

bệnh nhân nào ảnh hưởng đến chức năng thận. Hội chứng bàn tay - chân gặp ở 3,81% số trường hợp. Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng không mong muốn trên thần kinh ngoại vi là 8,12%

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hiếu (2010), Ung thư dạ dày, Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, 2010, 256-268.
2. Phạm Duy Hiên (2007), Ung thư dạ dày, Nhà xuất bản Y học, 2007.
3. Nguyễn Thị Vượng (2013). Đánh giá hiệu quả phác đồ XELOX trong điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày. Luận án Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
4. Bang YJ, Van Custem E, Feyereislova A et al (2010), Phase III Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial, Lancet, 2010; 376: 687-97.
5. Y. Wu và các cộng sự. (2013), "Efficacy of adjuvant XELOX and FOLFOX6 chemotherapy after D2 dissection for gastric cancer", World J Gastroenterol. 19(21), tr. 3309-15.
6. Y. J. Bang và các cộng sự. (2012), "Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial", Lancet. 379 (9813), tr. 315-21.
7. Vũ Quang Toàn (2016). Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4, N0-3, M0) bằng hóa chất hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
8. Trịnh Thị Hoa (2009), Đánh giá hiệu quả của phác đồ hóa trị hỗ trợ ECX trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày sau phẫu thuật tại bệnh viện K, Luận văn Thạc sĩ, Chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Hà Nội.

## GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA XÉT NGHIỆM TẾ BÀO HỌC DỊCH MÀNG PHỔI VÀ SINH THIẾT MÀNG PHỔI MÙ Ở BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH

Lê Thành Đạt<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Thắng<sup>1</sup>,  
Lâm Hồ Gia Phúc<sup>1</sup>, Trần Thái Thụy<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi và sinh thiết màng phổi mù bằng kim Abrams trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính và tràn dịch màng phổi do các nguyên nhân khác tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01/2017 đến 07/2019. **Kết quả:** Xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi có độ nhạy là 30,3% và đặc hiệu là 98,9%. Xét nghiệm lần 2 trở lên không có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính với  $p > 0,05$ . Xét nghiệm sinh thiết màng phổi mù bằng kim Abrams có độ nhạy 21,7% và đặc hiệu là 100%. Xét nghiệm lần 2 trở lên không có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính với  $p > 0,05$ . Sự kết hợp tế bào học và sinh thiết màng phổi mù bằng kim Abrams làm tăng khả năng chẩn đoán lên 57,4% và chẩn đoán xác định là 52,8%. **Kết luận:** Xét nghiệm tế bào học và sinh thiết màng phổi mù bằng kim Abrams vẫn có giá trị trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính. Chỉ nên

thực hiện một lần sinh thiết màng phổi mù bằng kim Abrams trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính. Chỉ nên thực hiện một lần tế bào học nếu kết quả tế bào học lạnh tính, nếu tế bào học lần đầu ác tính thì lặp lại lần hai để chẩn đoán xác định. Nên phối hợp hai phương pháp xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi và sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính.

**Từ khóa:** tràn dịch màng phổi ác tính, tế bào học, sinh thiết màng phổi mù.

#### SUMMARY

### DIAGNOSTIC VALUE OF CYTOLOGICAL EXAMINATION OF THE PLEURAL FLUID AND BLIND ABRAMS' NEEDLE PLEURAL BIOPSY IN PATIENTS WITH MALIGNANT PLEURAL EFFUSION

**Objective:** To determine the sensitivity and specificity of cytological examination of the pleural fluid and blind Abrams' needle pleural biopsy in diagnosing malignant pleural effusion. **Subject and methods:** We retrospectively assessed medical records of patients who with malignant pleural effusion and pleural effusion from other causes at Pham Ngoc Thach Hospital from January 2017 to July 2019. **Results:** Cytological examination of the pleural fluid has a sensitivity of 30.3% and specificity of 98.9% in diagnosing malignant pleural effusion. Subsequent examinations beyond the second one do not have statistically significant significance in diagnosing malignant pleural effusion with  $p > 0.05$ .

