

HỒ HẤP

VAI TRÒ CỦA NỘI SOI MÀNG PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI: BÁO CÁO CA BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DI CĂN MÀNG PHỔI

Nguyễn Văn Ngân^{1,2}, Đào Phương Thuý²,
Chu Thị Hạnh², Nguyễn Thị Vân Anh²

TÓM TẮT

Tràn dịch màng phổi là biểu hiện của nhiều bệnh lý lành tính hoặc ác tính. Xét nghiệm tế bào dịch màng phổi là bước tiếp cận ban đầu, nhưng độ nhạy còn hạn chế (58,2%). Nội soi màng phổi là thủ thuật quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi nhờ quan sát trực tiếp và sinh thiết chính xác tổn thương. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh minh họa vai trò quan trọng của nội soi màng phổi trong chẩn đoán 1 trường hợp ung thư biểu mô tuyến di căn màng phổi. Bệnh nhân nữ 64 tuổi, vào viện vì ho và khó thở. Chụp Xquang ngực phát hiện tràn dịch màng phổi trái số lượng nhiều. Tế bào học dịch màng phổi có tế bào ác tính chưa định loại nhưng không đủ bệnh phẩm chẩn đoán xác định và xét nghiệm sinh học phân tử. Nội soi màng phổi phát hiện nhiều nốt thâm nhiễm nghi ngờ tổn thương ác tính. Kết quả mô bệnh học và nhuộm hoá mô miễn dịch (CK7/TTF1/Napsin A/HBME-1 dương tính, CK5/6/Calretinin/WT1 âm tính) khẳng định chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến di căn màng phổi. Ca lâm sàng này nhấn mạnh giá trị của nội soi màng phổi trong việc chẩn đoán xác định và cung cấp mẫu mô đầy đủ cho xét nghiệm sinh học phân tử, từ đó định hướng điều trị nhắm trúng đích cho người bệnh.

Từ khóa: Nội soi màng phổi, Tràn dịch màng phổi, Ung thư biểu mô tuyến; Ung thư phổi

SUMMARY

THE ROLE OF MEDICAL THORACOSCOPY IN DIAGNOSING THE ETIOLOGY OF PLEURAL EFFUSION: A CASE REPORT OF LUNG ADENOCARCINOMA WITH PLEURAL METASTASIS

Pleural effusion can result from various benign or malignant conditions. Cytological analysis of pleural fluid is the initial diagnostic approach, but its sensitivity remains limited (58.2%). Medical thoracoscopy is an important procedure for diagnosing the cause of pleural effusion, allowing direct visualization and precise biopsy of lesions. We report a case illustrating the critical role of medical thoracoscopy in diagnosing pulmonary adenocarcinoma with pleural metastasis. A 64-year-old female patient presented with cough and dyspnea. Chest radiography revealed a large left pleural effusion. Pleural fluid cytology showed malignant cells but was insufficient for definitive diagnosis or molecular testing. Pleuroscopy revealed multiple infiltrative nodules suggestive of malignancy. Histopathology and immunohistochemistry (CK7/TTF1/Napsin A/HBME-1 positive; CK5/6/Calretinin/WT1 negative) confirmed the diagnosis of metastatic pulmonary adenocarcinoma to the pleura. This clinical case highlights the value of medical thoracoscopy in establishing a definitive diagnosis and providing adequate tissue samples for molecular testing, which is crucial for guiding targeted therapy.

Keywords: Medical thoracoscopy, Pleural effusion, Lung adenocarcinoma, Pleural biopsy, Lung cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là biểu hiện của nhiều

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ngân

Email: nguyenvanngan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/7/2026

Ngày duyệt bài: 7/8/2026

bệnh lý lành tính hoặc ác tính. Tràn dịch màng phổi ác tính thường khó chẩn đoán các nguyên nhân: ung thư biểu mô di căn, sarcoma phổi, màng phổi hoặc ung thư trung biểu mô màng phổi. Tế bào học dịch màng phổi là một xét nghiệm chẩn đoán quan trọng được sử dụng để chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính nhưng có độ nhạy khiêm tốn 58,2%.¹ Mô bệnh học màng phổi là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán bệnh màng phổi. Các phương pháp lấy bệnh phẩm màng phổi: sinh thiết màng phổi kín, sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh, nội soi màng phổi (nội khoa hoặc ngoại khoa). Theo khuyến cáo BTS 2023, sinh thiết màng phổi có thể thực hiện qua nội soi

