

- Section Scar Endometriosis: Ten-Year Experience of a Tertiary Center and Retrospective Evaluation of 40 Cases. J Clin Pract Res. 2021;43(3):255. doi:10.14744/etd.2020.12269
5. **Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M.** Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. Am J Surg. 2008;196(2): 207-212. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.07.035
  6. **Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, et al.** Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. Int J Gynecol Obstet. 2022;159(2):530-536. doi:10.1002/ijgo.14167
  7. **Khamechian T, Alizargar J, Mazoochi T.** 5-Year data analysis of patients following abdominal wall endometrioma surgery. BMC Womens Health. 2014;14(1):151. doi:10.1186/s12905-014-0151-4
  8. **Ding Y, Zhu J.** A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2013;121(1): 41-44. doi:10.1016/j.ijgo.2012.11.011

## KẾT QUẢ KỸ THUẬT SINH THIẾT MÀNG PHỔI BẰNG KIM TRU-CUT DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM HOẶC CHỤP CLVT Ở TRƯỜNG HỢP LAO CÓ DÀY MÀNG PHỔI

Lý Thị Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả và tính an toàn của kỹ thuật sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn siêu âm hoặc chụp CLVT ở bệnh nhân lao có dày màng phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 107 bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao được STMP bằng kim Tru-cut tại bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/2020 đến 07/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,9 tuổi và chủ yếu bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 71,0%. Tỷ lệ nam chiếm 71,0% nhiều hơn với nữ chiếm 29,0%. 100% bệnh nhân được lấy thành công mẫu mô màng phổi và chỉ có 1 bệnh nhân gặp tai biến khi sinh thiết màng phổi là tràn khí chiếm 0,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sinh thiết màng phổi là tổn thương lao chiếm tỷ lệ 72,0%, tỷ lệ bệnh nhân làm nuôi cấy vi khuẩn lao MST màng phổi ở môi trường MGIT dương tính là 43,9% và số lượng bệnh nhân có LPA mô sinh thiết màng phổi dương tính là 5/28 chiếm tỷ lệ 17,9%. **Kết luận:** Giá trị chẩn đoán TDMP của STMP bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT ở bệnh nhân TDMP do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 01/2020-07/2024 đạt 72,0%. Đây là một kỹ thuật an toàn, ít tai biến.

**Từ khóa:** Lao màng phổi, sinh thiết, kim Tru-cut.

### SUMMARY

#### RESULTS OF PLEURAL BIOPSY USING TRU-CUT NEEDLE GUIDED BY ULTRASOUND OR CT IMAGING IN PATIENTS PLEURAL EFFUSION DUE TO TUBERCULOSIS

**Objectives:** Comments on the results and safety of Tru-cut pleural biopsy technique under ultrasound

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: hathunguyen74@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 16.12.2024

or CT guidance in patients with pleural effusion due to tuberculosis at the Central Lung Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective and prospective study on 107 patients with pleural effusion due to tuberculosis who underwent pleural biopsy using Tru-cut needle at the Central Lung Hospital from January 2019 to December 2023. **Results:** The average age was 47.9 years and the majority of patients were under 60 years old, accounting for 71.0%. The proportion of men accounted for 71.0%, while that of women accounted for 29.0%. 100% of patients had successful pleural tissue samples taken and only 1 patient had complications during pleural biopsy, which was pneumothorax, accounting for 0.9%. The proportion of patients with histopathological results of pleural biopsy showing tuberculosis lesions accounted for 72.0%, the proportion of patients with positive pleural culture of MST tuberculosis bacteria in MGIT environment was 43.9% and the number of patients with positive pleural biopsy tissue LPA was 5/28, accounting for 17.9%. **Conclusion:** The diagnostic value of pulmonary TB by Tru-cut needle guided by ultrasound or CT scan in pulmonary TB patients at the Central Lung Hospital in 2019-2023 reached 72.0%. This is a safe technique with few complications.

