

30% các trường hợp ung thư tuyến tiền liệt và đặt ra một thách thức lâm sàng vì khó phát hiện do nằm sâu và cấu trúc mô học vùng chuyển tiếp không đồng nhất do sự có mặt của các nhân quá sản. Cộng hưởng từ có thể giúp phát hiện ung thư vùng chuyển tiếp với các đặc điểm trên hình ảnh T2W bao gồm giảm tín hiệu đồng nhất trên T2W, hình thấu kính hoặc giọt nước mắt với đường bờ không rõ ràng¹. Tuy nhiên, các ung thư vùng chuyển tiếp vẫn khó phát hiện trên cộng hưởng từ, phần lớn là do sự hiện diện phổ biến của tăng sản tuyến tiền liệt lành tính.

Hệ thống PI-RADS phiên bản 2.1 (v2.1) công bố vào năm 2019 cho phép phân biệt rõ hơn các nhân vùng chuyển tiếp so với các phiên bản trước đó. Theo đó, các nhân PIRADS 5 khi được xác định là ung thư thì đều thuộc loại có ý nghĩa lâm sàng vì kích thước > 15mm hoặc có dấu hiệu xâm lấn ra ngoài tuyến⁸.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá các nhân PIRADS 5 vùng chuyển tiếp, được sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm. Đối chiếu với kết quả mô bệnh học thấy hầu hết các nhân loại PIRADS này đều là ung thư (23/25 BN, chiếm 92%). Kết quả này tương đồng như các nghiên cứu trước đó cho thấy nhân PIRADS 5 có nguy cơ ung thư rất cao, lên tới 90% (95% CI: 89-92)^{9,10}. Điều này có thể thấy do có kích thước >15mm hoặc dấu hiệu xâm lấn ra ngoài tuyến, các nhân PIRADS 5 được sinh thiết chính xác hơn, tránh các trường hợp lấy mẫu không đúng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 bệnh nhân có nhân PI-RADS 5 vùng chuyển tiếp có kết quả không phải ung thư khi sinh thiết (01 BN phì đại lành tính và 01 BN viêm u hạt). Các trường hợp này có PSA tỷ trọng nguy cơ thấp (<0.10 ng/mL/cm³ đối với trường hợp phì đại lành tính) hoặc trung bình (0.10-0.19 ng/mL/cm³ đối với trường hợp viêm hạt).

Trong nghiên cứu này, có 23/25 bệnh nhân PIRADS 5 vùng chuyển tiếp có kết quả là ung thư khi đối chiếu với mô bệnh học. Tất cả các bệnh nhân này đều có PSA tỷ trọng nguy cơ cao >0.2 ng/mL/cm³. Các bệnh nhân ung thư này có GS ≥7 là chủ yếu (21/23 BN, chiếm 91.3%). Chỉ có 2 BN có GS =6 nhưng do kích thước nhân ung thư >15mm nên vẫn được xếp vào PIRADS 5 và thuộc loại ung thư có ý nghĩa lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy toàn bộ các ung thư có ý nghĩa lâm sàng đều có PSA tỷ trọng nguy cơ cao.

Để sàng lọc ung thư TTL, xét nghiệm PSA toàn phần có độ nhạy cao và được sử dụng trên diện rộng để phát hiện sớm ung thư TTL. Tuy nhiên PSA tỷ trọng lại là yếu tố dự đoán chính

xác hơn về ung thư có ý nghĩa lâm sàng^{6,7}.