hoặc dưới hướng dẫn hình ảnh tùy theo chỉ định lâm sàng, tình trạng người bệnh, nhu cầu kiểm soát dịch màng phổi và nguồn lực sẵn có tại cơ sở y tế; trong khi sinh thiết màng phổi kín nên tránh do hiệu quả chẩn đoán thấp và tỷ lệ tai biến cao. Sinh thiết màng phổi qua nội soi thường cho hiệu quả chẩn đoán xác định cao hơn so với sinh thiết màng phổi kín dưới hướng dẫn hình ảnh.² Nội soi màng phổi là thủ thuật xâm nhập tối thiểu vào khoang màng phổi, cho phép quan sát khoang màng phổi và các cấu trúc trong lồng ngực. So với phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ (VATS), nội soi màng phổi có điểm khác biệt trong bảng 1.^{2,3}

Bảng 1. Phân biệt nội soi màng phổi và phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ (VATS)

	Nội soi màng phổi nội khoa	VATS
Mục đích	Chủ yếu chẩn đoán (sinh thiết màng phổi), Gây dính	Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cả chẩn đoán và điều trị
Nơi thực hiện	Đơn vị nội soi, Phòng mổ	Phòng mổ
Phương pháp vô cảm	Tê tại chỗ + Tiền mê	Mê nội khí quản
Kỹ thuật	Một lỗ vào/hai lỗ vào	Một hoặc nhiều lỗ vào
Dụng cụ	Đơn giản	Phức tạp
Màng phổi trung thất và vùng đỉnh phổi	Khó quan sát	Dễ quan sát
Cầm máu	Khó	Dễ
Chi phí	Thấp hơn	Cao hơn
Thời gian nằm viện	Ngắn hơn	Dài hơn
Hiệu quả chẩn đoán	Tương tự như VATS	Cao
Biến chứng	Thấp hơn	Cao hơn

Nội soi màng phổi có hiệu quả chẩn đoán cao và tương đối an toàn với tỷ lệ tử vong và biến chứng thấp (0 – 0,34% và 1,2 – 1,8%).⁴ Hiệu quả chẩn đoán của nội soi màng phổi ống bán cứng đã được Agarwal và cộng sự mô tả rõ trong phân tích tổng hợp 17 nghiên cứu

với độ nhạy tổng hợp là 91%, độ đặc hiệu là 100% và tỷ lệ biến chứng lớn là 1,5%. Các bệnh màng phổi thường gặp nhất là: Ung thư phổi di căn màng phổi, u trung biểu mô màng phổi ác tính, lao màng phổi và viêm màng phổi không đặc hiệu. Các nghiên cứu khác

nhau từ nhiều quốc gia đã xác nhận hiệu quả chẩn đoán cao của nội soi màng phổi trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết trên 70% và có thể đạt tới 95% trong tràn dịch ác tính và 99% trong lao màng phổi.^{5,6} Các biến chứng có thể gặp của nội soi màng phổi: Chảy máu, mũ màng phổi: rò khí, sốt, chảy máu vị trí sinh thiết.

Trong ca bệnh này, chúng tôi tiến hành nội soi màng phổi bằng sử dụng ống bán cứng cho người bệnh được tiến hành thuận lợi và không có bất cứ biến chứng trong và sau thủ thuật. Nhờ nội soi màng phổi mà quan sát và sinh thiết chính xác nhiều vị trí tổn thương nên đã cung cấp mẫu đủ chất lượng cho xét nghiệm mô bệnh học, nhuộm hoá mô miễn dịch và sinh học phân tử. Người bệnh được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến di căn màng phổi, hạch trung thất và tổn thương nghi ngờ di căn não; Giai đoạn lâm sàng được hội chẩn đa chuyên khoa xác định theo phân loại TNM phiên bản 9 (tương ứng giai đoạn IVA) (cT4N3M1b). Ung thư phổi giai đoạn muộn IVB tiên lượng rất xấu nhưng Xét nghiệm sinh học phân tử phát hiện đột biến EGFR exon 19 deletion (DEL19) với tỷ lệ 21% gợi ý đáp ứng tốt với điều trị nhắm trúng đích bằng EGFR-TKI.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 64 tuổi nhập viện vào ngày 25/8/2025 vì ho, khó thở. Bệnh nhân tiền sử khỏe mạnh, không hút thuốc lá, không tiếp xúc với Amiăng. Bệnh nhân sống ở Việt Nam, là bác sĩ và gia đình không có ai mắc lao hay ung thư. Bệnh khởi phát vào khoảng giữa tháng 8/2025 (10 ngày trước khi nhập viện) với các triệu chứng ho khan, hụt hơi, khó thở, đặc biệt khi gắng sức nhưng không sốt, không gầy sút

