

GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CHỌC HÚT DƯỚI HƯỚNG DẪN NỘI SOI PHẪU QUẢN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CÁC TỔN THƯƠNG CỦA TRUNG THẤT, RỖN PHỔI

Dương Thị Nguyệt Vân¹, Nguyễn Ngọc Du², Trần Thị Lan¹,
Ngô Quý Châu³, Vũ Văn Giáp²

TÓM TẮT

Chọc hút tổn thương dưới hướng dẫn nội soi phế quản siêu âm (EBUS-TBNA) dùng để chẩn đoán các tổn thương trung thất, rốn phổi. Chúng tôi nghiên cứu giá trị chẩn đoán và độ an toàn của thủ thuật như là một phương pháp chẩn đoán ban đầu. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang từ tháng 9/2017 tới tháng 7/2021. Kết quả: EBUS -TBNA có độ chẩn đoán chính xác 69%; độ nhạy, đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính lần lượt là: 62%, 100%, 100%, và 38.9%. Không có biến chứng nào được ghi nhận. Kết luận: EBUS - TBNA là thủ thuật an toàn, hiệu quả, nên được sử dụng như một dụng cụ ban đầu để chẩn đoán các tổn thương trung thất, rốn phổi.

Từ khoá: Chọc hút dưới hướng dẫn nội soi phế quản siêu âm (EBUS-TBNA), tổn thương trung thất, rốn phổi.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND-GUIDED TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION (EBUS-TBNA) IN DIAGNOSING ENLARGED MEDIASTINAL/HILAR LESIONS

Real-time, convex probe endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) is used to reveal etiologies of enlarged mediastinal/hilar lymphadenopathy, lesions. The study evaluated the diagnostic efficacy and safety of EBUS-TBNA when used as an initial diagnostic tool. We retrospective 75 patients between September 2017 and July 2021. Results: In the 72 cases with adequate results, the diagnostic accuracy of EBUS-BNA was calculated 69%; the diagnostics specific, the sensitive, the positive predictive value, the negative predictive value was 62%, 100%, 38.9%, and 100%. There was no reported complication. Conclusions: EBUS-TBNA is safe and efficacy procedure, so EBUS - TBNA should be used as an initial diagnostic tool for the assessment of mediastinal and hilar lymph nodes, lesions. **Keywords:** Real-time, convex probe endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-BNA), mediastinal/hilar lymphadenopathy, lesions.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Nguyệt Vân

Email: dtnv@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung thất là một khoang trong lồng ngực, bao gồm tim, tuyến ức, thực quản, khí quản, hạch, và các cấu trúc khác. Tổn thương và hạch bệnh lý thường có kích thước lớn hơn 1 cm. Hạch bệnh lý ở trung thất và rốn phổi xuất hiện do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể do bệnh lý hạch cũng có thể phối hợp các bệnh lý tại phổi.

Nội soi trung thất và nội soi lồng ngực sinh thiết chẩn đoán là những kĩ thuật được Deslauriers và cộng sự thực hiện lần đầu vào năm 1976 và mang lại giá trị chẩn đoán cao¹. Tuy nhiên cần được tiến hành bởi các bác sĩ phẫu thuật lồng ngực, và có thể có các biến chứng như chảy máu, viêm phổi, tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da, nhiễm trùng vết mổ...². Trong khi đó, nội soi phế quản siêu âm (EBUS-TBNA) là kĩ thuật an toàn và có hiệu quả cao trong chẩn đoán tổn thương trung thất và rốn phổi cũng như đánh giá giai đoạn ung thư phổi. Chính vì vậy, EBUS - TBNA ngày càng trở thành một phương thức được các bác sĩ ưu tiên lựa chọn thay thế để sinh thiết hạch trung thất cũng như khối tổn thương vùng rốn phổi³.

