

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ THÀNH CÔNG CỦA SINH THIẾT MÀNG PHỔI MÙ TRONG CHẨN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC MÀNG PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DỊCH TIẾT

Nguyễn Văn Đại¹, Nguyễn Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thành công và một số yếu tố liên quan của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán mô bệnh học màng phổi 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:** Tỷ lệ thành công rất cao ở lần sinh thiết thứ nhất (95,9%), những bệnh nhân có độ tuổi ≥ 50 tuổi, có mức độ tràn dịch màng phổi lượng nhiều, dịch màng phổi màu vàng chanh, tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi khoảng 71,38% và có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi thì có khả năng tràn dịch màng phổi do ung thư cao hơn nhóm còn lại. Những bệnh nhân có nồng độ protein ≥ 50 g/l có khả năng tràn dịch màng phổi do lao cao hơn nhóm còn lại. Có mối liên hệ giữa tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi với kết quả âm tính hay dương tính của xét nghiệm PCR dịch màng phổi.

Từ khoá: sinh thiết màng phổi mù, mô bệnh học, tràn dịch màng phổi dịch tiết.

SUMMARY

DETERMINING THE SUCCESS RATE OF BLIND PLEURAL BIOPSY IN THE HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF PLEURAL PLEURAL EFFUSION IN PATIENTS WITH EXCURSIVE PLEURAL EFFUSION

Objective: The study has objectives: To determine the success rate and some related factors of blind pleural biopsy in the diagnosis of pleural histopathology in 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:** The success rate was very high in the first biopsy (95.9%), patients aged ≥ 50 years old, with a large amount of pleural effusion, lemon yellow pleural effusion, the percentage of lymphocytes in the pleural effusion of about 71.38%

and the presence of foreign cells in the pleural effusion were more likely to have pleural effusion due to cancer than the other group. Patients with protein levels ≥ 50 g/l were more likely to have tuberculous pleural effusion than the other groups. There was a relationship between the proportion of lymphocytes in the pleural fluid and the negative or positive results of the pleural fluid PCR test. **Keywords:** blind pleural biopsy, histopathology, exudative pleural effusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi thường gặp trong thực hành lâm sàng, có vị trí rất quan trọng trong thực hành của bác sĩ, đặc biệt đối với các bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Tùy theo cơ chế sinh lý bệnh, người ta chia thành tràn dịch màng phổi dịch thấm và tràn dịch màng phổi dịch tiết. Nội soi lồng ngực là một trong những bước kế tiếp để chẩn đoán các nguyên nhân gây ra tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa xác định nguyên nhân [4]. Tuy nhiên, NSLN không phải lúc nào cũng có sẵn ở mọi nơi hay tại mọi cơ sở y tế, chi phí cao, có mức độ xâm lấn cao và có những chống chỉ định riêng của nó. Trong tình hình đó, sinh thiết màng phổi mù (sinh thiết màng phổi kín) là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, nhưng có hiệu quả rất cao, có nhiều giá trị thực tiễn, được các bác sĩ chuyên khoa phổi thực hiện, thủ thuật này an toàn, có độ nhạy tương đối, có thể giúp xác định chính xác các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi. 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.*

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 đàm, ra máu), sốt, chán ăn, sụt cân, hội chứng ba giảm.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đại
Email: 2112582141@stu.vttu.edu.vn
Ngày nhận bài: 17.10.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024
Ngày duyệt bài: 24.12.2024

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 [6]:

+ 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 thấm.

- 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:

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

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 [7].

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:

Xác định tỷ lệ thành công: Tỷ lệ thành công của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán

mô bệnh học màng phổi.

Một số yếu tố liên quan với kết quả sinh thiết màng phổi: Tuổi, thói quen hút thuốc lá, thời gian khởi phát bệnh, mức độ tràn dịch, màu sắc dịch màng phổi, tính chất dịch màng phổi, nồng độ protein dịch màng phổi, tế bào lạ trong dịch màng phổi, thành phần tế bào trong dịch 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. Trị số p được tính và p < 0,05 được kết luận là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Y 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. Tỷ lệ thành công của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán mô bệnh học màng phổi

Bảng 3.1. Tỷ lệ thành công

Kết quả sinh thiết màng phổi mù		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	Lần 1	93	95,9%
	Lần 2	4	4,1%

Nhận xét: Trong 97 bệnh nhân được sinh thiết màng phổi mù lần 1 thì có 93 trường hợp cho chẩn đoán xác định về mô bệnh học ngay lần sinh thiết đầu tiên. Tuy nhiên, có 4 trường hợp vẫn chưa xác định được nguyên nhân, chúng tôi tiến hành sinh thiết màng phổi mù lần 2 và cả 04 trường hợp đều thành công xác định được nguyên nhân vào lần sinh thiết thứ 2.