cân. Người bệnh nhập viện làm chẩn đoán. Tại thời điểm nhập viện bệnh nhân không suy hô hấp, không sờ thấy hạch ngoại vi, hội chứng 3 giảm nửa dưới phổi trái. Bệnh nhân được chọc dịch màng phổi, nội soi phế quản và nội soi màng phổi. Dựa trên kết quả giải phẫu bệnh và đột biến gen EGFA, bệnh nhân được khởi trị bằng phác đồ hóa chất 1 đợt sau đó duy trì thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI). NB tái khám định kỳ và sau 11 tháng điều trị (tháng 7/2026), đánh giá lâm sàng và hình ảnh học cho thấy đáp ứng một phần, bệnh nhân giảm hẳn khó thở và lượng dịch màng phổi giảm không còn và khối u giảm kích thước đáng kể.

Xquang ngực thẳng lúc vào viện: Tràn dịch màng phổi trái lượng nhiều, hình mờ đồng nhất chiếm gần toàn bộ trường phổi trái. Đường bờ trên dịch cong lõm lên trên ra ngoài. Nhu mô phổi trái bị ép xẹp, chỉ còn thấy một dải sáng nhỏ vùng đỉnh phổi (hình 1A).

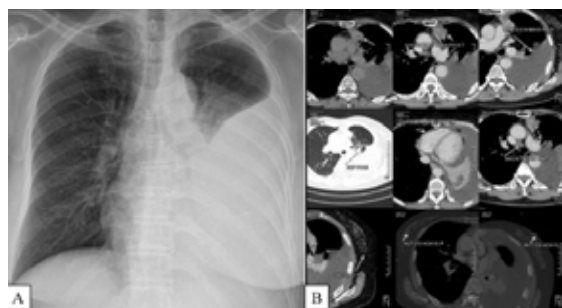
Siêu âm và chọc dịch màng phổi: Siêu âm ghi nhận rất nhiều dịch màng phổi trái, chọc thăm dò 20ml dịch. Xét nghiệm dịch màng phổi được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Xét nghiệm dịch màng phổi

Màu sắc, tính chất	Vàng, đục
Số lượng tế bào có nhân	2,317 G/L
Số lượng bạch cầu	2,180 G/L
Tỷ lệ % bạch cầu trung tính	3,4 %
Tỷ lệ % bạch cầu Lympho	67,2 %
Tỷ lệ % bạch cầu Mono	29,4 %
Tỷ lệ % bạch cầu ái toan	0,0 %
Tỷ lệ % bạch cầu ái kiềm	0,0 %
Protein	55,9 g/l
LDH	633 U/L

Màu sắc, tính chất	Vàng, đục
ADA	33,2U/L
Vi khuẩn nhuộm soi, AFB	Âm tính
Tế bào học	Dịch màng phổi có tế bào các tính chưa định loại

CLVT lồng ngực: Hình ảnh theo dõi u thùy trên phổi trái (khối ngấm thuốc kém, bờ không đều, kích thước ~35x24x25mm, cắt cụt nhánh phế quản ngang mức), có vị trí nghi ngờ xâm lấn màng phổi trung thất và thâm nhiễm nhẹ mỡ trung thất lân cận. Xếp phổi thùy dưới và một phần thùy trên phổi trái, bên trong có các dải ngấm thuốc không đều. Trần dịch mức độ nhiều khoang màng phổi trái (kích thước lớn nhất ~84mm) kèm dày không đều có vị trí tạo nốt và tăng ngấm thuốc màng phổi trái. Ít dịch mỏng màng ngoài tim. Vài hạch trung thất, nhóm 2R, 3a, 4R, 5, 6, 7, 10L, hạch lớn nhất kích thước ~17x6mm (hình 1B).