Từ khoảng năm 2007, EBUS - TBNA mới được các bác sĩ chấp nhận như một kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán tổn thương vùng trung thất và vùng rốn phổi⁴. Và những năm gần đây, EBUS - TBNA ngày càng được áp dụng phổ biến hơn tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá giá trị của phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán nguyên nhân các tổn thương của trung thất, rốn phổi tại trung tâm Hồ hắp - Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu .

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu từ tháng 9/2017 tới tháng 7/2021. Cỡ mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật EBUS- TBNA tại trung tâm Hồ hắp - Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu được tiến hành trên 75 bệnh nhân có tổn thương trung thất, rốn phổi nghi ngờ bệnh lý được thực hiện kĩ thuật chọc hút kim xuyên thành phế quản dưới hướng dẫn

nội soi phế quản siêu âm (EBUS-TBNA) tại trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2017 tới tháng 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Chúng tôi tuyển chọn các bệnh có CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang khẳng định có tổn thương trung thất, rốn phổi có kích thước ≥ 1 cm. Người bệnh phải có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Nghiên cứu không lựa chọn bệnh nhân có chống chỉ định của nội soi phế quản siêu âm⁵.

2.2. Đo lường nghiên cứu. Bộ câu hỏi cho nghiên cứu gồm 3 phần. Phần 1 là thông tin đối tượng nghiên cứu gồm các mục: tuổi của đối tượng nghiên cứu, giới tính, lý do vào viện, tiền sử hút thuốc lá. Phần 2 là các chẩn đoán hình ảnh, bao gồm: kết quả CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang, vị trí tổn thương nhu mô, kích thước tổn thương nhu mô, dạng tổn thương phổi hợp, vị trí hạch, hình ảnh nội soi phế quản thường, số lượng hạch quan sát được, vị trí hạch được sinh thiết, số lượng hạch được sinh thiết, kích thước hạch sinh thiết.

Về phần 3, đánh giá giá trị của phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán nguyên nhân các tổn thương của trung thất, rốn phổi. Chúng tôi thu thập các mục thông tin: Kết quả tế bào học, Kết quả mô bệnh học, Chẩn đoán cuối cùng và Phương pháp chẩn đoán cuối cùng: Sinh thiết qua EBUS – TBNA hay phương pháp khác theo dõi và điều trị theo ý kiến hội chẩn.

Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định qua kỹ thuật EBUS – TBNA đều được tham chiếu chéo qua điều trị, theo dõi đánh giá lại trên 6 tháng để khẳng định chẩn đoán.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các thuật toán thống kê: Mô tả (trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max). Chúng tôi sử dụng test T-student/ Wilcoxon cho biến định lượng hoặc Chi-square/Fisher's test cho biến định tính ($p < 0,05$). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, giá trị dự đoán dương tính được tính theo công thức định nghĩa.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng chăm sóc nghiên cứu sinh, được quyết định công nhận của Trường Đại học Y Hà Nội và được Hội đồng khoa học bệnh viện đồng ý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=75)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổng bệnh nhân	75	100
Tuổi trung bình	53 ± 12 (26-79)	
Giới		
Nam	61	81.3
Nữ	14	18.7
Loại bệnh phẩm chẩn đoán chính xác qua EBUS - TBNA		
Cả kết quả tế bào học hút và mô bệnh học	34	68
Chỉ mô bệnh học	12	24
Chỉ tế bào học	2	4
Chỉ vi sinh	2	4

Bảng 1 thể hiện đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 75 đối tượng với độ tuổi trung bình là 53 ± 12 tuổi. Hơn ¾ đối tượng tham gia nghiên cứu là nam giới. Loại bệnh phẩm mô bệnh học chiếm tỷ lệ cao nhất và gấp 6 lần so với loại bệnh phẩm tế bào và vi sinh.

