

Không có mối liên quan giữa phân loại mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước nhỏ hơn 10 mm và mức độ nghịch sản của polyp tân sinh với tuổi, giới của bệnh nhân, đặc điểm cuống và bề mặt của polyp. Hiện nay, phần lớn các nghiên cứu tập trung vào polyp đại trực tràng chung và các polyp có kích thước lớn. Theo nghiên cứu của tác giả Silvana (2014) với tỷ lệ mắc u tuyến và loạn sản cao hơn ở những bệnh nhân trên 50 tuổi, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê và không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm về thành phần tuyến nhánh [10]. Tỷ lệ nghịch sản mức độ cao của nhóm bệnh nhân có polyp dưới 10 mm đơn độc cao hơn so với nhóm bệnh nhân có từ 2 polyp trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, do số lượng polyp tân sinh kích thước nhỏ có mức độ nghịch sản cao trong nghiên cứu của chúng tôi ít ( $n = 5$ ), cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác mối liên quan giữa số lượng polyp và mô bệnh học của các polyp kích thước dưới 10mm.

## V. KẾT LUẬN

Polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm tập trung ở đại tràng sigma và trực tràng, phần lớn polyp không có cuống, bề mặt nhẵn, mô bệnh học polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất và không có carcinoma tuyến. Polyp kích thước nhỏ có sự hiện diện của thành phần tuyến nhánh có khả năng ung thư hóa cao, polyp đơn độc có mức độ nghịch sản cao hơn so với đa polyp, vì vậy nên theo dõi chặt chẽ, tiến hành cắt bỏ tránh tiến triển thành UTĐTT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Bình Nguyên, Nghiên cứu giá trị của nội

- soi phóng đại, nhuộm màu trong chẩn đoán polyp đại trực tràng, chuyên ngành Nội Tiêu hóa, Luận văn Tiến sĩ Y học, 2021, Đại học Y Hà Nội.
2. Thái Thị Hồng Nhung, Lương Thị Thủy Loan, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp cắt đốt kết hợp kẹp clip ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2021. Số 40/2021.
  3. Chaput, U., et al., Risk factors for advanced adenomas amongst small and diminutive colorectal polyps: a prospective monocenter study. Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver, 2011. 43 8: p. 609-12.
  4. Galuppini, F., et al., The histomorphological and molecular landscape of colorectal adenomas and serrated lesions. Pathologica, 2021. 113(3): p. 218-229.
  5. Loy, T.S. and P.A. Kaplan, Villous adenocarcinoma of the colon and rectum: a clinicopathologic study of 36 cases. Am J Surg Pathol, 2004. 28(11): p. 1460-5.
  6. Lowenfels, A.B., et al., Determinants of polyp size in patients undergoing screening colonoscopy. BMC Gastroenterol, 2011. 11: p. 101.
  7. Pickhardt, P.J., et al., The Natural History of Colorectal Polyps: Overview of Predictive Static and Dynamic Features. Gastroenterol Clin North Am, 2018. 47(3): p. 515-536.
  8. Rex, D.K., et al., Estimation of impact of American College of Radiology recommendations on CT colonography reporting for resection of high-risk adenoma findings. Am J Gastroenterol, 2009. 104(1): p. 149-53.
  9. Shapiro, R., et al., The risk of advanced histology in small-sized colonic polyps: are non-invasive colonic imaging modalities good enough? Int J Colorectal Dis, 2012. 27(8): p. 1071-5.
  10. Silva, S.M., et al., Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology findings. Arq Bras Cir Dig, 2014. 27(2): p. 109-13.

# KẾT QUẢ NỘI SOI MÀNG PHỔI ỐNG BÁN CỨNG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DỊCH TIẾT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đào Ngọc Bằng<sup>1</sup>, Nguyễn Hải Công<sup>2</sup>, Thành Văn Quang<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 175

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 7A

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả nội soi màng phổi ống bán cứng chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 42 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết điều trị nội trú tại khoa Lao và bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 3/2021 đến tháng 01/2024. Đánh giá kết quả chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi và tai biến, biến chứng của kỹ thuật nội soi màng phổi ống bán cứng. **Kết quả nghiên cứu:** Phần lớn bệnh nhân có tổn thương màng phổi thành (97,62%). Hình ảnh hay gặp nhất là thâm nhiễm