Hình 1 (A,B). X-quang ngực thẳng và CT ngực. Hình ảnh X-quang ngực thẳng cho thấy tràn dịch màng phổi trái nhiều (1A) và CT ngực có tiêm thuốc mặt phẳng cắt ngang cho thấy u thùy trên phổi trái và tràn dịch màng phổi trái (1B)

Nội soi màng phổi: Người bệnh được nội soi màng phổi ống bán cứng, tư thế nằm nghiêng phải, gây mê bằng propofol, rạch

da và đưa trocar vào khoang màng phổi, hút 1350 ml dịch vàng chanh; Sau đó đưa ống nội soi màng phổi vào quan sát. Màng phổi dày, xuất hiện nhiều nốt, đám kích thước không đồng đều, nổi gồ ghề kèm giả mạc trắng. Tổn thương có tính chất thâm nhiễm lan tỏa, phân bố rộng khắp lá thành màng phổi. Chúng tôi đã tiến hành sinh thiết màng phổi thành ngực được nhiều mảnh bệnh phẩm kích thước 5 – 8 mm và đặt dẫn lưu màng phổi. Kết thúc thủ thuật, một ống dẫn lưu màng phổi 24 Fr được đặt vào khoang màng phổi và nối với hệ thống bình hút âm liên tục Hình ảnh tổn thương nội soi được minh họa ở hình 2

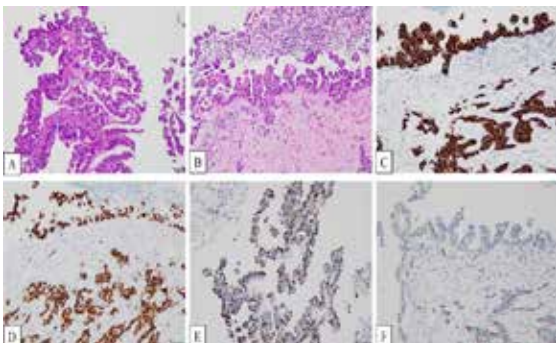


Hình 2 (A,B). Nội soi màng phổi. Hình ảnh nội soi màng phổi cho thấy nhiều nốt/khối nghi ngờ ác tính màng phổi

Diễn biến sau thủ thuật: Ống dẫn lưu màng phổi được lưu trong 3 ngày với tổng lượng dịch chảy thêm sau thủ thuật là 350 ml. X-quang ngực thẳng kiểm tra tại thời điểm 24 giờ sau thủ thuật cho thấy phổi nở tốt hoàn toàn, không còn đọng dịch hay khí khoang màng phổi; ống dẫn lưu sau đó được rút an toàn vào ngày thứ 3. Trong suốt 72 giờ theo dõi sau thủ thuật, người bệnh không gặp các biến chứng như chảy máu, tràn khí dưới da, nhiễm trùng chân dẫn lưu hay phản ứng bất lợi từ thuốc mê. Ở thì thủ thuật này, chúng tôi chưa tiến hành gây dính màng phổi bằng bột

talc do cần chờ kết quả giải phẫu bệnh chính xác của các mảnh sinh thiết để xác định bản chất tổn thương nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị triệt để tiếp theo.

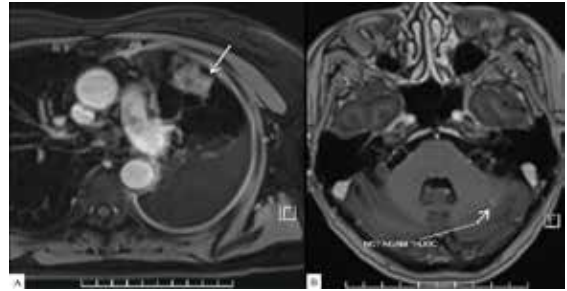
Kết quả giải phẫu bệnh: Bề mặt màng phổi tăng sinh tế bào tạo thành cấu trúc nhú và vi nhú. Một số vùng nhu mô u tạo cấu trúc tuyến với tế bào u nhân lớn, kiềm tính, không đều, rải rác nhân chia, bào tương có phản ứng PAS yếu, xung quanh là mô đệm xơ hoá mạnh. Nhuộm hóa mô miễn dịch: dương tính CK7/TTF1/Napsin/HBME-1, âm tính với CK5/6/WT1/Calretinin. Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với ung thư biểu mô tuyến phổi di căn màng phổi. (hình 3).



Hình 3 (A-F). Mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Mô u có cấu trúc nhú, vi nhú, tuyến nang với các tế bào nhân lớn, không đều, tăng sắc, hạt nhân rõ (hình A, B, H&E, x 400). Nhuộm hóa mô miễn dịch (x400): Tế bào u dương tính với các dấu ấn CK7 (hình C), TTF1 (hình D), Napsin A (hình E), âm tính với dấu ấn WT1 của trung biểu mô (hình F).