**Keywords:** Pleural tuberculosis, biopsy, Tru-cut.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới mỗi năm ở Việt Nam có 145.000 người mới mắc, số người chết do lao ước chừng 20.000 người một năm, nguy cơ nhiễm lao hàng năm khoảng 1,7% [1]. Trong đó lao màng phổi là căn nguyên hàng đầu trong các bệnh lý gây tràn dịch màng phổi (TDMP). Theo ước tính của chương trình chống lao quốc gia, lao màng phổi chiếm khoảng 39% trong các thể lao ngoài phổi [2]. Các số liệu thu thập tại các bệnh viện lao và phổi cho thấy tỷ lệ lao màng phổi chiếm khoảng 13,4% trong tổng số ca lao và 80,6% trên tổng số ca TDMP [1].

Sinh thiết màng phổi (STMP) là một trong

những phương pháp chẩn đoán xác định nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi. Có nhiều loại kim sinh thiết như: kim Abrams, Cope, Tru-cut, Castelain, Raja, các kim đều có thể dùng cho STMP đồng thời có thể lấy mẫu mô màng phổi. Kim Tru-cut được sử dụng chủ yếu trong sinh thiết u phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT). Tuy nhiên trong một số trường hợp tràn dịch nhưng có chống chỉ định sinh thiết bằng kim Abrams có kèm dày màng phổi (> 5mm) thì STMP bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của CLVT, siêu âm là rất cần thiết. Kỹ thuật này kết quả cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao, có giá trị cao với những trường hợp mắc lao với tỷ lệ tìm thấy nang lao tới 70-75% [3-5]. Tại bệnh viện Phổi Trung ương, phương pháp STMP bằng kim Tru-cut đã được áp dụng từ lâu. Đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phương pháp này tại viện cũng như ở Việt Nam. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Kết quả kỹ thuật sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn siêu âm hoặc chụp CLVT ở những trường hợp lao có dày màng phổi" với mục tiêu: *Nhận xét kết quả và tính an toàn của kỹ thuật sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn siêu âm hoặc chụp CLVT ở bệnh nhân lao có dày màng phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 01/2020-07/2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân lao màng phổi có dày màng phổi, từ 18 tuổi trở lên được STMP bằng kim tru-cut điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/2020 đến 07/2024.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Hồ sơ bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi.
- Được chẩn đoán xác định lao màng phổi theo hướng dẫn của Chương trình chống lao Quốc gia 2020 [6]:
  - + Triệu chứng lâm sàng: đau ngực, khó thở tăng dần, khám phổi có hội chứng 3 giảm.
  - + Xquang ngực thấy hình mờ đậm thuần nhất, mất góc sườn hoành, đường cong Damoiseau. Siêu âm màng phổi có dịch.
  - + Chẩn đoán xác định là lao màng phổi: Chọc hút khoang màng phổi thấy dịch màu vàng chanh, dịch tiết, ưu thế thành phần tế bào lympho, có bằng chứng vi khuẩn lao trong dịch màng phổi và/hoặc đờm bằng nhuộm soi trực tiếp hoặc nuôi cấy, phân tích sinh hóa, ADA dịch > 40 UI; Sinh thiết màng phổi mù hoặc qua soi màng phổi để lấy bệnh phẩm chẩn đoán vi khuẩn học hoặc mô bệnh tế bào, sinh học phân tử, dịch màng phổi có thể xét nghiệm Xpert.

- Màng phổi dày > 5 mm.
- Được thực hiện ít nhất 1 lần sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ cho nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu đối với bệnh nhân tiền cứu.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2020 đến 31/7/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tổng hợp Bệnh viện phổi Trung ương.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Cỡ mẫu: Nghiên cứu thu được 107 bệnh nhân.

### 2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Kết quả khám và các kết quả cận lâm sàng, kết quả sinh thiết màng phổi.

### 2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới, đặc điểm siêu âm màng phổi, cắt lớp vi tính ngực.
- Kết quả lấy được mẫu mô màng phổi, mô bệnh học sinh thiết màng phổi, nuôi cấy vi khuẩn lao trong môi trường MGIT, LPA, mô màng phổi, nuôi cấy vi khuẩn.