(90,48%), tiếp theo là sung huyết (73,81%). U sùi chỉ chiếm 7,14%. Tỷ lệ ung thư di căn từ phổi cao nhất (71,43%), 11,9% bệnh nhân ung thư trung biểu mô màng phổi, 2,38% bệnh nhân có kết quả mô bệnh viêm lao. **Kết luận:** Kỹ thuật nội soi màng phổi ống bán cứng có hiệu quả chẩn đoán cao. Kỹ thuật an toàn. **Từ khoá:** Tràn dịch màng phổi dịch tiết, nội soi màng phổi ống bán cứng.

## SUMMARY

### RESULTS OF SEMI-RIGID THORACOSCOPY IN DIAGNOSIS OF EXUDATIVE PLEURAL EFFUSION CAUSES AT MILITARY HOSPITAL 175

**Objectives:** To evaluate the results of the semi-rigid thoracoscopy to diagnose causes of exudative pleural effusion at Military Hospital 175. **Subjects and methods:** Descriptive, cross-sectional study on 42 exudative pleural effusion inpatients, treated at the Department of Tuberculosis and Lung Diseases, Military Hospital 175 from March 2021 to January 2024. Evaluate the diagnostic results of exudative pleural effusion and complications of the semi-rigid thoracoscopy technique. **Results:** The majority of patients had injury in pleural membrane (97.62%). The most common images are pleural infiltration (90.48%), followed by pleural congestion (73.81%). The proportion of scabrous tumour is only 7.14%. The rate of cancer metastases from the lung is the highest (71.43%), following by 11.9% of mesothelioma, and 2.38% of patients have pleural tuberculosis. **Conclusions:** Semi-rigid thoracoscopy has the high diagnostic effectiveness. This technique is safe.

**Keywords:** Exudative pleural effusion, Semi-rigid thoracoscopy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch màng phổi dịch tiết là có nhiều fibrin và tế bào. Các nguyên nhân tràn dịch màng phổi (TDMP) dịch tiết hay gặp tại Việt Nam bao gồm: lao, ung thư, nhiễm khuẩn,... Để chẩn đoán căn nguyên, các xét nghiệm sinh hoá, tế bào, miễn dịch và vi sinh của dịch màng phổi được thực hiện. Sinh thiết màng phổi kín được chỉ định ở các trường hợp xác định không phải dịch viêm cấp tính. Tuy nhiên, có đến 20% trường hợp TDMP dịch tiết không chẩn đoán được căn nguyên. Cùng với sự phát triển của các kỹ thuật nội soi, sinh thiết màng phổi qua nội soi màng phổi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính, với hiệu quả chẩn đoán lên đến 90% [1].

Nội soi màng phổi ống bán cứng đã được phát triển và ứng dụng, thực tiễn đã chứng minh có nhiều ưu điểm trong chẩn đoán nguyên nhân TDMP, với chỉ một lỗ mổ nhỏ trên thành ngực và gây tê tại chỗ, đầu ống linh hoạt giúp thủ thuật viên không cần di chuyển nhiều vẫn có thể quan sát toàn bộ màng phổi, sinh thiết tổn thương màng phổi dễ dàng, giảm các tai biến, biến