Cộng hưởng từ tuyến tiền liệt đã được sử dụng rộng rãi để đánh giá nguy cơ mắc ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng trong nhiều hướng dẫn. Cộng hưởng từ TTL có thể giảm tỷ lệ sinh thiết không cần thiết (đến 30%) và giảm phát hiện các ung thư không có ý nghĩa lâm sàng trong khi duy trì (hoặc thậm chí làm tăng) phát hiện ung thư có ý nghĩa lâm sàng so với sinh thiết hệ thống⁵. Tuy nhiên, cần phải giảm hơn nữa kết quả âm tính cũng như dương tính giả của CHT. Vì vậy, việc sử dụng các công cụ đa biến, kết hợp CHT với PSA tỷ trọng để dự đoán nguy cơ ung thư TTL là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Theo phân loại PIRADS v2.1, các nhân PIRADS 5 có nguy cơ ác tính rất cao và tương ứng với ung thư có ý nghĩa lâm sàng khi kết quả mô bệnh học dương tính. Chỉ định sinh thiết các nhân này là bắt buộc. Tuy nhiên, việc phối hợp PSA tỷ trọng với phân loại PIRADS v2.1 có vai trò quan trọng để loại trừ một số trường hợp sinh thiết không cần thiết khi PSA tỷ trọng có nguy cơ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS.** Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. *American Journal of Roentgenology*. 2015;204(3):W266-W272.
2. **Thai JN, Narayanan HA, George AK, et al.** Validation of PI-RADS version 2 in transition zone lesions for the detection of prostate cancer. *Radiology*. 2018;288(2):485-491.
3. **Satoshi Washino, Tomohisa Okochi, Kimitoshi Saito et al.** Combination of prostate imaging reporting and data system (PI-RADS) score and prostate-specific antigen (PSA) density predicts biopsy outcome in prostate biopsy naive patients. *BJU Int* 2017; 119: 225-233.
4. **Marco Roscigno, Armando Stabile, Giovanni Lughezzani et al.** The Use of Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for Follow-up of Patients Included in Active Surveillance Protocol. Can PSA Density Discriminate Patients at Different Risk of Reclassification? *International Journal of Urology* Month 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijcu.2020.04.006>.
5. **Schoots and Padhani et al.** Risk-adapted biopsy decision based on prostate magnetic resonance imaging and prostate-specific antigen density for enhanced biopsy avoidance in first prostate cancer diagnostic evaluation. *BJU Int* 2021; 127: 175-178 doi:10.1111/bju.15277.
6. **Benson MC, Whang IS, Olsson CA, McMahon DJ, Cooner WH.** The use of prostate specific antigen density to enhance the predictive value of intermediate levels of serum prostate specific antigen. *The Journal of urology*. 1992;147(3):817-821.
7. **Castro HA, Iared W, Santos JEM, Solha RS,**

- Shigueoka DC, Ajzen SA.** Impact of PSA density of transition zone as a potential parameter in reducing the number of unnecessary prostate biopsies in patients with psa levels between 2.6 and 10.0 ng/mL. *International braz j urol.* 2018; 44:709-716.
- 8. Boesen L, Nørgaard N, Løgager V et al.** Prebiopsy biparametric magnetic resonance imaging combined with prostate-specific antigen density in detecting and ruling out Gleason 7–10 prostate cancer in biopsy-naïve men. *Eur Urol Oncol* 2019; 2: 311–9
- 9. van der Leest M, Cornel E, Israel B et al.** Head-to-head comparison of transrectal ultrasound-guided prostate biopsy versus multiparametric prostate resonance imaging with subsequent magnetic resonance-guided biopsy in biopsy-naïve men with elevated prostate-specific antigen: a large prospective multicenter clinical study. *Eur Urol* 2019; 75: 570–8
- 10. Knaapila J, Jambor I, Perez IM et al.** Prebiopsy IMPROD biparametric magnetic resonance imaging combined with prostate specific antigen density in the diagnosis of prostate cancer: an external validation study. *Eur Urol Oncol* 2020; 3: 648–56.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Lê Thành Đạt¹, Nguyễn Đình Thắng¹,
Trần Thái Thu¹, Lâm Hồ Gia Phúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính và so sánh sự khác biệt giữa nhóm này với nhóm không có tràn dịch màng phổi ác tính tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01/2017 đến 07/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính là 62,1 ± 13,1 tuổi. Tỷ số nam/nữ trong nhóm tràn dịch màng phổi ác tính là 1,01. Bạch cầu nhóm tràn dịch màng phổi ác tính trung bình 12,2 ± 4,4K/μL, LDH 557,4 ± 369 U/L, protein 43,5 ± 8,9 G/L, creatinin 83,4 ± 18,3 μmol/L. Trong số các bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính có 50,5% tràn dịch bên phải, 49% có lượng dịch nhiều, 53,2% dịch màu vàng chanh. Số lượng protein trung bình trong tràn dịch màng phổi ác tính là 43,5 ± 8,9 G/L, LDH trung bình là 865,5 ± 591,7 U/L, glucose trung bình 6,4 ± 4,2 mmol/L và ADA 17 ± 49,7 U/L. Các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính có số tế bào trung bình là 1214,7 ± 1243,3 tế bào/mm³ và tỷ lệ lymphocyte chiếm ưu thế. Có 40,2% trường hợp có u phổi trên CT - scan ngực. **Kết luận:** Tuổi trung bình ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính là 62,1 ± 13,1 tuổi cao hơn nhóm không tràn dịch màng phổi ác tính và có sự khác biệt trong phân bố giới tính giữa 2 nhóm. Có nhiều điểm khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân có và không có tràn dịch màng phổi ác tính.

