

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DỊCH TIẾT

Nguyễn Văn Đại¹, Nguyễn Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 97 bệnh nhân nhập viện điều trị tại Khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có chẩn đoán là tràn dịch màng phổi dịch tiết từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Bệnh nhân vào viện với lý do nhiều nhất là đau ngực (59,8%). Triệu chứng cơ năng và toàn thân nổi bật là đau ngực kiểu màng phổi (89,7%) và các triệu chứng thường gặp trong tràn dịch màng phổi khó thở (80,4%), ho khan (58,8%), sốt (33%). Triệu chứng thực thể ghi nhận được khi thăm khám chủ yếu là hội chứng ba giảm (100%) và tiếng ran phổi (25,8%). Về đặc điểm cận lâm sàng, đa phần là tràn dịch màng phổi một bên (84,5%), tự do (95,9%) và lượng trung bình (43,3%). Tổn thương nhu mô phổi kèm theo trên X-quang phổi thẳng chuẩn chiếm 61,9%. Phần lớn các bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết trong nghiên cứu có công thức bạch cầu bình thường (61,9%). Đa số dịch màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi đều có màu vàng chanh (77,3%), có 30,9% có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi và tỷ lệ PCR dịch màng phổi âm tính cao (92,8%). Trong 97 trường hợp được tiến hành cell-block và sinh thiết thì có 49,5% trường hợp có tế bào carcinoma trong dịch màng phổi.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân, tràn dịch màng phổi tiết.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH EXCURSIVE PLEURAL EFFUSION

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with exudative pleural effusion at the Department of Internal Medicine and Respiratory Medicine, Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A cross-sectional retrospective study design on 97 patients admitted to the Department of Internal Medicine and Respiratory Medicine, Can Tho Central General Hospital with a diagnosis of exudative pleural effusion from January 2023 to January 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Patients were admitted to the hospital with the most common reason being chest pain (59.8%) and the onset time was usually

≤15 days. The prominent functional and systemic symptoms were pleuritic chest pain (89.7%) and common symptoms of pleural effusion were dyspnea (80.4%), dry cough (58.8%), and fever (33%). The physical symptoms recorded during examination were mainly trichotillomania (100%) and pulmonary rales (25.8%). Regarding paraclinical characteristics, the majority were unilateral pleural effusion (84.5%), free (95.9%) and moderate in volume (43.3%). Associated lung parenchymal lesions on standard chest X-ray accounted for 61.9%. Most patients with exudative pleural effusion in the study had normal leukocyte formula (61.9%). The majority of pleural effusion in our study was lemon yellow (77.3%) with average protein, LDH, cell count, lymphocyte and neutron ratios of 49.20 g/l, 707.18 U/L, 1348.86 leukocytes/mm³, 81.03% and 18.97%, respectively, 30.9% had the presence of foreign cells in the pleural effusion and a high negative pleural effusion PCR rate (92.8%). In 97 cases that underwent cell-block and biopsy, 49.5% of cases had carcinoma cells in the pleural fluid and the biopsy results mostly showed carcinoma (48.5%), followed by tuberculous inflammation (41.2%) and chronic inflammation (10.3%). The complication rate after blind pleural biopsy was low, with only chest pain at the biopsy site (8.2%) and hematoma at the biopsy site (1%).

Keywords: clinical, paraclinical, patient, secretory pleural effusion.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là một bệnh lý hay gặp nhất trong các bệnh lý liên quan đến màng phổi, khoảng 400.000 đến 500.000 người mắc mỗi năm ở Đức [5]. Tùy theo cơ chế sinh lý bệnh, người ta chia thành là tràn dịch màng phổi dịch thấm và tràn dịch màng phổi dịch tiết. Việc chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết cũng có nhiều khó khăn hơn, đòi hỏi phải có bước tiếp cận kỹ lưỡng. Tìm nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi, thường dựa trên khám lâm sàng và X-quang ngực, sinh hóa máu, phân tích vi khuẩn học, tế bào học trong dịch màng phổi. Tuy nhiên, sau những tiếp cận ban đầu, vẫn còn khoảng 20% trường hợp vẫn chưa có thể chẩn đoán xác định [4]. Do vậy, việc xác định các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi trở nên thách thức nếu các xét nghiệm lúc ban đầu cho ra kết quả âm tính. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đại

Email: 2112582141@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện điều trị tại Khoa Nội hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có chẩn đoán là tràn dịch màng phổi dịch tiết từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị tại Khoa Nội hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có chẩn đoán là tràn dịch màng phổi dịch tiết, được chọc dịch màng phổi xét nghiệm và thỏa các tiêu chuẩn sau:

Lâm sàng: Khó thở, đau ngực kiểu màng phổi, ho (khan, có đờm, ra máu), sốt, chán ăn, sụt cân, hội chứng ba giảm.