MRI toàn thân: NB được chụp MRI toàn thân đánh giá di căn do không có điều kiện chụp PET-CT. Hình ảnh khối u thùy trên phổi trái, bờ tua gai, ngấm thuốc sau tiêm, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, kích thước

~30 x 23 x 26mm, tràn dịch kèm các nốt ngấm thuốc màng phổi trái. Vài hạch nhỏ trung thất, hạch lớn nhất ở cửa sổ chủ phổi, nốt ngấm thuốc nhỏ bán cầu tiểu não đường kính 5mm (Hình 4).



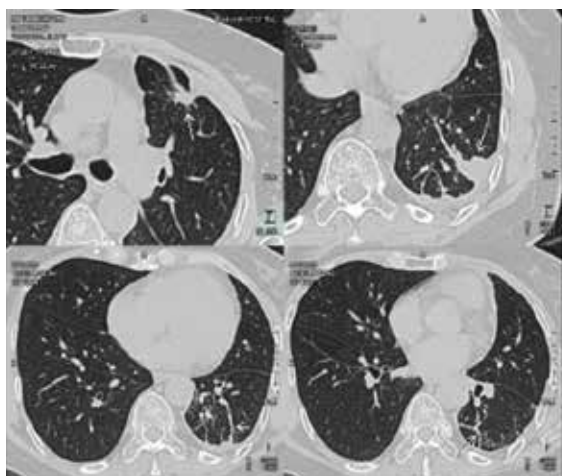
Hình 4 (A,B). MRI toàn thân đánh giá di căn các cơ quan. Mặt phẳng cắt ngang cho thấy u thùy trên phổi trái (4A) và nốt nghi ngờ di căn não (4B)

Chẩn đoán xác định: Ung thư phổi type biểu mô tuyến di căn màng phổi, hạch trung thất, nghi ngờ di căn não. Giai đoạn lâm sàng được hội chẩn đa chuyên khoa xác định theo phân loại TNM phiên bản 9: khối u nguyên phát kích thước 35mm tương ứng T2a (chưa đủ bằng chứng xâm lấn cấu trúc T4); di căn màng phổi tương ứng M1a; nếu tổn thương tiểu não được xác nhận là di căn não đơn độc thì tương ứng M1b — giai đoạn lâm sàng chung là IVA. Các hạch trung thất 2R, 4R hiện chưa có xác nhận bằng PET/CT hoặc mô bệnh học nên chưa đủ căn cứ xếp N3.

Kết quả phân tích đột biến gen: Giải trình tự gen thế hệ mới (NGS) phát hiện đột biến DEL19 trên gene EGFR (21%). Nhuộm PDL1: TPS ~12%.

Điều trị và theo dõi: Người bệnh được điều trị hóa chất phác đồ: Pemetrexed – Carboplatin 1 đợt và sau đó điều trị đích: Osimertinib.

PET-CT 3/3036 cho thấy khối tổn thương thùy trên phổi trái sau điều trị tăng hấp thu nhẹ FDG (SUV max = 1,42). Không thấy hình ảnh hấp thu FDG ở các vị trí khác. MRI sọ não có tiêm thuốc tương phản 4/2026: không quan sát thấy nốt nhỏ ngấm thuốc bán cầu tiểu não trái. Đến 7/2026, Người bệnh đã điều trị Osimertinib chu kỳ 11 và tình trạng lâm sàng ổn định. Phim chụp CT cho thấy khối u giảm kích thước ~ 6 x 11mm, bờ tua gai, không còn dịch màng phổi (hình 5).



Hình 5. CT ngực sau 11 tháng điều trị. Mặt phẳng cắt ngang cho thấy u phổi giảm kích thước rõ rệt và không còn dịch màng phổi trái.

III. BÀN LUẬN

Ung thư phổi type biểu mô tuyến là một trong những phân nhóm phổ biến nhất của ung thư phổi không tế bào nhỏ. Đặc điểm quan trọng của loại ung thư này là khả năng di căn sớm qua đường máu và bạch huyết trong đó di căn màng phổi thường gặp nhất. Trong case lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân nữ trung niên và không hút thuốc lá, không có yếu tố nguy cơ ung thư nên ban đầu chúng tôi hướng đến tổn thương do lao. Tuy nhiên kết quả chụp CT ngực có

tiêm thuốc với nhiều khối ở phổi, màng phổi nghi ngờ nhiều đến nguyên nhân ác tính.