Bảng 2. Đặc điểm vị trí sinh thiết (n=75)

Số lượng hạch	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
01	39	52
02	23	30.6
03	2	2.7
Khối trung thất, rốn phổi	9	12
Khối u	2	2.7
Tổng	75	100

Đặc điểm vị trí sinh thiết được thể hiện ở bảng 2. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng hơn một nửa số bệnh nhân có 01 hạch tại vị trí sinh thiết và thấp nhất là có khối u tại vị trí sinh thiết với tỷ lệ 2.7%.

Bảng 3. Vị trí hạch được sinh thiết (n=92)

Nhóm hạch sinh thiết	Số lượng	Tỷ lệ %
2R	6	6.5
2L	1	1.1
4R	34	37
4L	4	4.3
7	35	38
10R	2	3.3
10L	1	1.1
11R	5	5.4
11L	3	3.3
Tổng	91	100

Bảng 3 cho thấy kết quả về vị trí sinh thiết. Trong tổng số 91 vị trí sinh thiết nhóm hạch sinh thiết số 7 và 4R chiếm tỷ lệ cao nhất với lần lượt là 38% và 37%. Ngược lại với vị trí sinh thiết ở nhóm hạch 2L và 10L.

Bảng 4: Chẩn đoán chính xác của kĩ

thuật EBUS – TBNA theo từng bệnh

Chẩn đoán	Chẩn đoán cuối cùng	Chẩn đoán EBUS- TBNA		p - value
		N	Chẩn đoán chính xác (%)	
Ác tính (1)	40	30	75	0.41
Ung thư phổi	33	27	81.8	
Bệnh ác tính khác	7	3	42,9	
Lành tính (2)	32	20	62.5	
Sarcoidosis	2	0	0	
Lao phổi	13	5	38.5	
Hạch viêm lành tính	14	14	100	
Bệnh lành tính khác	3	1	33.3	
Tổng	72	50	69	

Kết quả bảng 4 chỉ thấy rằng kỹ chuẩn EBUS-TBNA có tỷ lệ chẩn đoán chính xác cao nhất đối với bệnh ung thư phổi chiếm hơn 81% gấp đôi so với bệnh ác tính khác. Đối với các khối u lành tính có tỷ lệ chẩn đoán thấp hơn và đặc biệt với bệnh Sarcoidosis có tỷ lệ chẩn đoán chính xác là 0% và trái ngược hoàn toàn so với hạch viêm lành tính.

Bảng 5: Giá trị chẩn đoán của kỹ thuật EBUS -TBNA

Giá trị chẩn đoán	%
Độ nhạy	62
Độ đặc hiệu	100
Giá trị dự báo âm tính	38.9
Giá trị dự báo dương tính	100

Độ nhạy của kỹ thuật của kỹ thuật EBUS-TBNA có tỷ lệ khoảng hơn 60%. Bên cạnh đó độ đặc hiệu cũng như giá trị dự báo dương tính có tỷ lệ chẩn đoán rất cao là 100%.

IV. BÀN LUẬN

EBUS – TBNA được coi như một dụng cụ mới trong việc tiếp cận chẩn đoán các tổn thương rốn phổi, trung thất trong giai đoạn nghiên cứu từ năm 2017 - 2021. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61 ca bệnh là nam, chiếm 81.3%. Độ tuổi trung bình 53±12, trong khoảng 26-79. Kết quả này tương đồng với nhiều kết quả của các nghiên cứu về tổn thương hạch trung thất và rốn phổi⁶. Tuy nhiên độ tuổi cao nhất trong nhóm nghiên cứu là 79 thấp hơn so với nghiên cứu của Y. Choi và cộng sự là 87, có thể do điều kiện can thiệp y tế đối với người lớn tuổi ở Hàn Quốc cao hơn.