chứng của thủ thuật [1], [2]. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về giá trị của nội soi màng phổi ống bán cứng trong chẩn đoán TDMP dịch tiết. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của nội soi màng phổi ống bán cứng trong chẩn đoán bệnh lý màng phổi đã cho những kết quả tích cực. Bệnh viện Quân y 175 đã được trang bị hệ thống nội soi màng phổi ống bán cứng từ năm 2018, và thực hiện kỹ thuật nội soi màng phổi sinh thiết chẩn đoán trên nhiều bệnh nhân TDMP dịch tiết. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả nội soi màng phổi ống bán cứng chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện Quân y 175.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 42 bệnh nhân TDMP dịch tiết không rõ căn nguyên điều trị nội trú tại khoa Lao và bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 3/2021 đến tháng 01/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân được chẩn đoán TDMP dịch tiết dựa vào tiêu chuẩn Light [1]. Bệnh nhân đã được xét nghiệm AFB, PCR lao, cellblock dịch màng phổi và sinh thiết màng phổi kín không chẩn đoán xác định được nguyên nhân. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xác định tràn dịch màng phổi dưỡng chấp, mũ màng phổi. Bệnh nhân có chống chỉ định của nội soi màng phổi, bao gồm: rối loạn đông máu nặng, suy hô hấp nặng, suy tim nặng, mới nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng, suy thận giai đoạn IV,...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân nhập viện, khám lâm sàng và làm bệnh án, chọc dịch màng phổi xét nghiệm sinh hóa, tế bào, AFB, PCR lao, sinh thiết màng phổi kín không xác định được chẩn đoán. Tiến hành nội soi màng phổi ống bán cứng bằng ống soi màng phổi LTF 160 của hãng Olympus tại Bệnh viện Quân y 175, theo "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp" của Bộ y tế ban hành năm 2014 [3]. Sinh thiết màng phổi chẩn đoán mô bệnh. Đánh giá hình ảnh tổn thương, kết quả chẩn đoán mô bệnh và tai biến, biến chứng của kỹ thuật nội soi màng phổi ống bán cứng sinh thiết.

Các số liệu thu thập được mã hoá trên Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 27.0. Các biến phân loại được mô tả bằng tần số, tỷ lệ; biến liên tục có phân phối

chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

*Nghiên cứu đã được hội đồng khoa học của Học viện quân y và hội đồng y đức của Bệnh viện Quân y 175 thông qua.*

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung và dịch màng phổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	n (N=42)	%
Tuổi (X ± SD)	64,05 ± 11,21	
- < 40	2	4,76
- 40 - 60	12	28,57
- > 60	28	66,67
Nam	25	59,52
Nữ	17	40,48
Thời gian biểu hiện bệnh		
- < 1 tuần	12	28,57
- Từ 1 tuần đến 1 tháng	24	57,14
- Trên 1 tháng	6	14,29
Hút thuốc	24	57,14

Bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình 64,05 ± 11,21 tuổi, với đa số bệnh nhân trên 60 tuổi (66,67%). Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 3/2. Thời gian biểu hiện triệu chứng của bệnh chủ yếu gặp từ 1 tuần đến 1 tháng (57,14%).

**Bảng 3.2. Đặc điểm tràn dịch màng phổi của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	n (N=42)	%
<b>Vị trí tràn dịch màng phổi</b>		
- Bên phải	16	38,10
- Bên trái	22	52,38
- Hai bên	4	9,52
<b>Mức độ tràn dịch màng phổi</b>		
- Ít	12	28,57
- Trung bình	12	28,57
- Nhiều	18	42,86
<b>Màu sắc dịch màng phổi</b>		
- Vàng chanh	18	42,86
- Đỏ máu	24	57,14
AFB âm tính	42	100
PCR lao âm tính	42	100
Tế bào ung thư	42	100
Protein (X ± SD) (g/L)	49,66±8,04	
ADA (X ± SD) (u/L)	29,65±20,69	
LDH (X ± SD) (u/L)	858,95±1398,61	
Glucose (X ± SD) (mmol/L)	4,85±3,19	
Số lượng bạch cầu (X±SD) (G/l)	1,48±1,95	
<b>Sinh thiết màng phổi mù xét nghiệm mô bệnh</b>		
- Viêm mạn tính	42	100
- Khác	0	0

Bệnh nhân nghiên cứu tràn dịch bên trái

chiếm đa số (52,38%), chỉ số 9,52% bệnh nhân có tràn dịch màng phổi hai bên, trong đó tràn dịch mức độ nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất (42,86%). Có tới 57,14% bệnh nhân có dịch màng phổi màu đỏ máu, với nồng độ ADA trung bình thấp (29,65 ± 20,69 u/L). Nồng độ Protein, LDH và số lượng bạch cầu trong dịch màng phổi tăng cao. Nồng độ Glucose trong giới hạn bình thường. 100% bệnh nhân sinh thiết màng phổi mù kết quả mô bệnh viêm mạn tính.