Từ khóa: tràn dịch màng phổi ác tính, dịch tễ, cận lâm sàng.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH MALIGNANT PLEURAL EFFUSION AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL

Objective: Describe epidemiological and clinical characteristics in patients with malignant pleural effusion and comparing the differences between this group and the group without malignant pleural effusion at Pham Ngoc Thach Hospital. **Subject and methods:** A retrospective study was conducted on patients diagnosed with pleural effusion at Pham Ngoc Thach Hospital from 01/2017 to 07/2019. **Results:** The age of patients with malignant pleural effusion is 62.1 ± 13.1 years. The male-to-female ratio in the malignant pleural effusion group is 1.01. The average white blood cell count in malignant pleural effusion is 12.2 ± 4.4 K/μL, LDH 557.4 ± 369 U/L, protein 43.5 ± 8.9 G/L, creatinin 83.4 ± 18.3 μmol/L. Among patients with malignant pleural effusion, 50.5% have fluid accumulation on the right side, 49% have a large volume of fluid, and 53.2% have a yellowish lemon fluid color. The average protein level in the malignant pleural effusion group is 43.5 ± 8.9 g/L, the average LDH level is 865.5 ± 591.7 U/L, the average glucose level is 6.4 ± 4.2 mmol/L, and the average ADA level is 17 ± 49.7 U/L. Malignant pleural effusion cases have an average cell count of 1214.7 ± 1243.3 cells/mm³, with a predominance of lymphocytes. 40.2% of cases show lung tumors on chest CT scans. **Conclusion:** The age of patients with malignant pleural effusion is 62.1 ± 13.1 years, which is higher than the non-malignant pleural effusion group, and there is a difference in gender distribution between the two groups. There are several differences in clinical characteristics between patients with and without malignant pleural effusion.

Keywords: malignant pleural effusion, epidemiological characteristic, clinical characteristic.

¹Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thành Đạt

Email: datlt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi ác tính (TDMPAT) là khi có sự hiện diện của tế bào ác tính trong dịch màng phổi hoặc có u ác tính trên màng phổi phát hiện qua sinh thiết. TDMPAT là kết quả của các tổn thương ác tính nguyên phát của mô màng phổi, hoặc thứ phát từ nơi khác di căn tới. Đây là một tình trạng bệnh lý tương đối hiếm gặp, với số ca mắc mỗi năm tại Mỹ là 150.000 [1]. Bệnh nhân TDMPAT có triệu chứng xuất hiện chậm, không rõ ràng, 25% không triệu chứng [2]. Do đó việc tìm hiểu các đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng cũng góp phần chẩn đoán TDMPAT. Do đó mục đích nghiên cứu của chúng tôi nhằm "Mô tả một số đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng ở bệnh nhân TDMPAT và so sánh sự khác biệt giữa nhóm này với nhóm không có tràn dịch màng phổi ác tính (KTDMPAT) tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi (TDMP) tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán TDMP tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01/2017 đến 07/2019 và từ 18 tuổi trở lên.