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thành Đạt

Email: datlt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2023

Ngày duyệt bài: 29.9.2023

The second examination in patients with malignant cells in the first examination has statistically significant value with  $p < 0.05$ . Blind Abrams' needle pleural biopsy has a sensitivity of 21.7% and specificity of 100%. Subsequent examinations beyond the second one do not have statistically significant significance in diagnosing malignant pleural effusion with  $p > 0.05$ . The combination of cell examination and blind Abrams' needle pleural biopsy increases the diagnostic capability to 57.4% and the definitive diagnosis to 52.8%. **Conclusion:** Cytopathology and blind Abrams' needle pleural biopsy still hold value in diagnosing malignant pleural effusion. Only one blind Abrams' needle pleural biopsy should be performed in the diagnosis of malignant pleural effusion. Only one cytopathology should be performed if the initial result is benign and if the initial cytopathology shows malignancy, a repeat examination should be conducted for definitive diagnosis. It is recommended to combine the two methods of pleural fluid cytopathology and blind Abrams' needle pleural biopsy in diagnosing malignant pleural effusion.

**Keywords:** malignant pleural effusion, cytopathology, blind Abrams' needle pleural biopsy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi (TDMP) nếu xảy ra trong các trường hợp ung thư ác tính sẽ được gọi là tràn dịch màng phổi ác tính (TDMPAT). Chẩn đoán xác định bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc xác định giai đoạn, tiên lượng và điều trị trên bệnh nhân ung thư có di căn màng phổi. Có nhiều phương pháp để chẩn đoán nguyên nhân TDMP, trong đó để chẩn đoán TDMPAT cần có kết quả tế bào học (TBH) ác tính, giải phẫu bệnh màng phổi ác tính qua sinh thiết màng phổi mù (STMPM) hoặc soi lồng ngực, hóa mô miễn dịch. Tuy có nhiều phương pháp, nhưng việc chẩn đoán TDMPAT vẫn là một công việc khó khăn, tốn nhiều thời gian và tiền bạc. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu tính giá trị của TBH và STMPM trong chẩn đoán TDMPAT: Prakash với độ nhạy TBH là 57,6% và độ nhạy STMPM là 43% [1], Johnston WW với độ nhạy và đặc hiệu của TBH là 90,5% và 100% [2], tương tự ở Bueno CE là 52,3% và 100% [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Anh với độ nhạy TBH là 1,4% và độ nhạy STMPM là 68,65% [4], nghiên cứu của tác giả Quang Văn Trí là 19,4% và 81,4%[5]. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch là nơi mà các bệnh nhân ngoại trú có thể đã được chẩn đoán xác định TDMPAT bằng TBH hoặc STMPM. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm "Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của xét nghiệm TBH dịch màng phổi và STMPM bằng kim Abrams trong chẩn đoán TDMPAT".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

hồ sơ.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán TDMPAT hoặc TDMP do nguyên nhân khác tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01/2017 đến 07/2019.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi.
- Bệnh nhân đã được thực hiện ít nhất 1 mẫu TBH dịch màng phổi hoặc 1 lần STMPM bằng kim Abrams và có chẩn đoán xác định nguyên nhân TDMP.

**Chẩn đoán TDMPAT:** TDMPAT được chẩn đoán khi có kết quả giải phẫu bệnh màng phổi ác tính. Ở những trường hợp TDMPAT nhưng kết quả TBH và giải phẫu bệnh màng phổi lành tính cần chẩn đoán dựa vào các kết quả giải phẫu bệnh khác (mô phổi quản, mô hạch, mô phổi, v.v.) hoặc qua đánh giá lâm sàng.

### Biên số nghiên cứu:

- Đặc điểm cá nhân: giới, khu vực sống, thời gian nằm viện.
- Tế bào học là kết quả chọc dò dịch màng phổi soi tìm tế bào.
- STMPM là kết quả phẫu bệnh của phương pháp STMPM.
- TDMP: TDMPAT và KTDMPAT (là các bệnh nhân được chẩn đoán TDMP do lao, cận viêm phổi hoặc tràn mủ màng phổi, các nguyên nhân dịch thấm).

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20. Các giá trị chẩn đoán bệnh lý của một xét nghiệm bao gồm: (1) độ nhạy (sensitivity, Sn) là tỷ lệ xét nghiệm dương tính trong số các trường hợp có bệnh, độ đặc hiệu (specificity, Sp) là tỷ lệ xét nghiệm âm tính trong số các trường hợp không có bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm cá nhân của nhóm nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm cá nhân của nhóm nghiên cứu (n=287)**

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	162	56,4
Nữ	125	43,6
<b>Khu vực sống</b>		
TP.HCM	66	23,0
Đông Nam Bộ	45	15,7
Trung bộ - Bắc Bộ - Tây Nguyên	57	19,9
Tây Nam Bộ	119	41,4

Trong tổng số 287 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ với 56,4%. Đa số các bệnh nhân đến từ Tây Nam Bộ

(41,4%), đứng thứ hai là khu vực Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) với 23%.

