phẩm, phục vụ cho các xét nghiệm hóa mô miễn dịch và phân tử sau này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhằm mục đích đánh giá ý nghĩa và sự tương hợp của ROSE và kết quả Giải phẫu bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trước đây đều cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu cao giữa chẩn đoán trên ROSE và chẩn đoán giải phẫu bệnh, cũng như tỷ lệ chính xác rơi vào khoảng 88 – 95% (3). Nghiên cứu của chúng tôi ngoài việc khẳng định lại tính chính xác của ROSE, còn cho thấy rằng tỷ lệ tương hợp ở nhóm bệnh nhân được sinh thiết nhiều chằng hạch thấp hơn đáng kể. Nghiên cứu của Yarmus LB cũng cho thấy khi số lượng hạch sinh thiết càng tăng, năng suất chẩn đoán càng giảm (4). Các nguyên nhân có thể được đưa ra là các trường hợp này là các ca bệnh có kích thước u nhỏ, khó sinh thiết, thời gian thủ thuật kéo dài cũng làm gia tăng sự căng thẳng của cả phẫu thuật viên và bác sĩ giải phẫu bệnh. Vì vậy, chúng tôi cho rằng việc lựa chọn chằng hạch để sinh thiết lúc ban đầu là vô cùng quan trọng, có ảnh hưởng đến sự thành công của chẩn đoán ROSE. Khi so sánh với nhóm thực hiện EBUS – TBNA không kèm ROSE, các nghiên cứu có sự mâu thuẫn về giá trị chẩn đoán. Nghiên cứu của Zhao X. cho thấy ROSE không làm giảm tỷ lệ của nhóm “Không chẩn đoán” trên giải phẫu bệnh, ngược lại, Oki M cho thấy nhóm non – ROSE có tỷ lệ nhóm “Không chẩn đoán” cao hơn so với nhóm ROSE (3). Ở Việt Nam, một nghiên cứu về kỹ thuật EBUS – TBNA không kèm ROSE cho thấy tỷ lệ nhóm “Không chẩn đoán” vào khoảng 13.5% (5).

Sự khác biệt về tỷ lệ các thành phần u ác tính của chúng tôi so với các nghiên cứu trước (6) phản ánh sự khác biệt về dịch tễ học và cách tiếp cận chẩn đoán u phổi khác nhau ở từng khu vực địa lý. Vì thiếu các chương trình tầm soát quốc gia, những ca ung thư phổi ở Việt Nam đa số được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (7). Carcinôm tế bào gai và carcinôm tế bào nhỏ có tỷ lệ hiện diện ở trung tâm phổi nhiều hơn, có thể chẩn đoán dễ dàng bằng nội soi phế quản hoặc sinh thiết dưới hướng dẫn CT đối với các u kích thước lớn, trong khi đó, đa số các trường hợp carcinôm tuyến nằm ở ngoại vi phổi và có giai đoạn bệnh thấp hơn so với nhóm u nằm ở

trung tâm, nên cần các kỹ thuật như EBUS – TBNA để chẩn đoán xác định (8).

Trong thời đại y học chính xác, giải phẫu bệnh không chỉ mang vai trò chẩn đoán ác tính, mà còn giúp lựa chọn phác đồ phù hợp cho từng bệnh nhân, và 100 tế bào là số lượng tế bào tối thiểu cho xét nghiệm PD-L1. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trước đó cho thấy khoảng 90% các trường hợp EBUS – TBNA kèm ROSE có đủ số lượng tế bào, và vài nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này cao hơn ở nhóm có thực hiện ROSE (2). Các nghiên cứu cũng cho thấy đa các mẫu bệnh phẩm cũng có số lượng tế bào đủ để thực hiện các xét nghiệm về gene tiếp theo (1)

V. KẾT LUẬN

ROSE cho kết quả chẩn đoán có độ tương hợp cao với kết quả Giải phẫu bệnh cuối cùng, với tỷ lệ tương hợp là 88.4%. Gần như toàn bộ các trường hợp chẩn đoán ác tính đều đủ số lượng tế bào để thực hiện xét nghiệm PD-L1 cũng như các xét nghiệm phân tử khác.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tạo điều kiện và hỗ trợ thực hiện theo hợp đồng số 234/2023/HĐ-DHYD ngày 27/09/2023.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Muriana P, Rossetti F.** The role of EBUS-TBNA in lung cancer restaging and mutation analysis. *Mediastinum*. 2020;4:23.
2. **Trisolini R, Cancellieri A, Tinelli C, de Biase D, Valentini I, Casadei G, et al.** Randomized Trial of Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration With and Without Rapid On-site Evaluation for Lung Cancer Genotyping. *Chest*. 2015;148(6):1430-7.
3. **Oki M, Saka H, Kitagawa C, Kogure Y, Murata N, Adachi T, et al.** Rapid on-site cytologic evaluation during endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for diagnosing lung cancer: a randomized study. *Respiration*. 2013;85(6):486-92.
4. **Yarmus LB, Akulian J, Lechtzin N, Yasin F, Kamdar B, Ernst A, et al.** Comparison of 21-gauge and 22-gauge aspiration needle in endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: results of the American College of Chest Physicians Quality Improvement Registry, Education, and Evaluation Registry. *Chest*. 2013;143(4):1036-43.
5. **Dương DB, Nguyễn TV, Nguyễn CL.** Nghiên cứu vai trò của Nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán u trung thất. *Y học Việt Nam*. 2023;522(2).
6. **Guo H, Liu S, Guo J, Li B, Li W, Lu Z, et al.** Rapid on-site evaluation during endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle

- aspiration for the diagnosis of hilar and mediastinal lymphadenopathy in patients with lung cancer. *Cancer Lett.* 2016;371(2):182-6.
7. **Tran HTT, Nguyen S, Nguyen KK, Pham DX, Nguyen UH, Le AT, et al.** Lung Cancer in Vietnam. *J Thorac Oncol.* 2021;16(9):1443-8.
8. **Yang L, Wang S, Gerber DE, Zhou Y, Xu F, Liu J, et al.** Main bronchus location is a predictor for metastasis and prognosis in lung adenocarcinoma: A large cohort analysis. *Lung Cancer.* 2018;120:22-6.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Văn Lâm^{1,2},
Đỗ Thiện Hải^{1,2}, Ngô Anh Vinh^{1,2}, Đào Hữu Nam^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (VMNTBCAT) là bệnh lý hiếm gặp, đã được báo cáo nhiều trên thế giới. Hiện nay còn ít nghiên cứu về bệnh lý này ở trẻ em tại Việt Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 78 trẻ được chẩn đoán VMNTBCAT tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trong 4 năm từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2024. Tỷ lệ trẻ nam là 57,7%, nữ là 42,3%, tuổi trung vị là 29 tháng (18-90,4). Triệu chứng thường gặp nhất là sốt (92,3%), nôn, nôn vọt (62,8%), đau đầu (44,9%), cứng gáy (41%). Có 88,5% bệnh nhân có tăng bạch cầu ái toan (BCAT) tuyệt đối trong máu > 500 tế bào (TB)/mm³ là. Tỷ lệ %BCAT trong dịch não tủy (DNT) có trung bình là 41,6 ± 19,3%. Số lượng BCAT trong DNT trung vị là 320 (82-450) tế bào/mm³. Protein DNT tăng nhẹ, glucose DNT bình thường. Bất thường thường gặp nhất trên MRI sọ não là giãn não thất (25%), tổn thương chất trắng (23,4%), viêm màng não (21,9%). Kết quả điều trị: ra viện 91%, di chứng 12,8%, tử vong/xin về 2,6%.

Từ khóa: viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, trẻ em, nhiễm ký sinh trùng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF EOSINOPHILIC MENINGITIS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Eosinophilic meningitis is a rare disease that has been reported a lot in the world. Currently, there are few studies on this disease in children in Vietnam. A cross-sectional, retrospective study on 78 children diagnosed with eosinophilic meningitis at the National Children's Hospital in 4 years from July 2020 to June 2024. The proportion of boys was 57.7%, girls was 42.3%, the median age was 29 months (18-90.4). The most common symptoms were fever (92.3%),

vomiting, projectile vomiting (62.8%), headache (44.9%), stiff neck (41%). 88.5% of patients had absolute eosinophilia (EO) in the blood > 500 cells (TB)/mm³. The average percentage of eosinophils in cerebrospinal fluid (CSF) was 41.6 ± 19.3%. The median number of eosinophils in CSF was 320 (82-450) cells/mm³. CSF protein was slightly increased, CSF glucose was normal. The most common abnormalities on brain MRI were ventricular dilatation (25%), white matter lesions (23.4%), and meningitis (21.9%). Treatment results: 91% discharged, 12.8% with sequelae, 2.6% death/return.

Keywords: eosinophilic meningitis, children, parasitic infection, National Children's Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các Y văn trên thế giới, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan chỉ chiếm khoảng 2% các trường hợp viêm màng não, bệnh có thể gây tử vong hoặc di chứng nặng nề nếu nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.¹ Có nhiều nguyên nhân gây tăng bạch cầu ái toan trong dịch não tủy bao gồm nhiễm ký sinh trùng, lao, giang mai, vi-rút, nấm cũng như các nguyên nhân không nhiễm trùng như bệnh Hodgkin, ung thư máu, do thuốc, vaccine phòng đại, phản ứng dị ứng...²

Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (VMNTBCAT) được báo cáo lần đầu tiên ở Đài Loan vào năm 1945, sau đó ấu trùng *Angiostrongylus cantonensis* được phát hiện có trong dịch não tủy.³ Các trường hợp khác đã được ghi nhận lưu hành ở Đông Nam Á và Vành đai Thái Bình Dương (Trung Quốc, Đài Loan, Thái Lan và các quần đảo Thái Bình Dương), khách du lịch trở về từ các vùng lưu hành.^{4,5} Bệnh VMNTBCAT đã được báo cáo ở cả hai miền Nam, Bắc từ những năm 60 cho đến nay, ghi nhận tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai trong đó, *Angiostrongylus Cantonensis* là căn nguyên gây bệnh hàng đầu.⁶⁻⁸ Trên đối tượng trẻ em còn chưa được báo cáo nhiều, việc chẩn đoán

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdht30@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025