Chẩn đoán TDMPAT: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bằng giải phẫu bệnh ác tính (qua các phương pháp của sinh thiết màng phổi mù, soi lồng ngực, hạch cổ) hoặc hóa mô miễn dịch.

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án:

- Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân: tuổi, giới.
- Đặc điểm cận lâm sàng: sinh hóa máu, đặc điểm dịch màng phổi (bên tràn dịch màng phổi,

số lượng dịch màng phổi, màu sắc dịch màng phổi, sinh hóa dịch màng phổi, tế bào dịch màng phổi), u phổi trên CT-scan ngực.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2017 đến 07/2019, có 287 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào, có 195 bệnh nhân TDMPAT và KTDMPAT. Trong đó có 72 trường hợp tràn dịch màng phổi do lao, 14 trường hợp tràn dịch màng phổi cận viêm phổi, tràn dịch màng phổi (TMMP) và 6 trường hợp TDMP chưa thăm.

3.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân

Bảng 1: Phân bố tuổi trong nhóm nghiên cứu

| | TDMPAT (n=195) | KTDMPAT (n=92) | P |
|----------------|-------------------|-------------------|--------|
| Trung bình±ĐLC | 62,1±13,1 | 51,5±17,7 | <0,001 |
| GTNN - GTLN | 24 - 99 | 20 - 91 | |

Tuổi trung bình ở bệnh nhân TDMPAT là 62,1 ± 13,1 tuổi, bệnh nhân KTDMPAT là 51,5 ± 17,7 tuổi. Sự khác nhau về độ tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 2: Phân bố giới tính trong nhóm nghiên cứu

| | TDMPAT (n = 195) | KTDMPAT (n = 92) | P |
|-----|---------------------|---------------------|-------|
| Nam | 98 (50,3%) | 64 (69,6%) | 0,002 |
| Nữ | 97 (49,7%) | 28 (30,4%) | |

Tỷ số nam/nữ trong nhóm TDMPAT là 1,01. Tỷ số nam/nữ trong nhóm KTDMPAT là 2,3. Sự khác nhau về phân bố giới tính giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p = 0,002.

3.2. Sinh hóa máu

Bảng 3: Kết quả sinh hóa máu của nhóm nghiên cứu

| Sinh hóa | Đơn vị | TDMPAT | | KTDMPAT | | P |
|------------|-------------|--------|------------------|---------|------------------|----------|
| | | n | Trung bình (ĐLC) | n | Trung bình (ĐLC) | |
| Bạch cầu | K/ μ L | 190 | 10,9 (4,4) | 90 | 10,2 (6,4) | 0,350(*) |
| Tiểu cầu | K/ μ L | 189 | 327,7 (123,5) | 89 | 335 (126,9) | 0,649 |
| Hồng cầu | M/ μ L | 190 | 4,4 (0,7) | 90 | 4,4 (0,7) | 1,000 |
| Hemoglobin | g/dL | 191 | 12,7 (1,9) | 90 | 12,6 (1,6) | 0,666 |
| LDH | U/L | 49 | 557,4 (369) | 26 | 426,4 (175,5) | 0,041(*) |
| Protein | G/L | 183 | 43,5 (8,9) | 46 | 68 (12,8) | <0,001 |
| AST | U/L | 186 | 37,5 (25,3) | 91 | 37,7 (17,3) | 0,939(*) |
| ALT | U/L | 185 | 40,8 (26,4) | 90 | 42,9 (21,8) | 0,486(*) |
| Glucose | mmol/L | 180 | 6,9 (2) | 87 | 7 (2,9) | 0,743 |
| Urea | mmol/L | 121 | 5,9 (3) | 46 | 7,2 (9,3) | 0,357(*) |
| Creatinine | μ mol/L | 185 | 83,4(18,3) | 86 | 91,6 (26) | 0,003 |

(*) kiểm định t-test cho hai phương sai không bằng nhau

Bạch cầu nhóm TDMPAT trung bình 12,2 ± 4,4K/ μ L, tiểu cầu 327,7 ± 123,5 K/ μ L, hồng cầu 4,4 ± 0,7 K/ μ L, hemoglobin 12,7 ± 1,9 g/dL, LDH 557,4 ± 369 U/L, protein 43,5 ± 8,9 G/L,