3.2. Một số yếu tố liên quan của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán mô bệnh học màng phổi

3.2.1. Mối liên hệ giữa độ tuổi với kết quả sinh thiết màng phổi mù

Bảng 3.2. Tuổi và kết quả sinh thiết màng phổi mù

Nhóm tuổi	Ung thư	Lao	OR (KTC 95%)	X ² , p
≥50 tuổi	39(83%)	23(57,5%)	3,60 (1,35-9,66)	6,850 (p = 0,009)
<50 tuổi	8(17%)	17(42,5%)		
Tổng	47(100%)	40(100%)		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân ≥50 tuổi có nguy cơ tràn dịch màng phổi dịch tiết do ung thư cao gấp 3,60 lần nhóm <50 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,009.

3.2.2. Mối liên hệ giữa thói quen hút

thuốc lá và kết quả STMP mù**Bảng 3.3. Thói quen hút thuốc lá và kết quả STMP mù**

Đặc điểm hút thuốc	Ung thư	Lao	OR (KTC 95%)	χ^2 , p
<20 gói-năm	4 (25%)	11 (45,8%)	0,394 (0,98-1,58)	1,778 (p=0,182)
≥20 gói-năm	12 (75%)	13 (54,2%)		
Tổng	16 (100%)	24 (100%)		

Nhận xét: Có 54,2% bệnh nhân hút thuốc lá ≥20 gói-năm và 45,8% bệnh nhân hút thuốc lá <20 gói-năm bị TDMP do lao. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc lá của hai nhóm khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (với p = 0,182).

3.2.3. Mối liên hệ giữa thời gian khởi phát bệnh và kết quả STMP mù**Bảng 3.4. Thời gian khởi phát bệnh và kết quả STMP mù**

Thời gian khởi phát	Ung thư	Lao	OR (KTC 95%)	χ^2 , p
≤15 ngày	36 (76,6%)	30 (75%)	1,09 (0,41-2,92)	0,03 (p=0,862)
>15 ngày	11 (23,4%)	10 (25%)		
Tổng	47 (100%)	40 (100%)		

Nhận xét: Trong TDMP do lao có 75% bệnh nhân khởi phát bệnh từ dưới 15 ngày cao hơn nhóm khởi phát trên 15 ngày là 25%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với p = 0,862).

3.2.4. Mối liên hệ giữa mức độ tràn dịch và kết quả sinh thiết màng phổi mù**Bảng 3.5. Mức độ tràn dịch và kết quả sinh thiết màng phổi mù**

Mức độ tràn dịch	Ung thư	Lao	OR (KTC 95%)	χ^2 , p
Nhiều	28 (59,6%)	11 (27,5%)	3,9 (1,57-9,62)	8,989 (p=0,003)
Ít + trung bình	19 (40,4%)	29 (72,5%)		
Tổng	47 (100%)	40 (100%)		

Nhận xét: Tràn dịch màng phổi lượng nhiều nguy cơ tràn dịch do ung thư cao gấp 3,9 lần so với nhóm tràn dịch màng phổi lượng ít và trung bình. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,003.

3.2.5. Mối liên hệ giữa màu sắc dịch màng phổi với kết quả sinh thiết màng phổi**mù****Bảng 3.6. Màu sắc dịch màng phổi và kết quả sinh thiết màng phổi mù**

Màu sắc dịch màng phổi	Ung thư	Lao	OR (KTC 95%)	χ^2 , p
Vàng chanh	30 (63,8%)	35 (87,5%)	0,25 (0,083-0,765)	6,408 (p=0,011)
Đỏ máu	17 (36,2%)	5 (12,5%)		
Tổng	47 (100%)	40 (100%)		

Nhận xét: Trong tràn dịch màng phổi do lao, nhóm dịch có màu vàng chanh chiếm tỷ lệ 87,5% cao hơn nhóm dịch màu đỏ máu là 12,5%. Trong tràn dịch màng phổi do ung thư, nhóm dịch có màu vàng chanh chiếm tỷ lệ 63,8% cao hơn nhóm dịch màu đỏ máu 36,2%. Sự khác biệt giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê với p = 0,011.