**2.6. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 107 bệnh nhân TDMP do lao được đưa vào nghiên cứu: có độ tuổi từ 16 tuổi đến 83 tuổi với tuổi trung bình là 47,9 tuổi và chủ yếu bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 71,0%. Tỷ lệ nam chiếm 71,0% nhiều hơn với nữ là 29,0%.

**Bảng 1: Đặc điểm về chụp cắt lớp vi tính ngực**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí TDMP	Trái	34	31,8
	Phải	62	57,9
	2 bên	11	10,3
Xẹp phổi	Có	3	2,8
	Không	104	97,2
Giãn phế quản	Có	5	4,7
	Không	102	95,3
Đồng đặc	Có	35	32,7
	Không	72	67,3
Hạch trung thất	Có	9	8,4
	Không	98	91,6

<b>Tổn thương nhu mô phổi khác</b>	Có	16	15,0
	Không	91	85,0

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có TDMP bên phải chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 57,9%, bên trái là 31,8%, và hai bên là 10,3%.

Có 2,8% bệnh nhân xẹp phổi, 4,7% dẫn phế quản, 32,7% đông đặc phổi, 8,4% có hạch trung thất và 15,0% có tổn thương nhu mô phổi khác

**Bảng 2: Đặc điểm siêu âm màng phổi**

<b>Đặc điểm</b>		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Kiểu TDMP</b>	Tự do	73	68,2
	Khu trú	3	2,8
	Vách hóa	31	29,0
<b>Vị trí dày màng phổi</b>	Trái	67	62,6
	Phải	36	33,6
	2 bên	4	3,7
<b>Thể tích dịch màng phổi</b>	Ít	103	96,3
	Trung bình	4	3,7
	Nhiều	0	0

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân TDMP trái là 34/107 chiếm tỉ lệ 31,7%, số lượng bệnh nhân TDMP phải là 62/107 chiếm tỉ lệ 57,9% và số lượng bệnh nhân TDMP 2 bên là 11/107 chiếm tỉ lệ 10,3%

Tỷ lệ bệnh nhân TDMP tự do là nhiều nhất chiếm 68,2%, TDMP vách hóa là 29,0% và TDMP khu trú là 2,8%.

Số lượng bệnh nhân TDMP có dày màng phổi ở bên trái là 67/107 chiếm tỉ lệ 62,6%, bên phải là 36/107 chiếm tỉ lệ 33,6% và hai bên là 4/107 chiếm 3,7%.

Tỷ lệ bệnh nhân TDMP lượng dịch ít là chủ yếu với 96,3% và còn lại là thể tích dịch trung bình với 3,7%.

Tỷ lệ lấy thành công mẫu mô màng phổi: 100% bệnh nhân được lấy thành công mẫu mô màng phổi.

**Bảng 3: Tai biến trong STMP bằng kim Trucut**

<b>Tai biến, biến chứng</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ%</b>
Tràn khí	1	0,9
Cường phế vị	0	0
Tràn máu	0	0
Tụ máu thành ngực tại vị trí sinh thiết	0	0
Không tai biến, biến chứng	106	99,1

**Nhận xét:** Chỉ có 1 bệnh nhân gặp tai biến khi sinh thiết màng phổi là tràn khí chiếm 0,9%.

**Bảng 4: Kết quả mô bệnh học sinh thiết màng phổi**

<b>Kết quả mô bệnh học</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ%</b>
Lao	77	72,0
Viêm mạn tính	28	26,2
Tổn thương viêm hoại tử	2	1,8

thanh tơ huyết		
<b>Tổng</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sinh thiết màng phổi là tổn thương lao chiếm tỉ lệ 72,0%, viêm mạn tính là 26,2% và tổn thương viêm hoại tử thanh tơ huyết là 1,8%.

**Bảng 5: Kết quả nuôi cấy vi khuẩn lao MST màng phổi ở môi trường MGIT**

<b>Kết quả nuôi cấy MST màng phổi ở môi trường MGIT</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Dương tính	47	43,9
Âm tính	60	56,1
<b>Tổng</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân làm nuôi cấy vi khuẩn lao MST màng phổi ở môi trường MGIT dương tính là 47/107 chiếm tỉ lệ là 43,9% và MST âm tính là 60/107 chiếm tỉ lệ 56,1%.