AST $37,5 \pm 25,3$ U/L, ALT $40,8 \pm 26,4$ U/L, glucose $6,9 \pm 2$ mmol/L, ure $5,9 \pm 3$ mmol/L, creatinin $83,4 \pm 18,3$ μ mol/L. Sự khác nhau giữa bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu, hemoglobin, AST, ALT, urea của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Sự khác nhau của LDH, protein và creatinine của hai nhóm có ý nghĩa thống kê.

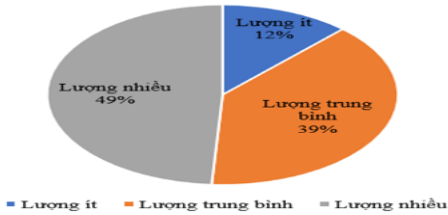
3.3. Đặc điểm dịch màng phổi

Bảng 4: Bên tràn dịch màng phổi

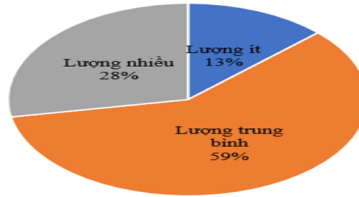
| Bên dịch | TDMPAT (n=192) n (%) | KTDMPAT (n=87) n (%) | p |
|----------|-------------------------|-------------------------|-------|
| Phải | 97 (50,5) | 34 (39,1) | 0,136 |
| Trái | 71 (37,0) | 43 (49,4) | |
| Hai bên | 24 (12,5) | 10 (11,5) | |

Nhóm TDMPAT tràn dịch bên phải nhiều hơn bên trái, nhóm KTDMPAT tràn dịch bên trái nhiều hơn bên phải. Sự khác nhau về bên tràn dịch màng phổi trên X - quang phổi không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,136$ (kiểm định χ^2).

Số lượng dịch màng phổi nhóm TDMPAT (n = 192)



Số lượng dịch màng phổi nhóm KTDMPAT (n = 86)



Biểu đồ 1: Số lượng dịch màng phổi

Biểu đồ trên cho thấy nhóm TDMPAT có hình ảnh X - quang phổi TDMPAT lượng nhiều nhiều hơn nhóm còn lại là 1,8 lần. Sự khác nhau về lượng dịch màng phổi có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$ (kiểm định χ^2).

Bảng 5: Đặc điểm màu sắc dịch của nhóm nghiên cứu

| Màu sắc dịch | TDMPAT (N=190) n (%) | KTDMPAT (N=90) n (%) | P |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| Vàng chanh | 101(53,2) | 75(83,3) | <0,001 |
| Cam | 51 (26,8) | 7 (7,8) | |
| Đỏ, Nâu | 38 (20) | 4 (4,4) | |
| Mủ đục (xanh, vàng) | 0 (0) | 4 (4,4) | |

Bệnh nhân nhóm TDMPAT có màu đỏ - nâu nhiều hơn nhóm KTDMPAT còn lại 4,5 lần. Sự khác nhau về màu sắc dịch màng phổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (kiểm định Fisher exact).

Bảng 6: Đặc điểm sinh hóa dịch màng phổi nhóm nghiên cứu

| Chỉ số | TDMPAT n=187 | KTDMPAT (do lao) n=67 | KTDMPAT (cận viêm, TMMP) n=14 | KTDMPAT (dịch thấm) n=6 | P |
|------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| | Trung bình (ĐLC) | | | | |
| Protein (g/L) | 43,5 (8,9) | 48,9 (7,6) | 50 (6,3) | 17,2 (8,1) | < 0,001 |
| LDH (U/L) | 865,5 (556,1) | 757,5 (515,9) | 1754,2 (768,1) | 167,5 (67,5) | < 0,001 ^(*) |
| Glucose (mmol/L) | 6,4 (4,2) | 5,8 (1,6) | 4,8 (7,6) | 7,2 (2,7) | 0,0505 ^(*) |
| ADA (U/L) | 17 (49,7) | 45 (25,7) | 62,2 (61,6) | 5,8 (2,6) | < 0,001 ^(*) |

