MỐI LIÊN QUAN GIỮA NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT CỤC NỘI VIỆN CỦA BỆNH LÝ TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

Hoàng Văn Sỹ[1,2], Nguyễn Minh Kha[1,2], Trần Nguyễn Phương Hải[2], Đặng Tường Vi[1], Bùi Thị Kiều Nga[2], Nguyễn Nhật Tài[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguyên nhân của bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim rất đa dạng. Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về nguyên nhân và kết cục nội viện của bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan nguyên nhân và kết cục nội viện ở bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim. **Đối tượng:** Những bệnh nhân có bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim được chẩn đoán tại bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Trong 10 năm, thu nhận 285 bệnh nhân có bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim, trong đó có 248 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình dân số nghiên cứu là 52,3 ± 18,0, trong đó nam giới có 153 bệnh nhân, chiếm 61,7%. Nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim thường gặp nhất lần lượt là do ác tính (48,4%), lao (21,0%), vô căn (10,5%) và tự miễn (7,3%), trong đó nguyên nhân do nhiễm trùng (viêm mủ màng ngoài tim) ít gặp với 4,8%. Trong nhóm tràn dịch màng ngoài tim do ác tính, nguyên nhân thường gặp là ung thư phổi (52,5%), u trung thất xâm lấn (13,3%) và có 20,8% trường hợp chưa tìm được ổ nguyên phát. Chỉ ghi nhận 25,8% bệnh nhân có tiền căn bệnh lý ác tính trong nhóm tràn dịch màng ngoài tim do ác tính. Tỉ lệ tế bào học dịch màng tim bất thường gặp trong nguyên nhân ác tính là 24,5%. Màu sắc đại thể chủ yếu là đỏ máu (64,4%), có sự khác biệt giữa hai nhóm nguyên nhân (p=0,0001). Kết cục xấu nội viện gồm tử vong hoặc nặng xin về giữa hai nhóm nguyên nhân ác tính và không do ác tính không có sự khác biệt (p = 0,12), nhưng tỉ lệ chèn ép tim cấp trong nhóm ác tính cao hơn nhóm không do ác tính với tỉ lệ lần lượt 30% và 18,0%, p = 0,026. **Kết luận:** Nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim thường gặp nhất là do ác tính, trong đó ung thư phổi chiếm ưu thế. Tuy kết cục nội viện là không khác biệt nhưng tỉ lệ chèn ép tim cấp cao hơn ở nhóm ác tính so với nhóm không ác tính.

Từ khóa: tràn dịch màng ngoài tim, ác tính, lao

SUMMARY

A RELATIONSHIP BETWEEN CAUSES AND IN-HOSPITAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH PERICARDIAL EFFUSION

Background: Pericardial effusion can be caused by a variety of causes. In Viet Nam, there are few studies which survey causes and in-hospital outcomes in hospital of pericardial effusion. **Objective:** To survey the relationship between causes and in-hospital outcomes in patients with pericardial effusion. **Materials:** Patients who diagnosed pericardial effusion at Cho Ray Hospital from January 2010 to December 2020. **Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study**. Results:** In 10 years, we collected 285 patients with pericardial effusion, there were 248 patients who met the inclusion criteria in our study. The median age of the study population was 52,3 ± 18,0 years old, and the male gender had 153 patients (61,7%). The most frequent etiologies were malignancy (48.4%), tuberculosis (21.0%), idiopathic (10.5%) and autoimmune diseases (7.3%), whereas bacterial causes were uncommon (4.8%). In the group of malignant pericardial effusion, the most frequent malignancies originated from the lung (52.5%), invasive mediastinal tumors (13.3%) and there was many cases (20.8%) that primary origins were unknown. Only 25.8% of patients had a history of malignancy in the group of malignant pericardial effusion. The rate abnormal cytology in pericardial effusion was only 24.5% in malignant group. The pericardial fluid appearance was bloody in 64.4%, and there was statistically significant difference between the 2 groups (p=0.0001). The bad short-outcomes (death or very servere) in hospital of malignant group were similar to non-malignant group (p=0.12) but the rate of acute cardiac tomponade was higher in maligant group (30.0% vs 18.0%, p = 0.026). **Conclusion:** The most frequent etiology of pericardial effusion at Cho Ray Hospital was maligancy. In maligant group, the most predonimant cause was lung cancer. The short worsed outcomes in hospital of malignant group were similar to non-malignant group but the rate of acute cardiac tamponate was higher.