**Bảng 6: Kết quả LPA MST màng phổi**

<b>Kết quả LPA MST màng phổi</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Dương tính	5	17,9
Âm tính	23	82,1
<b>Tổng</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân làm LPA MST màng phổi dương tính là 5/28 chiếm tỉ lệ 17,9% và âm tính là 23/28 chiếm tỉ lệ 82,1%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 107 trường hợp TDMP do lao có dày màng phổi được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh nhân có độ tuổi từ 16 tuổi đến 83 tuổi, tuổi trung bình là 47,9 tuổi và nhóm tuổi phần lớn dưới 60 tuổi. Nam giới (71,0%) có tỷ lệ mắc lao nhiều hơn nữ giới (29,0%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với, tác giả Chu Bá Toàn (2023) [7], Trần Nhật Quang (2019) [8] đều cho thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, nhóm mắc bệnh chủ yếu dưới 60 tuổi.

Kết quả bảng 1 cho thấy số lượng bệnh nhân TDMP phải là 62/107 chiếm tỉ lệ nhiều nhất 57,9%, TDMP trái là 34/107 chiếm tỉ lệ 31,8%, và số lượng bệnh nhân TDMP hai bên là 11/107 chiếm tỉ lệ thấp nhất 10,3%. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Theo nghiên cứu của Trần Nhật Quang [8] thì bệnh nhân có vị trí TDMP bên phải chiếm tỉ lệ 56,8%, TDMP bên trái chiếm tỉ lệ 41,6%, TDMP hai bên chiếm tỉ lệ 1,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Tuấn [9] thấy TDMP bên phải chiếm tỉ lệ 53,5%, bên trái chiếm tỉ lệ 39,5%, cả hai bên là 7,0%. Bên cạnh đó, chúng tôi quan sát được nhiều tổn thương phổi hợp đi kèm trên CLVT bao gồm: 2,8% bệnh nhân xẹp phổi, 4,7% dẫn phế quản, 32,7% đông đặc phổi, 8,4% có hạch trung thất và 15,0% có tổn

thương nhu mô phổi khác. Chụp cắt lớp vi tính ngực thấy được các hình ảnh tổn thương mà Xquang không thấy được, đồng thời cho biết các thành phần trong trung thất. Nghiên cứu của Trần Nhật Quang [8] ghi nhận được bệnh nhân có xẹp phổi chiếm tỉ lệ 52,9%, giãn phế quản chiếm tỉ lệ 5,9%, đông đặc phổi chiếm tỉ lệ 26,5%, hạch trung thất chiếm tỉ lệ 2,9%, tổn thương nhu mô phổi chiếm tỉ lệ 55,9%. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đắc Tuấn [9], tác giả nghiên cứu 105 trường hợp chụp CLVT, TDMP tự do chiếm 98,1%, có tổn thương nhu mô phổi phù hợp 59%