Số lượng protein trung bình trong TDMPAT là $43,5 \pm 8,9$ G/L, LDH trung bình là $865,5 \pm 591,7$ U/L, glucose trung bình $6,4 \pm 4,2$ mmol/L và ADA $17 \pm 49,7$ U/L. Sự khác nhau về các chỉ số protein dịch màng phổi có ý nghĩa thống kê (kiểm định ANOVA). Sự khác nhau về các chỉ số LDH, ADA, glucose dịch màng phổi có ý nghĩa thống kê (kiểm định Kruskal Wallis).

Bảng 7: Đặc điểm tế bào dịch màng phổi các nhóm nghiên cứu

| Tế bào DMP | TDMPAT n=179 | KTDMPAT | | | P |
|------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| | | Lao n=70 | Cận viêm, TMMP n=14 | Dịch thấm n=6 | |
| Tế bào/mm ³ (ĐLC) | 1214,7 \pm 1254 | 1368,7 \pm 1291 | 4228,6 \pm 1421,5 | 383,3 \pm 319 | <0,001 ^(*) |
| % Neutrophil | 7,7 | 6,6 | 72,7 | 5,8 | <0,001 |
| % Lymphocyte | 89,3 | 89,9 | 15,7 | 94,2 | <0,001 |
| % Hồng cầu | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| % Tế bào thoái hóa | 1,8 | 3,5 | 10,3 | 0 | 0,209 ^(*) |
| % Monocyte | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 0,477 |
| % Eosinophil | 1 | 0 | 1,3 | 0 | 0,245 |

Các trường hợp TDMPAT có số tế bào trung bình là $1214,7 \pm 1243,3$ tế bào/mm³ và tỷ lệ lymphocyte chiếm cao nhất là 89,3%.

3.4. U phổi trên CT – scan ngực

Bảng 8: U phổi trên CT – scan ngực trong nhóm nghiên cứu

| U phổi | TDMPAT (n=124) n (%) | KTDMPAT (n=47) n (%) | p |
|---------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| Phải | 31 (25,0) | 2 (4,3) | <0,001 |
| Trái | 14 (11,2) | 0 | |
| Hai bên | 5 (4,0) | 0 | |

Sự khác nhau về u phổi trên CT – scan ngực có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher exact). Những trường hợp TDMPAT có hình ảnh hạch u phổi trên CT – scan ngực nhiều hơn nhóm còn lại là 9,4 lần.

IV. BÀN LUẬN

Trong các trường hợp TDMPAT được chọn vào nghiên cứu, bệnh nhân có độ tuổi nhỏ nhất là 24 tuổi, lớn nhất là 99 tuổi và tuổi trung bình là 62 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên bệnh nhân TDMPAT ở Việt Nam, các nghiên cứu có số tuổi trung bình dao động từ 46,3 đến 66,79 tuổi [3], [4]. Trong các trường hợp KTDMPAT được chọn vào nghiên cứu, bệnh nhân có độ tuổi nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 91 và tuổi trung bình là 51,5 tuổi. Trong các trường hợp KTDMPAT có 78% trường hợp TDMP do lao. Tuổi trung bình của nhóm TDMPAT lớn hơn nhóm KTDMPAT 1,2 lần, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả gần giống với kết quả của Nguyễn Thị Tuyết Nhi là 1,3 lần [3].

Tỷ số nam/nữ trong nhóm TDMPAT là 1,01. Tỷ số nam/nữ trong nhóm KTDMPAT là 2,3. Sự khác nhau về phân bố giới tính giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$. Tỷ số nam/nữ ở nhóm KTDMPAT cao hơn nhóm TDMPAT. Một số tác giả cho rằng do ảnh hưởng của yếu tố văn hóa, xã hội nên nam giới thường tham gia vào các hoạt động xã hội nhiều hơn vì vậy có nguy cơ tiếp xúc với các nguồn lây và dễ mắc lao hơn nữ [5].