Key Words: pericardial effusion, maligancy, tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng ngoài tim là tình trạng tích tụ dịch trong khoang màng tim bất thường trong khoang màng ngoài tim, bình thường khoang màng ngoài tim chứa khoảng 10-50 mL dịch [1]. Các nguyên nhân được biết đến gồm nhiễm trùng, ác tính, vô căn, suy tim, và nguyên nhân chuyển hóa (suy giáp, hội chứng ure huyết cao) cũng như tổn thương màng ngoài tim (ví dụ sau nhồi máu cơ tim, sau phẫu thuật mở lồng ngực hoặc chấn thương, xạ trị, bệnh lý mô liên kết (bệnh lý tự miễn). Tuy nhiên, một số đáng kể

[1]*Đại học Y dược TP. HCM*
[2]*Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
Email: hoangvansy@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 1.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022
Ngày duyệt bài: 1.8.2022

trường hợp tràn dịch màng ngoài tim là vô căn, với tỉ lệ khoảng 15-20% [1].

Các dữ liệu về tần suất của các nguyên nhân khác nhau và đặc biệt, nhóm nguyên nhân ác tính nguyên phát hoặc di căn vẫn còn khan hiếm và thay đổi trong một số nghiên cứu nhỏ đã được công bố. Chẩn đoán chính xác nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim không chỉ quan trọng trong quản lý mà còn đánh giá dự hậu cho các bệnh nhân [2]. Hiện nay tại Việt Nam, rất ít các công trình nghiên cứu về tần suất nguyên nhân của bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim, cũng như mối liên quan giữa nguyên nhân gây tràn dịch màng ngoài và kết cục nội viện của bệnh nhân. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa nguyên nhân và kết cục nội viện của những bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim được chọc dịch màng ngoài tim làm xét nghiệm khảo sát dịch tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2010 đến năm 2020. Dữ liệu hồ sơ bệnh án được ghi nhận gồm: giới tính, tuổi, tiền căn bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, sinh hiệu, kết quả xét nghiệm, điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm khảo sát dịch màng ngoài tim, chẩn đoán lâm sàng và kết cục nội viện.

Tiêu chuẩn nhận vào: Thỏa các tiêu chí sau: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim theo mã ICD I30, I31 và I32 và được chọc dịch màng ngoài tim trong thời gian 10 năm từ 01/01/2010 – 31/12/2020 tại Bệnh viện Chợ Rẫy; (2) Các hồ sơ bệnh án ghi đầy đủ thông tin hành chính, mô tả lâm sàng, kết cục nội viện và có kết quả xét nghiệm dịch màng ngoài tim, điện tâm đồ và siêu âm tim.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

Biến số nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới), đặc điểm lâm sàng (lý do nhập viện, tiền căn bệnh lý, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể) và các thông số cận lâm sàng (điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm khảo sát dịch màng ngoài tim). Mức độ tràn dịch màng ngoài tim được phân loại dựa vào siêu âm tim theo Hội Tim châu Âu 2015: lượng ít < 10 mm, lượng trung bình 10-20 mm, lượng nhiều > 20 mm [1]. Tràn dịch màng ngoài tim do ác tính khi bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau: (1) Bệnh lý ác tính đã được xác lập qua tiền căn hoặc trong thời gian nằm viện (2) Tế bào học ác tính/gợi ý ác tính trong dịch màng tim hoặc cellblock hoặc hóa mô miễn dịch (3) Hình ảnh học qua chụp cắt lớp vi tính gợi ý ung thư xâm lấn màng tim. Kết cục xấu nội viện gồm tử vong hoặc nặng xin về.