**Bảng 2: Thời gian nằm viện của nhóm nghiên cứu**

Thời gian nằm viện (ngày)	TDMPAT	KTDMPAT	p
TB ± ĐLC	18,5±12	22,1±16,7	0,06
GTNN – GTLN	3 – 90	3 – 114	

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm TDMPAT là 18,5 ngày (± 12). Trong đó bệnh nhân nằm viện ít nhất là 3 ngày, lâu nhất là 90 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân KTDMPAT là 22,1 ngày (± 16,7). Trong đó bệnh nhân nằm viện ít nhất là 3 ngày, lâu nhất là 114 ngày. Sự khác nhau về thời gian nằm viện giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p = 0,06.

**3.2. Giá trị của tế bào học**

**Bảng 3: Kết quả tế bào học dịch màng phổi nhóm nghiên cứu**

	TDMPAT	KTDMPAT	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
TBH ác tính	59	1	30,3%	98,9%
TBH lành tính	136	91		
<b>Tổng</b>	195	92		

Giá trị của tế bào học trong chẩn đoán TDMPAT có độ nhạy là 30,3% và độ đặc hiệu là 98,9%.

**Bảng 4: Độ nhạy mỗi lần thực hiện xét nghiệm tế bào học**

	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
TBH ác tính	43	30	9	4
TBH lành tính	152	78	25	5
Độ nhạy %	22,1	27,8	26,4	44,4

Độ nhạy của xét nghiệm TBH qua lần 1 là 22,1%, lần 2 là 27,8%, lần 3 là 26,4% và lần 4 là 44,4%.

**Bảng 5: Độ nhạy tăng thêm khi lập lại xét nghiệm TBH**

	TBH 1 lần	TBH 2 lần	TBH 3 lần	TBH 4 lần
TBH ác tính	43	55	58	59
Độ nhạy	22,1%	28,2%	29,7%	30,3%

Sự khác biệt của xét nghiệm TBH 1 lần và 2 lần không có ý nghĩa thống kê với p = 0,161 (kiểm định χ<sup>2</sup>). Sự khác biệt của làm xét nghiệm TBH 3 lần so với 2 lần (p = 0,738) và 4 lần so với 3 lần (p = 0,912) không có ý nghĩa thống kê với (kiểm định χ<sup>2</sup>). Trong 43 trường hợp TBH lần 1 ác tính, có 21 trường hợp lập lại TBH lần 2, trong đó có 18 trường hợp TBH ác tính chiếm tỷ lệ 85,7%, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.3. Kết quả của sinh thiết màng phổi mù bằng kim Abrams**

Trong 195 trường hợp TDMPAT, nghiên cứu chọn được 106 ca có STMPM được chẩn đoán bằng các phương pháp khác (không phải TBH) để làm tiêu chuẩn vàng chẩn đoán TDMPAT (soi lồng ngực, hóa mô miễn dịch, soi phế quản, hạch cổ, lâm sàng phù hợp với ung thư). Trong 92 trường hợp KTDMPAT, chọn 48 ca có STMPM và được chẩn đoán xác định bằng các xét nghiệm khác. Trong đó 35 ca lao, 3 ca TDMP dịch thấm (suy tim, suy thận, xơ gan), 10 ca TDMP cận viêm phổi – tràn mủ màng phổi.

**Bảng 6: Độ nhạy, độ đặc hiệu của STMPM trong chẩn đoán TDMPAT**

	TDM PAT	KTDM PAT	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
STMPM	Ac tính	23	21,7%	100%
	Lành tính	83		
	<b>Tổng</b>	<b>106</b>		

Giá trị của STMPM trong chẩn đoán TDMPAT có độ nhạy là 21,7% và độ đặc hiệu là 100%.

**Bảng 7: Độ nhạy mỗi lần STMPM**

		Lần 1	Lần 2	Lần 3
STMPM	Ac tính	16	6	1
	Lành tính	90	29	3
	Độ nhạy (%)	15,1	17,1	25

Trong 106 trường hợp TDMPAT có STMPM, có 35 ca được STMPM 2 lần và 4 ca STMPM 3 lần. Kết quả cho thấy độ nhạy mỗi lần làm xét nghiệm STMPM lần lượt là 15,1%, 17,1% và 25%.