Cận lâm sàng:

- Hình ảnh học: tràn dịch màng phổi trên X-quang.

- Protein >30 g/l hoặc tiêu chuẩn chẩn đoán dịch tiết theo tiêu chuẩn Light: khi có ít nhất một trong các tiêu chí được đáp ứng [7]:

+ Tỷ lệ protein dịch màng phổi/protein huyết thanh lớn hơn 0,5.

+ Tỷ lệ lactate dehydrogenase dịch màng phổi (LDH)/LDH huyết thanh lớn hơn 0,6.

+ LDH dịch màng phổi cao hơn hai phần ba giới hạn trên của giá trị xét nghiệm bình thường đối với LDH huyết thanh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tràn dịch màng phổi dịch thẫm.

- Bệnh nhân tràn dịch màng phổi đã được chẩn đoán nguyên nhân và điều trị trước đó.

- Bệnh nhân không đồng ý và/hoặc không hợp tác thực hiện thủ thuật sinh thiết màng phổi.

- dịch màng phổi quá ít không thể sinh thiết màng phổi.

- Bệnh nhân bị nhiễm trùng da ở vị trí làm thủ thuật.

- Có rối loạn đông cầm máu (với INR >1.5 và/hoặc tiểu cầu <100.000/mm³).

- Suy gan cấp nặng, suy thận cấp, suy tim nặng, nhồi máu cơ tim cấp.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}{1 + \frac{Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}{N}}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 là giá trị phân bố chuẩn, được

tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, d = 0,05.

- p: là tỷ lệ tràn dịch màng phổi do lao và bệnh lý ác tính, theo nghiên cứu của Nidhi Sanwalka và cộng sự 68,8% trường hợp tràn dịch màng phổi là do lao và bệnh lý ác tính. Do đó, p = 0,688 [8].

Thay vào công thức trên: n ≈ 83 bệnh nhân.

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 97 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Tiến hành chọn mẫu thuận tiện từ các hồ sơ bệnh án tại bệnh viện.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: Thời gian khởi phát bệnh; lý do vào viện; triệu chứng cơ năng: ho ra máu, sụt cân, chán ăn, ho khạc đờm, sốt, ho khan, khó thở, đau ngực kiểu màng phổi; triệu chứng thực thể: hội chứng ba giảm, ran phổi.

Đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm hình ảnh học, công thức bạch cầu, màu sắc dịch màng phổi, thành phần dịch màng phổi, kết quả PCR, Cell-block dịch màng phổi, đặc điểm sinh thiết màng phổi mù, biến chứng sau sinh thiết màng phổi.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu thu thập được bằng phiếu thu thập sẽ được kiểm tra và phân tích thống kê bằng chương trình SPSS 25. Tính trị số trung bình, độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hay trung vị và giá trị tối đa, tối thiểu (nếu phân phối không chuẩn) cho các biến liên tục. Tính tần suất và tỷ lệ phần trăm cho các biến rời rạc.

2.3. Ý đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

3.1.1. Thời gian khởi phát bệnh

Bảng 3.1. Thời gian khởi phát bệnh của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Thời gian khởi phát bệnh	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
≤15 ngày	74	76,3%
>15 ngày	23	23,7%
Tổng	97	100%

Nhận xét: Thời gian khởi phát bệnh chủ yếu là cấp tính (≤15 ngày), gặp ở 74 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,3%.

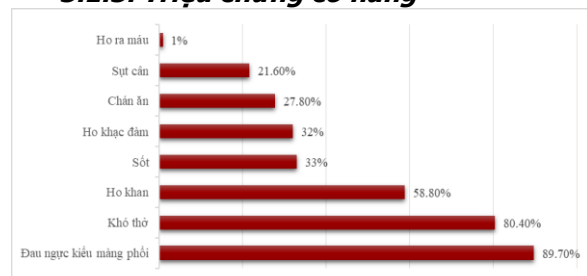
3.1.2. Lý do vào viện

Bảng 3.2. Lý do vào viện của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Lý do vào viện	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Đau ngực kiểu màng phổi	58	59,8%
Khó thở	26	26,8%
Ho khan	8	8,2%
Ho khạc đàm	4	4,1%
Sốt nhẹ kéo dài	1	1%
Ho ra máu	0	0%
Tổng	97	100%

Nhận xét: Đau ngực kiểu màng phổi là lý do khiến bệnh nhân vào viện nhiều nhất chiếm 59,8%, tiếp đến là khó thở (26,8%), ít gặp hơn là ho khan (8,2%), ho khạc đàm (4,1%) và sốt nhẹ kéo dài (1%).