Chúng tôi làm thêm xét nghiệm ADA nhằm hỗ trợ đánh giá khả năng lao màng phổi. Với kết quả ADA dịch màng phổi là 33,2 U/L, nguy cơ lao màng phổi ở bệnh nhân này bị giảm thấp, dù chưa thể loại trừ hoàn toàn do phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, tỷ lệ lympho và ngưỡng cắt (cut-off) của xét nghiệm. Tuy nhiên, vì Việt Nam là vùng dịch tễ lao cao, hướng dẫn của BTS 2023 khuyến cáo rằng khi các xét nghiệm sinh hóa dịch màng phổi không điển hình hoặc còn nghi ngờ, sinh thiết màng phổi là chỉ định bắt buộc. Chẩn đoán xác định cuối cùng được thiết lập thông qua mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, khẳng định tổn thương ác tính, hoàn toàn phù hợp với định hướng từ xét nghiệm dịch màng phổi ban đầu⁷. Chúng tôi làm xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi phát hiện tế bào ác tính không định loại, không đủ số lượng làm chẩn đoán xác định và sinh học phân tử.

Thách thức đặt ra đối với chúng tôi là: Lựa chọn biện pháp sinh thiết phù hợp để chẩn đoán kịp thời và điều trị càng sớm càng tốt vì người bệnh rất lo lắng; Phải lấy đủ mẫu mô đủ để làm chẩn đoán giải phẫu bệnh và xét nghiệm sinh học phân tử vì khả năng cao là ung thư giai đoạn muộn; Xem xét biện pháp can thiệp để làm giảm các triệu chứng nếu dịch tái phát nhanh.

Theo hướng dẫn BTS 2023 về bệnh màng phổi: sinh thiết màng phổi qua nội soi hoặc dưới hướng dẫn hình ảnh được khuyến cáo đối với các bệnh lý màng phổi chưa rõ nguyên nhân, trong khi sinh thiết màng phổi kín nên tránh do hiệu quả thấp.⁷ Sinh thiết màng phổi

kín có ưu điểm: Đơn giản, dễ thực hiện, rẻ tiền. Nhưng có nhiều nhược điểm: Không quan sát được tổn thương, tỷ lệ âm tính cao và đặc biệt nguy cơ tai biến cao (chảy máu màng phổi, tràn khí màng phổi).² Sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh (siêu âm hoặc CT): Chọn được vị trí sinh thiết chính xác và an toàn hơn nên tăng hiệu quả chẩn đoán và giảm thiểu tai biến so với sinh thiết màng phổi kín. Khác với nội soi màng phổi, sinh thiết dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh không cho phép đánh giá hình thái, màu sắc, độ lan rộng tổn thương. Các nguy cơ tai biến cao hơn nội soi màng phổi: tràn khí màng phổi, tụ máu thành ngực, chảy máu màng phổi, tổn thương cơ hoành/tạng trong ổ bụng. Một số hạn chế khác: tổn thương nhỏ, khu trú hoặc ở vị trí khó tiếp cận có thể bị bỏ sót; Mẫu mô nhỏ, số lượng ít nguy cơ không đủ chất lượng để làm mô bệnh học hoặc các xét nghiệm bổ sung (hoá mô miễn dịch, sinh học phân tử). Phân tích tổng hợp từ nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chẩn đoán xác định và hiệu quả chẩn đoán của nội soi màng phổi (lần lượt là $92,1 \pm 6,5\%$ và $96,0 \pm 1,3\%$) cao hơn với sinh thiết màng phổi kín dưới hướng dẫn hình ảnh (lần lượt là $84,4 \pm 5,9\%$ và $84,4 \pm 4,4\%$) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).⁷ Tuy nhiên bằng chứng về hiệu quả chẩn đoán vượt trội của nội soi so với sinh thiết dưới hướng dẫn hình ảnh được BTS xếp mức chưa phân độ, không đủ để kết luận nội soi luôn ưu việt hơn trong mọi tình huống; lựa chọn phương pháp cần dựa trên chỉ định cụ thể, tình trạng người bệnh, nhu cầu kiểm soát dịch và nguồn lực sẵn có. Vì vậy, Sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh vẫn là lựa chọn hợp lý khi dịch ít, tổn thương khu trú hoặc khi không sẵn có nội soi

màng phổi. Trong ca bệnh này, do người bệnh có tràn dịch nhiều, màng phổi dày và nhiều nốt cần định type mô học đồng thời cần dẫn lưu kiểm soát dịch, chúng tôi lựa chọn nội soi màng phổi.