EBUS – TBNA tuy lấy được bệnh phẩm đầy đủ của 70/75 ca bệnh (93.3%) cho phép làm mô bệnh học và tế bào học nhưng lại cung cấp bệnh phẩm để có chẩn đoán chính xác 50/75 bệnh nhân (66.7%) thấp hơn so với các nghiên

cứu trước đây⁷. Điều này cho thấy có thể do kỹ thuật lấy mẫu và lưu mẫu bệnh phẩm chưa được tốt, vấn đề này cần được xem xét kỹ lưỡng.

Vị trí lấy bệnh phẩm bao gồm có 64ca (85.3%) sinh thiết hạch nhóm 4R và 7 chiếm ưu thế. Ngoài ra, có 9 ca sinh thiết khối u liên quan trung thất/ rốn phổi và 02 ca (2.7%). Điều này cũng tương tự ghi nhận được báo cáo trước đây và điều này ảnh hưởng tới khả năng chẩn đoán chính xác của kỹ thuật EBUS – TBNA. Cụ thể có 02 ca bệnh (100%) có tổn thương nhu mô gần rốn phổi và trung thất được tiến hành EBUS - TBNA và có chẩn đoán xác định, đối với khối trung thất và rốn phổi có 77.8% ca bệnh được chẩn đoán chính xác, 2 ca phải can thiệp nội soi trung thất, tỉ lệ chẩn đoán chính xác thấp hơn ở những bệnh nhân sinh thiết hạch, có thể do có những hạch nhỏ và vị trí khó như vị trí 10R, 10 L, 11R, 11 L khả năng lấy bệnh phẩm chưa chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có ghi nhận biến chứng trong quá trình làm thủ thuật. Điều này cũng tương đồng với những ghi nhận về độ an toàn của kỹ thuật EBUS – TBNA của nhiều nghiên cứu^{6,7}.

Đối với nhóm bệnh ác tính, chẩn đoán chính xác 30/40 bệnh nhân (75%); còn đối với nhóm bệnh nhân lành tính, đánh giá chính xác 20/32 ca (62.5%). Kết quả này là thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trước đây⁸.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng độ chẩn đoán chính xác là 69 %, kết quả này có hơi thấp hơn các nghiên cứu đánh giá về kỹ thuật này. Các giá trị khác của nghiên cứu độ nhạy, đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính lần lượt là: 62%, 100%, 100 %, và 38.9%. Giá trị này rất khác nhau giữa các nghiên cứu, điều này có thể do sự phụ thuộc vào điều kiện trang thiết bị, kỹ thuật của các bác sĩ cũng như khả năng lấy mẫu, sự phối hợp bác sĩ giải phẫu bệnh⁶.... Tuy nhiên, các giá trị này cho thấy hiệu quả chẩn đoán của kỹ thuật, điều này phù hợp với các nghiên cứu khác trong việc đánh giá hiệu quả của EBUS – TBNA.

Các số liệu ghi nhận của nghiên cứu nói chúng còn thấp, điều này có thể do những hạn chế của nghiên cứu, và chúng tôi cần làm rõ những vấn đề này. Đầu tiên, đây là nghiên cứu hồi cứu thu thập hồ sơ, chính vì vậy mà các dữ liệu thu thập bị hạn chế. Thứ hai, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đủ lớn. Cuối cùng, về mặt kỹ thuật, EBUS – TBNA trong giai đoạn 2017-2021 là kỹ thuật mới, cũng như là hệ thống trang thiết bị chưa sẵn có.