#### 3.2. Kết quả nội soi màng phổi ống bán cứng sinh thiết

**Bảng 3.3. Đặc điểm hình ảnh nội soi màng phổi**

Đặc điểm	n (N=42)	%
<b>Vị trí</b>		
- Màng phổi thành	41	97,62
- Màng phổi tạng	29	69,05
- Cả màng phổi thành và tạng	29	69,05
<b>Hình ảnh tổn thương</b>		
- U sùi	3	7,14
- Thâm nhiễm	38	90,48
- Sung huyết	31	73,81
- Dày dính màng phổi	0	0
- Màng phổi nhăn, không có tổn thương	01	2,38

Phần lớn bệnh nhân có tổn thương màng phổi thành (97,62%), trong đó có 69,05% bệnh nhân có tổn thương cả hai màng phổi. Hình ảnh hay gặp nhất là hình ảnh thâm nhiễm (90,48%), tiếp theo là sung huyết (73,81%). U sùi chỉ chiếm 7,14%. Có 01 bệnh nhân (2,38%) màng phổi nhăn, hình ảnh màng phổi bình thường.

**Bảng 3.4. Kết quả mô bệnh học nội soi sinh thiết màng phổi**

Kết quả mô bệnh học	n (N=42)	%
Viêm lao	01	2,38
Ung thư trung biểu mô màng phổi	5	11,90
Ung thư di căn từ phổi	30	71,43
Viêm mạn tính	06	14,29
<b>Tổng</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ ung thư di căn từ phổi cao nhất (71,43%) trong nghiên cứu. 11,9% bệnh nhân ung thư trung biểu mô màng phổi và chỉ có 1 bệnh nhân (2,38%) có kết quả mô bệnh viêm lao. Có đến 14,29% bệnh nhân có kết quả mô bệnh viêm mạn tính không đặc hiệu.

**Bảng 3.5. Tai biến, biến chứng của nội soi ống bán cứng sinh thiết màng phổi**

Tai biến, biến chứng	n (N=42)	%
Tràn khí dưới da	9	21,43
Tràn khí màng phổi	9	21,43
Nhiễm khuẩn màng phổi	0	0

Chảy máu	0	0
Đau tại chỗ	30	71,43
Tử vong	0	0

Tai biến, biến chứng hay gặp là đau tại chỗ (71,43%), tiếp đến là tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi (cùng là 21,43%). Không có biến chứng nhiễm trùng sau thủ thuật hay tử vong.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung và dịch màng phổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu.** Trong nghiên cứu này, bệnh nhân chủ yếu ở lứa tuổi trên 60, với tỉ lệ nam cao hơn nữ và biểu hiện bệnh chủ yếu trong vòng 1 tháng. Đặc điểm về tuổi giới cũng tương tự với các nghiên cứu trước đây về nội soi màng phổi màng phổi chẩn đoán. Nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016) trên 130 bệnh nhân độ tuổi trung bình  $56,13 \pm 13,61$  tuổi, với tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 2/1 [4]. Bệnh nhân trong nghiên cứu của Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) có tuổi trung bình  $47,14 \pm 18,60$  tuổi, tỉ lệ nam/nữ 2/1 và thời gian biểu hiện bệnh trung bình  $19,00 \pm 17,87$  ngày [5]. Trong nghiên cứu của Mootha V.K và cộng sự (2011), nam giới chiếm 71,4% với độ tuổi trung bình là 48,68 tuổi [6]. Kiani A và cộng sự (2015), nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình là  $51+14,7$  tuổi, trong đó nam giới chiếm 64% [7]. Nghiên cứu của Rozman và cộng sự (2014) lại thực hiện trên nhóm bệnh nhân chủ yếu là nam giới (85,6%) với độ tuổi trung bình cao (65 tuổi) [8]. Sự khác biệt về độ tuổi và giới trong các nghiên cứu liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện xét nghiệm vi sinh (AFB, PCR lao) và sinh thiết màng phổi kín để chẩn đoán nguyên nhân. Vì vậy, nhóm bệnh nhân nghiên cứu có kết quả chẩn đoán xác định chủ yếu là tràn dịch màng phổi do ung thư, là căn nguyên thường gặp ở người tuổi cao, nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ.