3.1.3. Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau ngực kiểu màng phổi (89,7%), kế đến là khó thở (80,4%), ho khan (58,8%), sốt (33%), ho khạc đàm (32%), chán ăn (27,8%), sụt cân (21,6%) và ít gặp nhất là ho ra máu (1%).

3.1.4. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng thực thể của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Triệu chứng thực thể	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng ba giảm	97	100%
Ran phổi	25	25,8%

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hội chứng ba giảm ở 100% bệnh nhân và 25,8% bệnh nhân có ran phổi.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

3.2.1. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 3.4. Hình ảnh tràn dịch màng phổi của bệnh nhân trên X-quang phổi chuẩn

Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí tràn dịch màng phổi	Tràn dịch màng phổi bên phải	52 53,6%
	Tràn dịch màng phổi bên trái	30 30,9%
	Tràn dịch màng phổi hai bên	15 15,5%

Tính chất tràn dịch màng phổi	Tràn dịch màng phổi tự do	93	95,9%
	Tràn dịch màng phổi khu trú	4	4,1%
Mức độ tràn dịch màng phổi	Ít	14	14,4%
	Trung bình	42	43,3%
	Nhiều	41	42,3%
Có tổn thương phổi kèm theo	Có	60	61,9%
	Không	37	38,1%

Nhận xét: Tràn dịch màng phổi một bên chiếm tỷ lệ cao hơn so với tràn dịch màng phổi hai bên, trong đó chủ yếu là tràn dịch màng phổi bên phải (53,6%) so với bên trái (30,9%).

Chủ yếu là tràn dịch màng phổi tự do (95,9%). Tràn dịch màng phổi lượng trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%). Tràn dịch màng phổi dịch tiết có tổn thương phổi kèm theo chiếm tỷ lệ 61,9%.

3.2.2. Đặc điểm công thức bạch cầu

Bảng 3.5. Đặc điểm công thức bạch cầu của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Tăng	35 36,1%
	Giảm	2 2,1%
	Bình thường	60 61,9%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết có bạch cầu bình thường là 61,9%, tăng 36,1% và giảm là 2,1%.

3.2.3. Đặc điểm dịch màng phổi

Bảng 3.6. Màu sắc dịch màng phổi của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Màu sắc dịch màng phổi	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Vàng chanh	75	77,3%
Đỏ máu	22	22,7%

Nhận xét: dịch màng phổi đa phần là dịch màu vàng chanh chiếm tỷ lệ 77,3% và dịch màu đỏ máu là 22,7%.

3.2.4. Đặc điểm PCR, Cell-block

Bảng 3.7. Kết quả PCR, Cell-block dịch màng phổi của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Loại xét nghiệm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
PCR dịch màng phổi	Dương tính	7 7,2%
	Âm tính	90 92,8%
Tổng	97	100%
Cell-block	Dịch rỉ viêm	49 50,5%
	Có tế bào carcinoma	48 49,5%
Tổng	97	100%

Nhận xét: Qua nghiên cứu trên 97 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết thì tỷ lệ PCR dịch màng phổi dương tính chiếm 7,2% và âm tính chiếm 92,8%. Trong 97 bệnh nhân được thực hiện Cell-block thì tỷ lệ bệnh nhân có tế bào

carcinoma trong dịch màng phổi là 49,5%.

3.2.5. Đặc điểm sinh thiết màng phổi mù

Bảng 3.8. Kết quả sinh thiết màng phổi của bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

Kết quả giải phẫu bệnh của sinh thiết màng phổi	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Mô viêm lao	40	41,2%
Carcinoma	47	48,5%
Mô viêm mạn	10	10,3%
Tổng	97	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có cả 97 trường hợp được tiến hành sinh thiết màng phổi mù (bao gồm cả 7 trường hợp PCR dịch màng phổi dương tính).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm thời gian khởi phát bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian khởi phát cấp tính trong vòng 15 ngày chiếm 76,3% cao hơn so với nhóm khởi phát từ từ (>15 ngày) là 23,7%. Các con số này theo nghiên cứu của R.W. Light [6].