**Bảng 8: Độ nhạy tăng thêm khi lập lại STMPM**

	STMPM 1 lần	STMPM 2 lần	STMPM 3 lần
STMPM ác tính	16	22	23
Độ nhạy	15,1%	20,8%	21,7%

Sự khác biệt của STMPM 1 lần và 2 lần không có ý nghĩa thống kê với p = 0,283 (kiểm định χ<sup>2</sup>). Sự khác biệt của STMPM 2 lần và 3 lần không có ý nghĩa thống kê với p = 0,867 (kiểm định χ<sup>2</sup>).

**3.4. Giá trị của việc kết hợp TBH và STMPM**

**Bảng 9: Độ nhạy của việc kết hợp 1 hoặc 2 TBH và STMPM**

	Tần số	Độ nhạy
<b>Kết hợp 1 TBH và STMPM (n=195)</b>		
TBH ác tính và/hoặc STMPM ác tính	112	57,4%
TBH lành tính và STMPM lành tính	83	
<b>Kết hợp 2 TBH và STMPM (n=195)</b>		
2 TBH ác tính và (hoặc) STMPM ác tính	103	52,8%

Tối đa 1 TBH ác tính và STMPM lành tính	92	
---	----	--

Trong 195 trường hợp TDMPAT có 112 trường hợp có TBH ác tính và/hoặc STMPM ác tính, 83 trường hợp còn lại được chẩn đoán bằng phương pháp khác. Độ nhạy của sự kết hợp hai xét nghiệm TBH và STMPM trong chẩn đoán TDMPAT là 57,4%. Trong 195 trường hợp TDMPAT có 103 trường hợp đủ 2 TBH ác tính và/hoặc STMPMAT. Độ nhạy của sự kết hợp hai xét nghiệm TBH và STMPM trong chẩn đoán xác định TDMPAT trên lâm sàng là 52,8%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 287 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn nữ (với 56,4%). Về khu vực sống, có đến 41,4% bệnh nhân đến từ Tây Nam Bộ. Đứng thứ hai là TP.HCM (23%), sau đó là khu vực Trung Bộ/ Bắc Bộ/ Tây Nguyên (19,9%) và cuối cùng là Đông Nam bộ (15,7%). Từ đó nhận thấy bệnh viện Phạm Ngọc Thạch không những đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh hô hấp cho người dân tại TP.HCM mà còn cho các bệnh nhân từ miền Trung đổ vào và đồng thời cũng phần nào thể hiện tình hình bệnh tật ở khu vực.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân TDMPAT là  $18,5 \pm 12$  ngày. Trong đó bệnh nhân nằm viện ít nhất là 3 ngày, lâu nhất là 90 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Anh với thời gian nằm viện trung bình là 18 ngày [4]. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm KTDMPAT là  $22,1 \pm 16,7$  ngày. Sự khác nhau về thời gian nằm viện của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Trong 195 trường hợp TDMPAT, có 59 trường hợp có TBH ác tính trong dịch màng phổi với độ nhạy chẩn đoán là 30,3%, độ đặc hiệu là 98,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trong nước [4], [5] và thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới [2], [3]. Những khác biệt này có thể do xét nghiệm TBH phụ thuộc nhiều vào cách xử lý bệnh phẩm, phương pháp nhuộm, loại ung thư và khả năng đọc mẫu của bác sĩ. Ngoài ra có thể do các nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu trên hồ sơ nội trú bệnh viện Phạm Ngọc Thạch – nơi mà các bệnh nhân ngoại trú có thể đã được chẩn đoán xác định TDMPAT bằng TBH hoặc STMPM nên các bệnh nhân nhập viện thường là những trường hợp khó chẩn đoán. Việc này làm độ nhạy của nghiên cứu có thể thấp hơn so với thực tế. Độ nhạy của chẩn đoán TBH lập lại 1 lần, 2 lần, 3 lần và 4 lần ra được kết quả lần lượt là