Bệnh nhân nam nghiên cứu tràn dịch bên trái chiếm đa số (52,38%), với tràn dịch mức độ trung bình và nhiều chiếm tỉ lệ cao (71,33%). 57,14% bệnh nhân có dịch màng phổi màu đỏ máu, nồng độ ADA trung bình thấp ( $29,65 \pm 20,69$  u/L). Nồng độ Glucose trong giới hạn bình thường. Đặc điểm này phù hợp với đối tượng bệnh nhân nghiên cứu với kết quả chẩn đoán xác định chủ yếu là tràn dịch màng phổi ác tính, là tràn dịch màng phổi thường xuất hiện bên trái, mức độ nhiều, tái lập nhanh, tồn tại lâu, màu đỏ máu và nồng độ ADA thấp. Dịch vàng chanh, có nồng độ ADA cao ( $> 50$  u/L) và nồng độ Glucose thấp thường căn nguyên do lao [1]. Kết quả này

phù hợp với nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016), với 68,2% bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính mức độ trung bình và nhiều, với tỉ lệ dịch màu hồng và đỏ chiếm 61,4% [4]. Trong nghiên cứu của Kiani A và cộng sự (2015), TDMP trung bình và nhiều chiếm tỉ lệ 71% [7].

**4.2. Kết quả nội soi màng phổi ống bán cứng sinh thiết.** Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân có tổn thương màng phổi thành (97,62%), với hình ảnh hay gặp nhất là hình ảnh thâm nhiễm (90,48%), tiếp theo là sung huyết (73,81%). U sùi chỉ chiếm 7,14%. Đặc biệt, có 01 bệnh nhân (2,38%) hình ảnh màng phổi bình thường. Kết quả này phù hợp với đặc điểm nhóm bệnh nhân chủ yếu là tràn dịch màng phổi ác tính, với các hình ảnh thường gặp là u sùi, thâm nhiễm và sung huyết màng phổi [1], [2]. Nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2015) trên nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính cho kết quả các hình ảnh gặp trên nội soi màng phổi nhiều nhất lần lượt là u sùi, thâm nhiễm và sung huyết, với tỉ lệ lần lượt là 54,5%, 44,3% và 22,7% [4]. Nghiên cứu của Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) cũng cho thấy hình ảnh của tràn dịch màng phổi ác tính hay gặp hình ảnh u sùi và thâm nhiễm, với tỉ lệ lần lượt là 80% và 60% [5].

Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh của mảnh sinh thiết màng phổi qua nội soi ống bán cứng cho thấy tỉ lệ ung thư di căn từ phổi cao nhất (71,43%), tiếp đến là ung thư trung biểu mô màng phổi (11,9%) và chỉ có 01 bệnh nhân (2,38%) viêm lao. Có đến 14,29% bệnh nhân có kết quả mô bệnh viêm mạn tính không đặc hiệu. So sánh với các nghiên cứu trước đây, đặc điểm về nhóm tràn dịch màng phổi ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi có tương đồng, với tỉ lệ cao nhất là ung thư phổi di căn, sau đó là ung thư trung biểu mô màng phổi. Nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016) cho kết quả tỉ lệ ung thư phổi là 69,3% và ung thư trung biểu mô màng phổi là 30,7%. Nghiên cứu của Kiani A và cộng sự (2015) cho thấy tỉ lệ ung thư phổi di căn màng phổi chiếm đến 92% và chỉ 8% là ung thư trung biểu mô màng phổi [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Rozman và cộng sự (2014), tỉ lệ ung thư trung biểu mô màng phổi lại chiếm cao nhất trong các nguyên nhân (48%) [8]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến chủng tộc, yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hẳn 2 nghiên cứu trong nước của Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) [5] và Vũ Khắc Đại (2016) [4]. Nghiên cứu của Mootha và cộng sự (2011) cũng cho tỉ lệ

mô bệnh viêm lao đến 22,8%. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu, trước khi nội soi màng phổi chúng tôi đã thực hiện các xét nghiệm vi sinh dịch màng phổi (AFB, PCR lao) và sinh thiết màng phổi kín, đã chẩn đoán được khá nhiều bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao. Ngoài ra, tỉ lệ tràn dịch màng phổi do lao cũng đã giảm, liên quan đến hoạt động chặt chẽ của Chương trình chống lao Quốc gia. Trong nghiên cứu này, có đến 14,29% bệnh nhân chỉ có chẩn đoán mô bệnh viêm mạn tính không đặc hiệu. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây, với tỉ lệ bệnh nhân TDMP không được chẩn đoán xác định kể cả đã thực hiện kỹ thuật nội soi màng phổi. Trong nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016), tỉ lệ không chẩn đoán chính xác được nguyên nhân là 9,3% [4], trong khi Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) cũng không chẩn đoán được nguyên nhân ở 8,6% bệnh nhân nghiên cứu [5]. Nghiên cứu của Kiani A. và cộng sự (2015) không chẩn đoán được nguyên nhân ở 13% bệnh nhân nghiên cứu [7].