Xử lý thống kê. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, nếu các phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25^{th} – 75^{th}). Các biến chỉ danh và thứ hạng được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm dùng phép kiểm t-test nếu biến số phân phối chuẩn, dùng Mann – Whitney U test cho biến số phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt về tần số các biến chỉ danh bằng phép kiểm Chi bình phương (X2) hoặc Fisher's exact. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2020, chúng tôi thu nhận 285 bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim theo hồ sơ chẩn đoán tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Trong đó, 248 hồ sơ bệnh án đầy đủ tiêu chí nhận vào. Độ tuổi trung bình dân số là 52,3 ± 18,0. Trong đó số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 61,7%. Các bệnh đồng mắc trong tiền căn được ghi nhận gồm: tăng huyết áp (19,0%), bệnh lý ác tính (12,5%), lao (8,9%), bệnh lý tự miễn (4,8%) (Bảng 1).

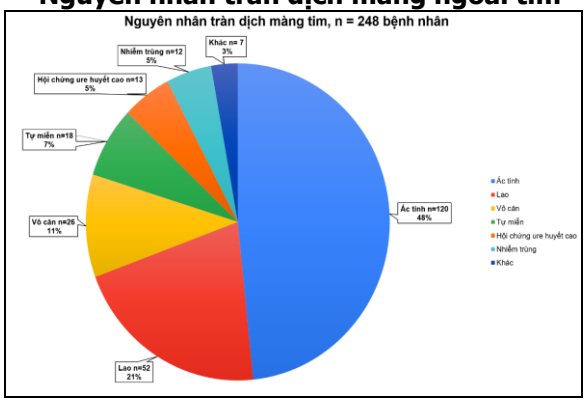
Bảng 6. Đặc điểm chung và tiền căn của dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số n = 248	Số lượng (n)	Tần suất (%)
Giới tính nữ	95	38,3
Tuổi	52,3 ± 18,0	[18 – 96]
Cân nặng (kg)	55,1 ± 10,0	[31 – 84]
Chiều cao (cm)	160,0 ± 7,0	[140–185]
Tiền căn		
Lao	22	8,9
Tự miễn	12	4,8
Ác tính	31	12,5
Xạ trị	5	2,0
Nhiễm HIV	2	0,8
Suy tim	11	4,4
Phẫu thuật tim	5	2,0
Suy thận mạn	16	6,5
Tăng huyết áp	47	19,0
Bệnh mạch vành	9	3,6

Xơ gan	4	1,6
Suy giáp	2	0,8
Cường giáp	3	1,2

Nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim đa dạng, trong đó nguyên nhân do bệnh lý ác tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 48,4% (n = 120 bệnh nhân). Các nguyên nhân khác thường gặp gồm: do lao (21,0%), vô căn (10,5%), bệnh lý tự miễn (7,3%), hội chứng ure huyết cao (5,2%), nhiễm trùng (4,8%) (Hình 1).

Nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim



Hình 1. *Nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim*

Trong các nhóm nguyên nhân ít gặp gồm: Tràn dịch dưỡng trấp (3 bệnh nhân), sau nhồi máu cơ tim (2 bệnh nhân) và suy giáp (2 bệnh nhân).

Trong nhóm nguyên nhân ác tính, các bệnh lý ác tính thường gặp nhất lần lượt là ung thư phổi (52,5%), u trung thất xâm lấn (13,3%). Ngoài ra có 20,8% bệnh nhân chưa tìm được ung thư nguyên phát **(Bảng 2).**

Bảng 7: Nguyên nhân trong nhóm tràn dịch màng ngoài tim do ác tính n = 120 bệnh nhân

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tần suất (%)
Ung thư phổi	63	52,5%
Chưa rõ ổ nguyên phát	25	20,8%
U trung thất xâm lấn	16	13,3%
Ung thư buồng trứng	3	2,5%
Ung thư vú	3	2,5%
Ung thư gan	3	2,5%
Bạch cầu cấp	3	2,5%
Ung thư giáp	2	1,7%
Ung thư vòm hầu	1	0,8%
Ung thư cổ tử cung	1	0,8%
Tổng	**120**	**100%**

Trong 120 bệnh nhân nhóm ác tính. Ghi nhận 31 bệnh nhân đã biết tiền căn bệnh lý ác tính trước khi được chẩn đoán (25,8%). Trong đó 89 bệnh nhân chưa được từng chẩn đoán bệnh lý ác tính (74,2%).