V. KẾT LUẬN

Kĩ thuật chọc hút dưới hướng dẫn nội soi phế quản siêu âm (EBUS - TBNA) được coi như một công cụ chẩn đoán mới, an toàn đối với những tổn thương của trung thất, rốn phổi. Tuy nhiên, nếu kĩ thuật EBUS – TBNA mà chưa có chẩn đoán cần thực hiện thêm những kĩ thuật sâu hơn như nội soi trung thất để tìm nguyên nhân tổn thương của trung thất, rốn phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belda-Sanchis J, Trujillo-Reyes JC, Obiols C, et al.** Transcervical videomediastinothoracoscopy. *J Thorac Dis.* 2018;10(Suppl 22):S2649-S2655. doi:10.21037/jtd.2018.03.132
2. **Paleru C, Dănilă O, Bolca C, Cordoș I.** [Complications of mediastinoscopy]. *Pneumol Buchar Rom.* 2009;58(1):39-40, 42.
3. **Nakajima T, Yasufuku K.** The techniques of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration. *Innov Phila Pa.* 2011;6(1):57-64. doi:10.1097/IMI.0b013e31820c91a7
4. **Krasnik M.** P2.12-003 The History of EBUS TBNA. *J Thorac Oncol.* 2017;12(11):S2164.

doi:10.1016/j.jtho.2017.09.1345

5. **British Thoracic Society Bronchoscopy Guidelines Committee, a Subcommittee of Standards of Care Committee of British Thoracic Society.** British Thoracic Society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy. *Thorax.* 2001;56 Suppl 1:i1-21. doi:10.1136/thorax.56.suppl_1.i1
6. **Tyan CC, Machuca T, Czarnecka K, et al.** Performance of Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration for the Diagnosis of Isolated Mediastinal and Hilar Lymphadenopathy. *Respiration.* 2017;94(5):457-464. doi:10.1159/000479745
7. **Jernlås B, Nyberger H, Ek L, Öhman R, Jönsson P, Nozohoor S.** Diagnostic yield and efficacy of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in mediastinal lymphadenopathy. *Clin Respir J.* 2012;6(2):88-95. doi:10.1111/j.1752-699X.2011.00251.x
8. **Hu J, Su Y hua, Yin X, et al.** [Evaluation of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of hilar and mediastinal masses of unknown etiologies]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2012;92(8):528-531.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II TẠI KHOA KHÁM BỆNH B BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2021

Bùi Thu Hà¹, Phạm Văn Phú²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 325 người bệnh ĐTD type II tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Đánh giá theo phân loại của Văn phòng tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có TTDD bình thường theo BMI là 61,9%; thừa cân, béo phì (TCBP) là 34,1%, suy dinh dưỡng (CED) là 4,0%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì (TCBP) đồng đều ở cả 2 giới lần lượt là nữ giới 33,7%, nam giới 34,3%. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng TCBP có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): Nhóm vòng eo/vòng hông cao có nguy cơ TCBP cao gấp 3,6 (95%CI: 2,2-6,1) lần so với nhóm vòng eo/vòng hông bình thường. Nhóm người bệnh ĐTD có mắc rối loạn chuyển hoá lipid có nguy cơ gặp tình trạng TCBP cao gấp 3,2 (95%CI: 1,6-6,5) lần so với nhóm người bệnh ĐTD không mắc rối loạn

chuyển hoá lipid.

Từ khóa: đái tháo đường, tình trạng dinh dưỡng, bệnh viện Hữu Nghị.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS MANAGED AT HUU NGHİ HOSPITAL IN 2021

A cross-sectional study was conducted on 325 patients with type 2 diabetes at HUU NGHİ Hospital. **Objectives:** Describe nutritional status and some related factors. **Method:** Cross-sectional description. **Results:** According to the classification of the World Health Organization Office for the Western Pacific (WPRO), the results showed that the percentage of study subjects with normal BMI was 61.9%; overweight and obesity was 34.1%, and underweight was 4.0%. The prevalence of overweight and obesity was similar in both sexes, 33.7% female and 34.3% male, respectively. Some factors related to overweight and obesity have statistical significance ($p < 0.05$): The high waist/hip ratio group has a risk of obesity 3.6 times higher (95% CI: 2.2-6, 1) than that of the normal waist/hip ratio group. The group of patients with lipid metabolism disorders has a higher risk of obesity 3.2 times (95% CI: 1.6-6.5) than the group of patients without lipid metabolism disorders.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thu Hà

Email: habui1810@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022