Bạch cầu nhóm TDMPAT trung bình $12,2 \pm 4,4$ K/ μ L, tiểu cầu $327,7 \pm 123,5$ K/ μ L, hồng cầu $4,4 \pm 0,7$ K/ μ L, hemoglobin $12,7 \pm 1,9$ g/dL, LDH $557,4 \pm 369$ U/L, protein $43,5 \pm 8,9$ G/L, AST $37,5 \pm 25,3$ U/L, ALT $40,8 \pm 26,4$ U/L, glucose $6,9 \pm 2$ mmol/L, ure $5,9 \pm 3$ mmol/L, creatinin $83,4 \pm 18,3$ μ mol/L. Số lượng LDH trung bình ở nhóm TDMPAT cao hơn nhóm không TDMPAT 1,3 lần, số lượng protein trung bình ở nhóm TDMPAT thấp hơn nhóm không TDMPAT 1,6 lần.

Trong nhóm TDMPAT, bệnh nhân tràn dịch màng phổi bên phải có tỷ lệ cao nhất với 50,5%. Các kết quả nghiên cứu tương tự ở Việt Nam cũng có kết quả tràn dịch màng phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,2% [3] và 67,4% [4]. Trong nhóm KTDMPAT, bệnh nhân tràn dịch màng phổi bên trái có tỷ lệ cao nhất với 49,4%. Kết quả nghiên cứu tương tự ở Việt Nam kết quả tràn dịch màng phổi bên phải vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân TDMP do lao là 58,2% [3], 76,9% [4]. Sự khác biệt về bên tràn dịch của hai nhóm trên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Trong nhóm TDMPAT, bệnh nhân tràn dịch màng phổi lượng nhiều có tỷ lệ cao nhất với 49%. Kết quả nghiên cứu tương tự ở Việt Nam cũng có kết quả tràn dịch màng phổi lượng nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,3% [1], 63,76% [6]. Tỷ lệ tràn dịch màng phổi lượng nhiều ở nhóm TDMPAT cao hơn nhóm KTDMPAT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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. Các nghiên cứu trong nước có tỷ lệ dịch màu vàng chanh là 38,6% [1], dịch cam là 11,16% [1], dịch đỏ 20% [1] - 36,8% [3]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ dịch đỏ xuất hiện trong nhóm TDMPAT nhiều hơn nhóm KTDMPAT 4,5 lần, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các nghiên cứu nước ngoài cũng cho thấy TDMPAT thường là dịch lẫn máu, bệnh lý ác tính là nguyên nhân gây chảy máu thường gặp nhất. Tuy nhiên khoảng phân nửa các trường hợp TDMPAT không lẫn máu [7]. Do vậy dịch màu đỏ góp phần gợi ý cho bác sĩ lâm sàng nghĩ đến bệnh lý TDMPAT.

Trong các mẫu dịch TDMPAT, số lượng protein trung bình là $43,5 \pm 8,9$ G/L, LDH trung bình là $865,5 \pm 591,7$ U/L, glucose trung bình $6,4 \pm 4,2$ mmol/L. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước với sinh hóa dịch màng phổi ở bệnh nhân TDMPAT [1], [3], [4]. Tất cả các trường hợp TDMPAT trong nghiên cứu của chúng tôi đều thỏa tiêu chuẩn dịch tiết của Light, theo y văn phần lớn TDMPAT là dịch tiết [8]. Chỉ số protein và LDH đều tăng quá trình viêm trong màng phổi. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân TDMPAT có dịch thẫm gặp trong TDMPAT giai đoạn sớm hoặc kèm suy tim, xẹp phổi. Điều này lưu ý rằng bệnh nhân TDMP dịch thẫm vẫn không loại trừ TDMPAT. ADA trung bình trong các trường hợp TDMPAT là $17 \pm 49,7$ U/L. Lượng ADA trong nghiên cứu khác là $19,02 \pm 22,78$ U/L [1]. ADA của nhóm TDMPAT thấp hơn nhóm KTDMPAT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.