Đặc điểm lâm sàng trong nhóm tràn dịch màng ngoài tim do ác tính. Khi chia nhóm nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim thành nhóm do ác tính (n=120) chiếm 48,4% và nhóm không do ác tính (n=128) chiếm 51,6%.

Bảng 8. Đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm tràn dịch màng tim do ác tính và không do ác tính

	Nhóm ác tính n = 120	Nhóm không ác tính n = 128	Giá trị p
Triệu chứng cơ năng			
Khó thở, n (%)	109 (90,83)	113 (88,3)	0,51
Đau ngực, n (%)	51 (42,5)	59 (46,1)	0,57
Ho, n (%)	54 (45,0)	44 (34,7)	0,09
Mệt mỏi, n (%)	73 (60,8)	74 (58,3)	0,63
Chán ăn, n (%)	14 (11,7)	9 (7,0)	0,21
Sụt cân, n (%)	6 (5,0)	6 (4,7)	0,91
Sốt, n (%)	16 (13,3)	32 (25,0)	**0,02**
Triệu chứng thực thể			
Mạch, (lần/phút)	90,1 ±14,8	89,0 ± 17,7	0,60
Huyết áp tâm thu, (mmHg)	114,2 ± 16,7	113,9 ± 22,0	0,90
Huyết áp tâm trương, (mmHg)	70,4 ± 11,8	69,6 ± 11,1	0,58
Tụt huyết áp, n (%)	5 (4,2)	14 (10,9)	**0,045**
Tĩnh mạch cổ nổi, n (%)	11 (9,2)	17 (13,3)	0,31
Mạch nghịch, n (%)	1 (0,8)	3 (2,3)	0,35
Tiếng tim mờ, n (%)	22 (18,3)	24 (18,8)	0,93
Tiếng cọ màng tim, n (%)	0 (0,0)	2 (1,6)	0,17
Gan to, n (%)	2 (1,7)	9 (7,0)	**0,04**
Phù chân, n (%)	17 (14,2)	26 (20,3)	0,20

Về mặt triệu chứng cơ năng, hầu như không có sự khác biệt triệu chứng giữa hai nhóm nguyên

nhân. Tuy nhiên, triệu chứng sốt thường gặp trên nhóm không ác tính hơn nhóm ác tính (25,0% và 13,3% với p = 0,02).

Về mặt triệu chứng thực thể: các chỉ số sinh hiệu lúc nhập viện như mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Trong đó triệu chứng tụt huyết áp và gan to thường gặp hơn trong nhóm không ác tính (p =0,045 và p = 0,04).

Đặc điểm siêu âm tim

Bảng 9. Đặc điểm siêu âm tim

	Dân số chung n=248	Nhóm ác tính n = 120	Nhóm không ác tính n=128	Giá trị p
Siêu âm doppler tim				
Mức độ nhiều, n (%)	192 (77,4)	99 (82,5)	93 (72,7)	0.06
Mức độ trung bình, n (%)	50 (20,2)	18 (15,0)	32 (25,0)	0.71
Mức độ ít, n (%)	6 (2,4)	3 (2,5)	3 (2,3)	0.94
Chèn ép tim cấp, n (%)	59 (23,8)	36 (30,0)	23 (18,0)	**0.026**

Tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều chiếm ưu thế với 77,4%, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm phân tích (p=0,06). Dấu hiệu chèn ép tim cấp gặp ở gần ¼ dân số nghiên cứu với 23,8%, trong đó có sự khác biệt giữa nhóm do ác tính và không do ác tính (30,0% với 18,0%, p = 0,026).