22,1%, 28,2%, 29,7% và 30,3%. Tuy nhiên độ nhạy của chẩn đoán không tăng có ý nghĩa thống kê khi lập lại xét nghiệm TBH từ lần thứ hai trở đi, chỉ có những trường hợp TBH lần 1 ác tính thì làm xét nghiệm TBH lần 2 để xác định chẩn đoán là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu tương tự của Garcia L cho thấy khả năng chẩn đoán TBH ác tính đạt được 65% ở mẫu đầu tiên, thêm 27% so với mẫu thứ 2 và chỉ tăng 5% ở mẫu thứ 3 [6]. Chúng tôi nhận thấy việc lập lại xét nghiệm tế bào học lần 2 trở đi không có giá trị trong chẩn đoán TDMPAT với  $p > 0,05$  ở những trường hợp TBH lần 1 lành tính. Độ đặc hiệu của nghiên cứu chúng tôi khá cao là 98,9%, độ đặc hiệu của các nghiên cứu tương tự là 100% [2], [3]. Chúng tôi nhận thấy 1 tế bào học ác tính chưa đủ để được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán TDMPAT. Cần có 02 TBH ác tính để chẩn đoán TDMPAT để chẩn đoán xác định TDMPAT bằng phương pháp nhuộm papanicolaou (theo khuyến cáo của Hiệp hội Tế bào học Hàn lâm quốc tế (IAC - International Academy of Cytology)).

Trong 106 ca TDMPAT có STMPM bằng kim Abrams, kết quả cho thấy độ nhạy là 21,7% và độ đặc hiệu là 100%. Kết quả của nghiên cứu cho thấy độ nhạy thấp hơn các nghiên cứu trong và ngoài nước [3], [4], [5]. Điều này có thể là do những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả chẩn đoán STMPM: kỹ năng sinh thiết, số lần sinh thiết, số mẫu sinh thiết, khâu xử lý bệnh phẩm, giai đoạn của bệnh, kinh nghiệm đọc bệnh phẩm, loại kim sinh thiết. Ngoài ra có thể do nghiên cứu chúng tôi thực hiện ở các bệnh nhân nội trú nên không ghi nhận được phần lớn trường hợp đã được chẩn đoán ngoại trú. Nghiên cứu có 106 trường hợp TDMPAT được STMPM 1 lần, 31 trường hợp được STMP 2 lần, 4 trường hợp được STMP 3 lần. Độ nhạy xét nghiệm 1 lần STMPM là 15,1%, 2 lần là 20,8%, 3 lần là 22,7%. Chúng tôi nhận thấy rằng STMPM lần 2 trở đi không làm tăng khả năng chẩn đoán có ý nghĩa thống kê. Độ đặc hiệu của STMPM ở nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu tương tự là 100% [7], [8].

Theo khuyến cáo của IAC, cần 2 kết quả TBH ác tính để chẩn đoán xác định TDMPAT. Khi kết hợp hai xét nghiệm TBH và STMPM bằng kim Abrams thì độ nhạy chẩn đoán TDMPAT tăng lên 57,4%. Kết quả của nghiên cứu tương tự cho thấy độ nhạy chẩn đoán tăng lên đến 64,7% [1]. Trên thực tế để chẩn đoán xác định TDMPAT cần 2 TBH ác tính hoặc STMPM ác tính, thì kết hợp hai xét nghiệm có hiệu quả chẩn đoán xác định là 52,8%.

**V. KẾT LUẬN**

Xét nghiệm TBH và STMPM bằng kim Abrams vẫn có giá trị trong chẩn đoán TDMPAT. Chỉ nên thực hiện một lần STMPM bằng kim Abrams trong chẩn đoán TDMPAT. Chỉ nên thực hiện một lần TBH nếu kết quả TBH lành tính, nếu TBH lần đầu ác tính thì lập lại lần hai để chẩn đoán xác định. Nên phối hợp hai phương pháp xét nghiệm TBH dịch màng phổi và STMPM trong chẩn đoán TDMPAT.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Prakash U. B, et al** (1985). Comparison of needle biopsy with cytologic analysis for the evaluation of pleural effusion: analysis of 414 cases. *Mayo Clin Proc*, 60(3): p. 158-164.
2. **Johnston W. W** (1985). The malignant pleural effusion. A review of cytopathologic diagnoses of 584 specimens from 472 consecutive patients. *Cancer*, 56(4): p. 905-909.
3. **Escudero Bueno C, et al** (1990). Cytologic and bacteriologic analysis of fluid and pleural biopsy specimens with Cope's needle. Study of 414 patients. *Arch Intern Med*, 150(6): p. 1190-1194.
4. **Lê Hồng Anh** (2014). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hóa mô miễn dịch của tràn dịch màng phổi ác tính. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*.
5. **Quang Văn Trí** (2008). Giá trị của một số xét nghiệm cận lâm sàng thường quy trong chẩn đoán phân biệt tràn dịch màng phổi do lao và ung thư. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*.
6. **Garcia L. W, et al** (1994). The value of multiple fluid specimens in the cytological diagnosis of malignancy. *Mod Pathol*, 7(6): p. 665-668.
7. **Ngô Thanh Bình** (2007). Vai trò của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*.
8. **Nguyễn Thị Tuyết Nhi** (2010). Giá trị của sinh thiết màng phổi mù bằng kim Castelain trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*.

## KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA KÍCH THƯỚC KHE NIỆU DỤC VÀ KHE CƠ NÂNG VỚI MỨC ĐỘ SA CÁC CƠ QUAN VÙNG CHẬU TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU

Hoàng Đình Âu<sup>1,2</sup>, Lê Tuấn Linh<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục đích:** Khảo sát mối tương quan giữa kích thước khe sinh dục (UGH- Urogenital Hiatus) và khe cơ nâng (LH-Levator Hiatus) với mức độ sa các cơ quan vùng chậu trên cộng hưởng từ động học sàn chậu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân nữ có rối loạn chức năng sàn chậu trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu và được chẩn đoán sa các cơ quan vùng chậu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 10/2021 đến 05/2023. Sa các cơ quan vùng chậu dựa vào khoảng cách của mỗi các cơ quan này so với đường mu cut (PCL) trên CHT thì tổng phân và được chia làm 3 độ từ độ 0 đến độ 3 tương ứng với không sa đến sa nặng. Mỗi các cơ quan vùng chậu bao gồm cổ tử cung (hoặc vòm âm đạo), cổ bàng quang và điểm nối trực tràng- ống hậu môn (ARJ). Kích thước khe niệu dục (UGH) được đo từ bờ sau xương mu đến thành sau âm đạo. Kích thước khe cơ nâng (LH) được đo từ bờ sau xương mu đến thành sau trực tràng tại ARJ. Tính trung bình ± độ lệch của sa các cơ quan vùng chậu, của khe niệu dục và khe cơ

nâng ở thì tổng phân. Khảo sát mối tương quan giữa kích thước khe niệu dục, khe cơ nâng với mức độ sa các cơ quan vùng chậu dựa vào kiểm định Pearson. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61.1±14.3. Tỷ lệ BN đã mãn kinh là 76.9%. Sinh con theo đường âm đạo chiếm 92.3%. Tỷ lệ sinh từ 2 con trở lên là 90.4%. Khoảng cách trung bình CTC (hoặc vòm âm đạo), của ARJ, của cổ BQ phía dưới PCL thì tổng phân lần lượt là 33.2±20 mm, 47±9.5 mm và 31±23.7 mm. Kích thước trung bình khe niệu dục và khe cơ nâng lần lượt là 50.7±10 mm và 80.2±9.9 mm. Kiểm định Pearson cho thấy có mối tương quan giữa kích thước khe niệu dục với mức độ sa bàng quang, sa sinh dục, sa trực tràng, lần lượt là với r=0.41, 0.36 và 0.45 (tất cả p<0.05). Mối tương quan giữa kích thước khe cơ nâng với mức độ sa bàng quang, sa sinh dục và sa trực tràng, lần lượt là r=0.15 (p>0.05), 0.24 (p>0.05), và 0.53 (p<0.05). **Kết luận:** Cộng hưởng từ động học sàn chậu cho thấy kích thước khe niệu dục có mối tương quan giữa mức độ sa của cả 3 cơ quan vùng chậu, tuy nhiên kích thước khe cơ nâng chỉ có mối tương quan với mức độ sa trực tràng mà không có mối tương quan với sa bàng quang hoặc sa tử cung (p>0.05).

**Từ khóa:** Sa tạng chậu, cộng hưởng từ động học sàn chậu, khe niệu dục, khe cơ nâng

**SUMMARY**

**INVESTIGATION OF THE CORRELATION BETWEEN THE SIZE OF THE UROGENITAL HIATUS AND THE LEVATOR HIATUS WITH THE DEGREE OF PELVIC ORGAN PROLAPSE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2023

Ngày duyệt bài: 29.9.2023