Các tai biến, biến chứng trong nghiên cứu thấp, hay gặp đau tại vết mổ (71,43%), tràn khí dưới da (21,43%). Không có bệnh nhân tử vong. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, kỹ thuật nội soi màng phổi ống bán cứng an toàn. Nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016) chỉ gặp 3 biến chứng đau ngực (60,8%), sốt (4,6%), chảy máu (3,1%) [4]. Nghiên cứu của Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) cũng gặp tỉ lệ đau tại chỗ cao nhất (62,3%), nhưng có 1 bệnh nhân (1,5%) phải đặt nội khí quản sau thủ thuật [5]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự [6], [7]. Các tai biến, biến chứng đều được xử lý ổn định, hiếm có bệnh nhân tử vong

liên quan đến kỹ thuật.

## V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân có tổn thương màng phổi thành (97,62%). Hình ảnh hay gặp nhất là thâm nhiễm (90,48%), tiếp theo là sung huyết (73,81%). U sùi chỉ chiếm 7,14%.

- Tỷ lệ ung thư di căn từ phổi cao nhất (71,43%), 11,9% bệnh nhân ung thư trung biểu mô màng phổi, 2,38% bệnh nhân có kết quả mô bệnh viêm lao.

- Kỹ thuật an toàn, không có bệnh nhân tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quyết** (2013). Bệnh màng phổi. Sách chuyên khảo, Nhà xuất bản Y học.
2. **Michaud G., Berkowitz D. M., Ernst A.** (2010). Pleuroscopy for diagnosis and therapy for pleural effusions. Chest, 138(5), 1242-6.
3. **Bộ Y tế** (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp, 62-72.
4. **Vũ Khắc Đại** (2016). Nghiên cứu vai trò của nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Đỗ Hương Giang, Phan Thu Phương** (2022). Nhận xét kết quả nội soi màng phổi bằng ống nội soi bán cứng trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết. Tạp chí Y học Việt nam, Số 2, Tháng 10, 236-240.
6. **Mootha, V.K., Agarwal R., Singh N., et al.** (2011). Medical thoracoscopy for undiagnosed pleural effusions: experience from a tertiary care hospital in north India. Indian J Chest Dis Allied Sci, 53(1): 21-4.
7. **Kiani A., Abedini A., Karimi M., et al.** (2015). Diagnostic Yield of Medical Thoracoscopy in Undiagnosed Pleural Effusion. Tanaffos, 14(4): 227-31.
8. **Rozman, A., Camlek L., Kern I., et al.** (2014). Semirigid thoracoscopy: an effective method for diagnosing pleural malignancies. Radiol Oncol, 48(1): 67-71.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC VIÊM TỦY CẮT NGANG

Lê Văn Minh<sup>1</sup>, Trác Mỹ Hương<sup>1</sup>, Lý Ngọc Tú<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh viêm tủy cắt ngang. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt trường hợp, gồm 32

bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 12/2021 đến 04/2024. **Kết quả:** 32 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 49,22 ± 15,52; trong đó nữ chiếm 59,4%. Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là 6 ngày. Bệnh nhân vào viện chủ yếu là do rối loạn cảm giác chiếm 100%. Tổn thương tủy sống kéo dài trung bình 5,22 ± 0,49; tổn thương hay gặp ở vị trí cột sống ngực. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi về bệnh viêm tủy cắt ngang thì triệu chứng rối loạn cảm giác là thường gặp nhất. Tỷ lệ mắc bệnh viêm tủy cắt ngang ở nữ giới nhiều hơn so với nam giới trong cùng một độ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Trác Mỹ Hương

Email: tracmyhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024