Trong 248 bệnh nhân, có 233 bệnh nhân được mô tả màu sắc dịch màng tim

Bảng 10. Màu sắc đại thể tràn dịch màng tim

	N = 233	Nhóm ác tính n =115	Nhóm không ác tính n=118	Giá trị p
Đại thể				
Đỏ máu, n (%)	150 (64,4)	94 (81,7)	56 (47,5)	**0,0001**
Nâu/cam, n (%)	30 (12,9)	11 (9,6)	19 (16,1)	0,136
Vàng, n (%)	51 (21,9)	10 (8,7)	41 (34,8)	**0,0001**
Khác, n (%)	2 (0,9)	0 (0,0)	2 (1,7)	

Kết cục nội viện

Bảng 11. Kết cục nội viện trong nghiên cứu

	Dân số n=248	Nhóm ác tính n = 120	Nhóm không ác tính n=128	Giá trị p
Kết cục nội viện				
Bệnh ổn, xuất viện, n (%)	161 (64,9)	88 (73,3)	73 (57,0)	0,007
Chuyển chuyên khoa, n (%)	43 (17,3)	6 (5,0)	37 (28,9)	0,0001
Tử vong/nặng xin về, n (%)	44 (17,7)	26 (21,7)	18 (14,1)	0,12

Kết quả nghiên cứu ghi nhận kết cục xấu nội viện (tử vong hoặc nặng xin về) của 2 nhóm lần lượt là 26 (21,7%) và 18 (14,1%) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p = 0,12).

IV. BÀN LUẬN

Tràn dịch màng ngoài tim là bệnh lý khá thường gặp trong lâm sàng, tuy nhiên việc chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim trên thực tế gặp nhiều khó khăn, nhiều trường hợp chưa được chẩn đoán đầy đủ nguyên nhân. Khi chẩn đoán được nguyên nhân, đặc biệt nhóm tràn dịch màng ngoài tim liên quan đến ác tính hay liên quan do lao hay do nhiễm trùng sẽ cực kỳ quan trọng trong quản lý và tiên lượng cho bệnh nhân [2]. Tuy nhiên, có ít dữ liệu được báo cáo về tần suất nguyên nhân của tràn dịch màng ngoài tim.

Tràn dịch màng ngoài tim có nhiều nguyên nhân, và có thể chia thành do ác tính và không do ác tính. Ác tính cũng là nguyên nhân thường gặp của tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều có triệu chứng [3].

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 248 trường hợp tràn dịch màng ngoài tim, trong đó ghi nhận gần một nửa bệnh nhân liên quan đến bệnh lý ác tính (48,4%), trong đó ung thư phổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (52,5%). Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả W. Ma ở Vũ Hán, Trung Quốc, nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim nhiều nhất là ác tính (38,6%), lao (28,6%), trong đó ung thư phổi chiếm nhiều nhất trong nhóm ác tính (55,6%). Kết quả của tác giả Anna Pawlak Cieślik nghiên cứu tại Warsaw Poland, cũng ghi nhận nguyên nhân ác tính (58%) trong đó ung thư phổi chiếm đa số với 67% [4],[5]. Các kết quả cũng khá tương đồng với chúng tôi. Việt Nam và Trung Quốc là các nước có tương đồng về địa lý và dịch tễ, do đó tỉ lệ lao màng tim

cũng là một trong các nguyên nhân thường gặp qua công trình nghiên cứu của chúng tôi và tác giả W.Ha. Tràn dịch màng ngoài tim do ác tính thường gây ra do ung thư di căn đến màng tim, tuy nhiên, các ung thư nguyên phát tại màng tim như u trung biểu mô (mesothelioma), sarcoma hay u mạch máu tim (cardiac hemangioma) thì hiếm [6] . Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận các nhóm nguyên nhân này.

Một số trường hợp, tràn dịch màng ngoài tim là biểu hiện lâm sàng ban đầu của bệnh lý ác tính [7]. Qua nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm tràn dịch màng tim do ác tính chỉ ghi nhận 25,8% bệnh nhân có tiền căn bệnh lý ác tính trước đó. Điều này cho thấy có 74,2% bệnh nhân còn lại được chẩn đoán bệnh lý ác tính nhờ vào biểu hiện tràn dịch màng ngoài tim. Tần suất biểu hiện bệnh lý màng tim do ác tính thay đổi từ 5% - 20% tùy vào nghiên cứu và đây là chỉ điểm tiên lượng xấu [8]. Do đó khi tiếp cận bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim, chúng ta cần tích cực tìm nguyên nhân đặc biệt nhóm nguyên nhân ác tính để chẩn đoán và quản lý sớm sẽ hy vọng cải thiện dự hậu cho bệnh nhân.