4.1.2. Lý do vào viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau ngực kiểu màng phổi chiếm 59,8%. Khó thở, ho khan, ho khạc đàm và sốt chiếm tỷ lệ thấp hơn trong nghiên cứu lần lượt là 26,8%, 8,2%, 4,1% và 1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Vũ Văn Kiều (2020) [3].

4.1.3. Triệu chứng cơ năng. Kết quả ghi nhận các triệu chứng thường gặp là đau ngực kiểu màng phổi, khó thở, ho khan và sốt với tỷ lệ lần lượt là 89,7%, 80,4%, 58,8% và 33%. Triệu chứng ho khạc đàm, chán ăn và sụt cân chiếm tỷ lệ thấp hơn là 32%, 27,8% và 21,6%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Vũ Văn Kiều (2020), Trịnh Thị Hương và Ngô Quý Châu (2007) [1], [3].

4.1.4. Triệu chứng thực thể

Hội chứng ba giảm: Chúng tôi gặp 100% các trường hợp nghiên cứu, đây là hội chứng kinh điển để chẩn đoán tràn dịch màng phổi và được mô tả từ thời Laennec và cho đến nay vẫn còn giá trị. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Thị Hương, Ngô Quý Châu (2007) với tỷ lệ hội chứng ba giảm là 93,1% [1].

Ran ở phổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có ran ở phổi chiếm 25,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Kiên (2015) với tỷ lệ 22,6% bệnh nhân có ran ở phổi trong nhóm tràn dịch màng phổi dịch tiết [2].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm về hình ảnh học. Vị trí tràn dịch màng phổi gặp nhiều ở các bệnh nhân là tràn dịch màng phổi một bên với tỷ lệ là 84,5%, nhiều nhất là bên phải chiếm 53,6%, tiếp theo là bên trái 30,9%, tràn dịch màng phổi hai bên là 15,5% và chủ yếu là tràn dịch màng phổi tự do với tỷ lệ là 95,9%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Trịnh Thị Hương và Ngô Quý Châu (2007) [1].

4.2.2. Đặc điểm công thức bạch cầu. Tỷ lệ bệnh nhân có công thức bạch cầu bình thường chiếm tỷ lệ cao 61,9%. Điều này có thể giải thích là vì đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu lớn tuổi, khả năng đáp ứng miễn dịch kém nên tỷ lệ bạch cầu không tăng hoặc tăng không đáng kể.

4.2.3. Đặc điểm dịch màng phổi. Đa số tràn dịch màng phổi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi dịch màu vàng chanh chiếm tỷ lệ cao (77,3%). Trong y văn cũng có đề cập đến màu sắc dịch màng phổi do lao chủ yếu là màu vàng, ít khi tràn dịch máu; màu đỏ máu trong tràn dịch màng phổi ác tính, lúc đầu có thể là vàng chanh nhưng dần dần thành dịch máu và không bao giờ trở lại màu vàng chanh.

Nhóm tràn dịch màng phổi do ung thư có 27 trường hợp có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi chiếm tỷ lệ cao 90%, còn trong nhóm tràn dịch màng phổi do lao có 03 trường hợp chiếm 10%. Sự khác biệt về tỷ lệ tế bào lạ ở 2 nhóm nguyên nhân này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$).

4.2.4. Kết quả sinh thiết ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết. Có 48,5% là ung thư, 41,2% là lao và 10,3% là viêm mạn tính. Tỷ lệ các tai biến xảy ra sau khi sinh thiết màng phổi mù là 9,2% trong đó có 08 trường hợp là đau ngực nơi sinh thiết và 01 trường hợp là máu tụ nơi sinh thiết.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Bệnh nhân vào viện với lý do nhiều nhất là đau ngực (59,8%) và thời gian khởi phát thường ≤ 15 ngày. Triệu chứng cơ năng và toàn thân nổi bật là đau ngực kiểu màng phổi (89,7%) và các triệu chứng thường gặp trong tràn dịch màng phổi khó thở (80,4%), ho khan (58,8%), sốt (33%). Triệu chứng thực thể ghi nhận được khi thăm khám chủ yếu là hội chứng ba giảm (100%) và tiếng ran phổi (25,8%). Về đặc điểm cận lâm sàng, đa phần là tràn dịch màng phổi một bên (84,5%), tự do (95,9%) và lượng trung bình (43,3%). Tổn thương nhu mô phổi kèm theo trên X-quang phổi thẳng chuẩn chiếm 61,9%.