Nghiên cứu hồi cứu ở Canada năm 2018 so sánh giá trị chẩn đoán và độ an toàn của nội soi màng phổi nội khoa và ngoại khoa (VATS) tương đương nhau. Độ chính xác chẩn đoán lần lượt là 93,5% và 96% đối với nội soi màng phổi nội khoa và VATS. Tuy nhiên, nội soi màng phổi nội khoa có thời gian nằm viện ngắn hơn và chi phí điều trị trung bình thấp hơn nên được ưu tiên lựa chọn trong điều kiện lâm sàng phù hợp.⁸ Nội soi màng phổi có thể dùng 1 trong 3 loại ống nội soi: ống cứng hoặc bán cứng hoặc ống mềm. Việc sử dụng ống soi phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ, phương tiện sẵn có tại chỗ. Nội soi màng phổi ống cứng xâm lấn hơn so với nội soi ống bán cứng hoặc ống mềm. Theo BTS 2023, hiệu quả chẩn đoán của nội soi màng phổi cứng và bán cứng là tương đương nhau. Nghiên cứu của Shamsuddin và cộng sự 2025, không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả chẩn đoán giữa nội soi màng phổi ống bán cứng (91,1%) và ống mềm (87,5%) với $p = 0,44$. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật ở nội soi màng phổi ống mềm (12,2%) cao hơn so với nội soi màng phổi ống bán cứng (1,1%).⁹ Dựa vào nguồn lực, chuyên môn và tình trạng bệnh nhân, chúng tôi lựa chọn nội soi màng phổi ống bán cứng cho trường hợp này.

Nội soi màng phổi có giá trị quan trọng trong chẩn đoán nhờ cung cấp hình ảnh trực tiếp tổn thương và cho phép sinh thiết chính xác đồng thời tiến hành các can thiệp điều trị (dẫn lưu, gây dính). Hình ảnh nội soi có thể

gợi ý bản chất tổn thương nhưng không cho phép phân biệt chắc chắn giữa các nguyên nhân như lao, ung thư di căn, u trung biểu mô hay viêm màng phổi; chẩn đoán xác định vẫn phải dựa trên mô bệnh học, vi sinh và bệnh cảnh lâm sàng. Việc lấy mẫu trực tiếp từ vùng tổn thương quan sát được trên lá màng phổi giúp tăng hiệu quả lấy bệnh phẩm. Một số nghiên cứu ghi nhận độ chính xác nội soi màng phổi 90 - 100% đối với tràn dịch màng phổi ác tính. Vì vậy, nội soi màng phổi được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi và được chỉ định khi các xét nghiệm ít xâm lấn hơn không mang lại kết quả.⁷ Hình ảnh nội soi màng phổi của người bệnh có nhiều nốt, đám, giả mạc khắp bề mặt màng phổi gợi ý ác tính: ung thư trung biểu mô màng phổi, ung thư di căn màng phổi (carcinoma, carcinosarcoma, sarcoma). Chúng tôi đã sinh thiết tổn thương nhiều mảnh bệnh phẩm ở nhiều vị trí màng phổi. Không có tai biến, biến chứng trong và sau can thiệp cho thấy tính an toàn của thủ thuật. Kết quả giải phẫu bệnh u ác tính chưa xác định và cần nhuộm hoá mô miễn dịch định loại. Nhuộm hóa mô miễn dịch: Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch cho thấy u dương tính với CK7, TTF-1, Napsin A, HBME-1 và âm tính với CK5/6, WT1, Calretinin khẳng định chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến phổi di căn màng phổi. Ngoài ra, nội soi màng phổi cung cấp mẫu mô đủ lớn để làm xét nghiệm đột biến sinh học phân tử, từ đó định hướng điều trị cá thể hóa cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Trong case lâm sàng, bệnh nhân ung thư ở giai đoạn tiến xa (giai đoạn IVA theo hội chẩn đa chuyên khoa dựa trên phân loại TNM phiên bản 9) không còn chỉ định phẫu thuật