Về đặc điểm dịch màng tim, kết quả chúng tôi ghi nhận: đa số tràn dịch màng ngoài tim trong nghiên cứu có đại thể là màu đỏ máu (bloody), chiếm 64,4%, trong đó nhóm ác tính có tỉ lệ cao hơn nhóm không ác tính, có ý nghĩa thống kê (p =0,0001). Kết quả này thấp hơn so với tác giả W. Ma ở Vũ Hán Trung Quốc với tỉ lệ dịch đỏ máu chiếm (125/140 = 89,3%) [4].

Tỉ lệ ghi nhận tế bào học ác tính trong chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim do ác tính không cao, ghi nhận 24 bệnh nhân trong nhóm 98 BN thuộc nhóm TDMNT do ác tính có tế bào bất thường (24,5%). Kết quả của tác giả Anna Pawlak Cieślik nghiên cứu tại Warsaw Poland ghi nhận 46% trường hợp nhóm ác tính ghi nhận tế bào học bất thường [5].

Nhóm nguyên nhân ác tính và không ác tính có tỉ lệ tử vong/nặng về trong nội viện là tương tự nhau, không có sự khác biệt (p= 0,12). Nhưng tỉ lệ chèn ép tim ở nhóm ác tính cao hơn nhóm không ác tính với tỉ lệ lần lượt 30,0% và 18,0%, có ý nghĩa thống kê p = 0,026. Kết quả của tác giả Anna Pawlak Cieślik cũng ghi nhận tỉ lệ chèn ép tim cấp trong nhóm ác tính cao hơn (67% với 34%, p=0,0001) [5]. Kết quả khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu, mô tả dựa trên hồ sơ bệnh án sẽ không tránh khỏi các sai lệch thông tin qua việc khai thác bệnh sử, cũng như triệu chứng cơ năng. Kết cục xấu của nghiên cứu chỉ khảo sát trong thời gian nằm viện nên chưa thấy sự khác biệt về kết cục giữa 2 nhóm phân tích. Cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, theo dõi bệnh nhân dài hạn hơn để xác định mối liên quan chặt chẽ giữa nguyên nhân và kết cục của bệnh lý tràn dịch màng tim.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân tràn dịch màng ngoài tim thường gặp nhất là do ác tính, trong đó ung thư phổi chiếm ưu thế. Tuy kết cục nội viện là không khác biệt nhưng tỉ lệ chèn ép tim cấp cao hơn ở nhóm ác tính so với nhóm không ác tính.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ kinh phí từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adler Y, Charron P, Imazio M, et al.** 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC)Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal. 2015;36(42):2921-2964.
2. **Santas E, Núñez J.** Prognostic implications of pericardial effusion: The importance of underlying etiology. International journal of cardiology. Jan 1 2016;202:407.
3. **Imazio M, Colopi M, De Ferrari GM.** Pericardial diseases in patients with cancer: contemporary prevalence, management and outcomes. 2020;106(8):569-574.
4. **Ma W, Liu J, Zeng Y, et al.** Causes of moderate to large pericardial effusion requiring pericardiocentesis in 140 Han Chinese patients. Herz. Mar 2012;37(2):183-7. doi:10.1007/s00059-011-3428-5
5. **Pawlak Cieślik A, Szturmowicz M, Fijałkowska A, et al**. Diagnosis of malignant pericarditis: a single centre experience. Kardiologia polska. 2012;70(11):1147-53.
6. **Koga S, Ikeda S, Urata J, et al.** Primary high-grade myofibroblastic sarcoma arising from the pericardium. Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society. Feb 2008;72(2):337-9.
7. **Ben-Horin S, Bank I, Guetta V, Livneh A.** Large symptomatic pericardial effusion as the presentation of unrecognized cancer: a study in 173 consecutive patients undergoing pericardiocentesis. Medicine. Jan 2006;85(1):49-53.
8. **Maisch B, Ristic A, Pankuweit S.** Evaluation and management of pericardial effusion in patients with neoplastic disease. Progress in cardiovascular diseases. Sep-Oct 2010;53(2):157-63.