Trên siêu âm màng phổi, kết quả chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân TDMP tự do là nhiều nhất chiếm 68,2%, TDMP vách hóa là 29,0% và TDMP khu trú là 2,8%. Siêu âm xác định được độ vị trí dày màng phổi thấy tỷ lệ bệnh nhân TDMP có dày màng phổi ở bên trái là 62,6%, bên phải là 33,6% và hai bên là 3,7%. Tỷ lệ bệnh nhân TDMP lượng dịch ít là chủ yếu với 96,3% và còn lại là thể tích dịch trung bình với 3,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có những điểm tương đồng so với kết quả nghiên cứu của các tác giả Trần Nhật Quang [8] thấy bệnh nhân có hình ảnh TDMP tự do chiếm tỉ lệ 89,6%, TDMP khu trú chiếm tỉ lệ 3,2%, TDMP vách hóa chiếm tỉ lệ 7,2%. Dựa trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính, chúng tôi xác định chính xác vị trí của ổ dịch, vị trí của dày màng phổi, từ đó đánh dấu vị trí chọc dò, sinh thiết màng phổi và phát hiện các vách hóa trong khoang màng phổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân được lấy thành công mẫu mô màng phổi và tiến hành thực hiện các xét nghiệm mô sinh thiết và kỹ thuật sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut của chúng tôi có biến chứng rất thấp với 1 bệnh nhân gặp tai biến tràn khí chiếm 0,9%. Bệnh nhân tràn khí mức độ nhẹ, và theo dõi điều trị nội khoa sau đó hết, không cần can thiệp thủ thuật khác. Tai biến của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Trần Nhật Quang [8] đau nơi sinh thiết màng phổi chiếm tỉ lệ 4%, tràn khí màng phổi chiếm tỉ lệ 2,4%. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của tác giả là STMP mù, còn chúng tôi thực hiện dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh. Đồng thời, nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận không có trường hợp nào nhiễm khuẩn màng phổi, sốc và tử vong. Sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CLVT là kỹ thuật chẩn đoán lao màng phổi nói riêng và bệnh lý màng phổi nói chung an toàn, hiệu quả, kinh tế.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sinh thiết màng phổi là tổn thương lao chiếm tỉ lệ 72,0%, viêm mạn tính là 26,2% và tổn thương viêm hoại tử thanh tơ huyết là 1,8%. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Luis Valdés [10] với tỷ lệ phát hiện tổn thương lao là 79,8%, nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Nhật Quang [8] là 55,2%. Như vậy, xét nghiệm mô học từ mảnh mô STMP tìm được nang lao là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định lao màng phổi. Đây là một xét nghiệm cho kết quả nhanh chóng và tỉ lệ dương tính cao.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, số lượng bệnh nhân dương tính với vi khuẩn lao được nuôi cấy từ MST màng phổi trong môi trường MGIT là 47/107 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ là 43,9% và âm tính là 60/107 chiếm tỉ lệ 56,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cấy MGIT từ mảnh mô STMP có dương tính thấp hơn so với nghiên cứu Trần Nhật Quang [8]. Tỉ lệ nuôi cấy trong môi trường MGIT dương tính với vi khuẩn lao của tác giả là 64,8%. Như vậy, cấy MGIT từ mảnh mô STMP tìm được vi khuẩn lao là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định lao màng phổi. Đây là một xét nghiệm có kết quả dương tính cao, tuy nhiên cần nhiều thời gian mới có kết quả, chưa đáp ứng nhu cầu chẩn đoán nhanh.

LPA là kỹ thuật lai mẫu dò là một nhóm các xét nghiệm dựa trên phản ứng đa chuỗi polymerase xác định phức hợp *Mycobacterium tuberculosis* và đồng thời phát hiện các đột biến kháng thuốc của chủng MTB. Trong 107 mẫu nghiên cứu thì chỉ có 28 bệnh nhân có xét nghiệm LPA. Kết quả cho thấy số lượng bệnh nhân làm LPA MST màng phổi dương tính là 5/28 chiếm tỉ lệ 17,9% và âm tính là 23/28 chiếm tỉ lệ 82,1%. Mặc dù số bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm này chỉ có 28 nhưng tỷ lệ phát hiện lao cũng gần 1/4 mẫu. Vì vậy cần kết hợp thêm phương pháp chẩn đoán với nhau để tăng khả năng phát hiện vi khuẩn lao.

## V. KẾT LUẬN

Giá trị chẩn đoán TDMP của STMP bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT ở bệnh nhân TDMP do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020-07/2024 đạt 72,0%. Đây là một kỹ thuật an toàn, ít tai biến (0,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Sáng và Lê Naoc Hưng.** Lao màng phổi. *Bệnh học lao*. 2022; 60-63.
2. **Bệnh viện Phổi Trung ương:** Hoạt động phòng chống lao năm 2018 và phương hướng nhiệm vụ