Phần lớn các bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết trong nghiên cứu có công thức bạch cầu bình thường (61,9%). Đa số dịch màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi đều có màu vàng chanh (77,3%), có 30,9% có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi và tỷ lệ PCR dịch màng phổi âm tính cao (92,8%). Trong 97 trường hợp được tiến hành cell-block và sinh thiết thì có 49,5% trường hợp có tế bào carcinoma trong dịch màng phổi và kết quả sinh thiết phần nhiều ra carcinoma (48,5%), tiếp đến là mô viêm lao (41,2%) và mô viêm mạn (10,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Hương, Ngô Quý Châu** (2007), "Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và kết quả điều trị 768 bệnh nhân tràn dịch màng phổi", Nghiên cứu y học - Chuyên đề Hội nghị chuyên đề nội khoa, 53, (5), tr. 72-79.
2. **Nguyễn Xuân Kiên** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi hai bên tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Vũ Văn Kiều** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Ferreiro L., Toubes M. E., San Jose M. E., Suarez-Antelo J., Golpe A., Valdes L.** (2020), "Advances in pleural effusion diagnostics", Expert Rev Respir Med, 14, (1), p. 51-66.
5. **Jany B, Welte T** (2019), "Pleural Effusion in Adults-Etiology, Diagnosis, and Treatment", Dtsch Arztebl Int, 116, (21), p. 377-386.
6. **Light R.W.** (2007), "Tuberculous pleural effusion", Pleural Disease, Lippincott Williams and Wilkins, p. 211-224.
7. **Rachana Krishna, Marsha H Antoine, Mohan Rudrappa** (2023), Pleural Effusion, StatPearls, Treasure Island (FL), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448189/>.
8. **Nidhi Sanwalka, Ramesh Kumar, Madhvi Sanwalka** (2020), "Role of pleural biopsy in patients of undiagnosed exudative pleural effusion", International Journal of Medical Research and Review, 8, (3), p. 265-268.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM GAN DO THUỐC

Seng Leangchhay¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}, Trần Duy Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm gan do thuốc đông y tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan do thuốc điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2019 đến năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam: 67,2%/ 32,8%, Tuổi trung bình: 52,09 ± 13,75. Lý do vào viện chủ yếu là vàng da: 43,1% và mệt mỏi: 17,2%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là mệt mỏi: 65,5% và hoàng đả: 60%. AST/ALT trung bình: 450 ± 42,74/670,22 ± 57,10 (U/L), Bilirubin toàn phần trung bình: 112,20 ± 16,84 μmol/l, bệnh nhân có chỉ số PT < 70%: 8,62%, bệnh nhân có INR ≥ 1.2: 15,52%. Thể bệnh: hoại tử 84,50%/tắc mật 3,45%/hỗn hợp 12,05%. Mức độ bệnh: nhẹ: 43,1%/trung bình: 10,3%/nặng: 39,7%/suy gan cấp: 6,9%/nguy kịch: 0%. Nguyên nhân DILI: thuốc đông y là: 67,23%. **Từ khóa:** tổn thương gan do thuốc (DILI), Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM), Viêm gan do thuốc đông y

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DRUG-INDUCED HEPATITIS

Objectives: Survey on the clinical, paraclinical characteristics of the patients with hepatitis by traditional medicine at the Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 58 patients diagnosed with Hepatitis is caused by Traditional medicine at the Department Of Internal Medicine, Hanoi Medical University Hospital from 2019 to 2024. **Results:** Female/male ratio: 67,2%/32,8%, mean age: 52,09 ± 13,75. Reason for admission: jaundice was the most common: 43,1%, followed by fatigue: 17,2%. Common clinical symptoms are: fatigue: 65,5%, jaundice: 60%. The mean AST/ALT: 450 ± 42,74/670 ± 57,10 (U/L), the mean total Billirubin: 112,20 ± 16,84 μmol/l, the patient with PT < 70%: 8,62%, the patients with INR ≥ 1.2: 15,52%. Types of liver injury: Necrotic: 84,50%, Cholestatic: 3,45%, Mixed form: 12,05%. Causes of the Hepatitis is caused by traditional medicine: 67,23%.

Keywords: Drug-induced liver injury (DILI), Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM), Hepatitis is caused by Traditional Medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan là một tạng lớn, được coi là một tuyến lớn nhất của cơ thể, có nhiều chức năng phức tạp: là cơ quan dự trữ, có chức năng tổng hợp,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Seng leangchhay

Email: leangchhay1804@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024