nên tiên lượng rất xấu.¹⁰ Tuy nhiên, đột biến DEL19 trên gene EGFR mở ra cơ hội điều trị đích cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Đây là một trong những đột biến thường gặp nhất, có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn điều trị nhắm trúng đích. Về lựa chọn phác đồ, yếu tố quyết định không phải là mức độ bộc lộ PD-L1 (TPS ~12%) mà là sự hiện diện của đột biến EGFR nhạy thuốc; trên nền tảng đó, điều trị nhắm trúng đích được ưu tiên hơn miễn dịch bước một, PD-L1 không phải là cơ sở chính để lựa chọn liệu pháp miễn dịch. Nghiên cứu FLAURA2 (2023) cho thấy phối hợp Osimertinib với hóa trị (Pemetrexed – Carboplatin) cải thiện có ý nghĩa thời gian sống thêm không tiến triển so với Osimertinib đơn trị ở người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR giai đoạn tiến xa, đặc biệt ở nhóm có gánh nặng u lớn hoặc di căn não.¹¹ Dựa trên gánh nặng u tại chỗ, tổn thương nghi ngờ di căn não và mong muốn đạt đáp ứng sâu, nhanh, chúng tôi lựa chọn phối hợp Pemetrexed – Carboplatin với Osimertinib thay vì đơn trị osimertinib. Đây là phác đồ phù hợp vì vừa kiểm soát nhanh tiến triển khối u bằng hóa trị vừa tận dụng hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm của thuốc nhắm trúng đích EGFR thế hệ 3. Sau chu kỳ 1, NB duy trì phác đồ đơn trị liệu với Osimertinib tình trạng lâm sàng bệnh nhân ổn định sau gần 1 năm điều trị cho thấy sự dung nạp tốt với phác đồ. Việc theo dõi đáp ứng qua các chu kỳ tiếp theo và đánh giá độc tính là rất cần thiết để tối ưu hóa hiệu quả điều trị cũng như cải thiện tiên lượng.

Hạn chế của báo cáo: Đây là báo cáo một ca bệnh đơn lẻ, không phải nghiên cứu đánh giá độ an toàn hay hiệu quả chẩn đoán của nội

soi màng phổi trên quy mô lớn; cần thêm thời gian theo dõi biến chứng và đáp ứng điều trị dài hạn.

IV. KẾT LUẬN

Qua case lâm sàng, nội soi màng phổi nội khoa cho phép sinh thiết trực tiếp tổn thương, xác định ung thư biểu mô tuyến phổi di căn màng phổi và cung cấp bệnh phẩm đủ cho xét nghiệm EGFR, qua đó hỗ trợ lựa chọn điều trị cá thể hóa cho người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kassirian S, Hinton SN, Cuninghame S, et al.** Diagnostic sensitivity of pleural fluid cytology in malignant pleural effusions: systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2023;78(1):32-40.
2. **Ali MS, Light RW, Maldonado F.** Pleuroscopy or video-assisted thoracoscopic surgery for exudative pleural effusion: a comparative overview. *J Thorac Dis*. 2019;11(7):3207-3216.
3. **Shojaee S, Lee HJ.** Thoracoscopy: medical versus surgical-in the management of pleural diseases. *J Thorac Dis*. 2015;7(Suppl 4):S339-351.
4. **Ferreiro L, Suárez-Antelo J, Álvarez-Dobaño JM, Toubes ME, Riveiro V, Valdés L.** Malignant Pleural Effusion: Diagnosis and Management. *Can Respir J*. 2020;2020:2950751.
5. **Thomas M, Ibrahim WH, Raza T, et al.** Medical thoracoscopy for exudative pleural effusion: an eight-year experience from a country with a young population. *BMC Pulm Med*. 2017;17(1):151.
6. **Goh KJ, Leong CK, Young SL, et al.** Diagnostic value and safety of medical thoracoscopy in undiagnosed pleural effusions-a prospective observational cohort study. *J Thorac Dis*. 2024;16(5):3142-3151.
7. **Roberts ME, Rahman NM, Maskell NA, et al.** British Thoracic Society Guideline for pleural disease. *Thorax*. 2023;78(11):1143-1156.
8. **McDonald CM, Pierre C, de Perrot M, et al.** Efficacy and Cost of Awake Thoracoscopy and Video-Assisted Thoracoscopic Surgery in the Undiagnosed Pleural Effusion. *Ann Thorac Surg*. 2018;106(2):361-367.
9. **Shamsuddin AR, Mohamad Jailaini MF, Azmel AA, Abdul Hamid MF.** Comparison of diagnostic yield and complication of medical thoracoscopy using Flexible Bronchoscope versus Semi-Rigid Pleuroscope among Hospitalized Patients with Pleural Effusion (FLEXPLEUR): a retrospective observational study. *J Thorac Dis*. 2025;17(6):3631-3642.
10. **Rami-Porta R, Nishimura KK, Giroux DJ, et al.** The International Association for the Study of Lung Cancer Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groups in the Forthcoming (Ninth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*. 2024;19(7):1007-1027.
11. **Planchard D, Jänne PA, Cheng Y, et al.** Osimertinib with or without Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC. *The New England journal of medicine*. 2023;389(21): 1935-1948.