- năm 2019. Cổng thông tin Bộ Y tế.
3. **Ngô Thanh Bình.** Vai trò của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2007;11(1):16.
  4. **Ngô Thanh Bình và Nguyễn Thị Tuyết Nhi.** Giá trị của sinh thiết màng phổi mù bằng kim Castelain trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2011; 15(1):27.
  5. **Pandit S, Chaudhuri AD, Datta SB, Dev A, Bhanja P.** Role of pleural biopsy in etiological diagnosis of pleural effusion. Lung India. 2010; 27(4):202-204. doi:10.4103/0970-2113.71941.
  6. **Bộ Y tế.** Chẩn đoán bệnh lao. Quyết định số 1314/QĐ -BYT Hướng dẫn chẩn đoán và dự phòng bệnh lao. ban hành ngày 24/03/2020. 2020.
  7. **Chu Bá Toàn.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị tràn dịch màng phổi do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương giai đoạn 2018 - 2022. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2023.
  8. **Trần Nhật Quang.** Tỷ lệ dương tính của phương pháp nhuộm soi AFB, cấy MGIT và mô bệnh học của mẫu mô sinh thiết mù màng phổi ở bệnh nhân lao màng phổi tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2019.
  9. **Nguyễn Đức Tuấn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nuôi cấy dịch màng phổi tìm vi khuẩn lao trên môi trường MGIT ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.
  10. **Valdés L, Alvarez D, San José E, et al.** Tuberculous pleurisy: a study of 254 patients. Arch Intern Med. 1998;158(18):2017-2021. doi:10.1001/archinte.158.18.2017

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI CÓ CHỈ ĐỊNH LÀM ĐƯỜNG VÀO MẠCH MÁU TỰ THÂN CHỦ ĐỘNG TẠI TRUNG TÂM THẬN TIẾT NIỆU VÀ LỌC MÁU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Linh<sup>1</sup>, Nghiêm Trung Dũng<sup>1,2</sup>, Lê Thị Phụng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định làm đường vào mạch máu tự thân chủ động. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 135 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật tạo AVF chủ động tại Trung tâm Thận tiết niệu và Lọc máu Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2023 - 08/2024 dựa vào tra cứu hồ sơ, thu thập thông tin trực tiếp dựa vào bệnh án mẫu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $53,9 \pm 1,43$  với tỉ lệ nam và nữ xấp xỉ nhau. Thiếu máu là dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất ở các bệnh nhân suy thận mạn (chiếm 78,4%), tiếp đến là phù (chiếm 71,1%). Hơn 70% bệnh nhân phát hiện bệnh giai đoạn muộn 5 với MLCT giảm thấp  $7,41 \pm 3,50$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup>, siêu âm có 79,9% có hình ảnh thận teo nhỏ hoặc tăng âm. **Từ khóa:** Đường vào mạch máu, bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

### SUMMARY

**CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF END STAGE RENAL DISEASE'S PATIENTS WITH INDICATIONS FOR INITIATIVE ARTERIOVENOUS FISTULA AT THE**

### NEPHROLOGY AND HEMODIALYSIS CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical, paraclinical characteristics of patients with end-stage chronic kidney disease who are indicated for initiative arteriovenous fistula. **Subjects and methods:** The study was conducted on 135 cases of patients who for initiative arteriovenous fistula surgery at the Nephrology and Hemodialysis center of Bach Mai hospital from August 2023 to August 2024 based on record search and direct information collection based on sample medical records. **Results:** The average age was  $53.9 \pm 1.43$  with approximately equal male and female ratios. Anemia is the most common clinical sign in patients with chronic renal failure (accounting for 78.4%), followed by edema (accounting for 71.1%). More than 70% of patients are detected with late stage 5 disease with low eGFR  $7.41 \pm 3.50$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>, ultrasound has 79.9% of kidney atrophy or hyperechoic images. **Keywords:** Arteriovenous fistula, End stage renal disease.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận nhân tạo chu kỳ là một trong ba phương pháp điều trị thay thế thận được lựa chọn cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối và cũng là phương pháp chiếm tỷ lệ cao nhất[2]. Việc chuẩn bị đường vào mạch máu tự thân (AVF) chủ động để sẵn sàng trước lúc lọc máu là vô cùng quan trọng vì sau phẫu thuật AVF phải mất tối thiểu ít nhất 04 tuần để đưa vào sử dụng[1].

Thực tế dựa vào lượng bệnh nhân nhập viện

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: nghiemitrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024