3.2.6. Tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi**Bảng 3.7. Tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi với kết quả sinh thiết màng phổi mù**

Kết quả sinh thiết màng phổi	Trung bình ± SD	Min	Max	Số ca (n)	p
Mô viêm lao	91,63±11,51	25	100	40	< 0,001
Carcinoma	71,38±11,60	30	100	47	
Mô viêm lao	91,63±11,51	25	100	40	0,106
Mô viêm mạn	84,00±18,38	35	100	10	
Carcinoma	71,38±11,60	30	100	47	0,007
Mô viêm mạn	84,00±18,38	35	100	10	

Nhận xét: Tỷ lệ lympho bào trung bình trong dịch màng phổi của bệnh nhân thuộc nhóm mô viêm lao khác với tỷ lệ lympho bào trung bình trong dịch màng phổi của bệnh nhân thuộc nhóm carcinoma (p < 0,001), không khác với tỷ lệ lympho bào trung bình trong dịch màng phổi nhóm mô viêm mạn (p = 0,106). Và tỷ lệ lympho bào trung bình trong dịch màng phổi của bệnh nhân thuộc nhóm carcinoma khác nhau có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ lympho bào trung bình trong dịch màng phổi của nhóm mô viêm mạn (p = 0,007).

3.2.7. Mối liên hệ giữa nồng độ protein dịch màng phổi với kết quả sinh thiết màng phổi mù**Bảng 3.8. Nồng độ Protein và kết quả sinh thiết màng phổi mù**

Protein dịch màng phổi	≥50 g/l	<50 g/l	OR (KTC 95%)	χ^2 , p

Lao	22 (62,9%)	18 (34,6%)	3,2 (1,31-7,80)	6,718 (p = 0,01)
Ung thư	13 (37,1%)	34 (65,4%)		
Tổng	35 (100%)	52 (100%)		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao có nồng độ protein dịch màng phổi từ 50 g/l trở lên cao gấp 3,2 lần nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao có nồng độ dưới 50 g/l. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

3.2.8. Mối liên hệ giữa tế bào lạ trong dịch màng phổi với kết quả sinh thiết màng phổi mù

Bảng 3.9. Tế bào lạ trong dịch màng phổi với kết quả sinh thiết màng phổi mù

Tế bào lạ	Có tế bào lạ	Không tế bào lạ	OR (KTC 95%)	χ^2, p
Ung thư	27 (90%)	20 (35,1%)	16,65 (4,49-61,77)	23,861 ($p < 0,001$)
Lao	3 (10%)	37 (64,9%)		
Tổng	30 (100%)	57 (100%)		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi do ung thư có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi chiếm 90% cao hơn so với nhóm tràn dịch màng phổi do lao là 10%. Sự khác biệt về tỷ lệ tế bào lạ ở 2 nhóm nguyên nhân này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.9. Mối liên hệ giữa thành phần tế bào trong dịch màng phổi với kết quả PCR

Bảng 3.10. Thành phần tế bào trong dịch màng phổi với kết quả PCR dịch màng phổi

Tính chất	PCR dương (n=7)	PCR âm (n=90)	p
LDH dịch màng phổi (U/L)	867,43 ± 1204,89	694,71 ± 766,92	0,584
Protein dịch màng phổi (g/l)	50,29 ± 6,26	49,11 ± 9,00	0,737
Số lượng tế bào/mm ³	1042,86 ± 772,13	1372,66 ± 1604,03	0,592
% lympho bào	94,29 ± 4,50	80,00 ± 15,69	<0,001

Nhận xét: Nhóm PCR dương: tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi trung bình là $94,29 \pm 4,50\%$. Nhóm PCR âm: tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi trung bình là $80,00 \pm 15,69\%$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi giữa 2 nhóm với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thành công của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán mô bệnh

học màng phổi. Có 93 trường hợp cho chẩn đoán xác định về mô bệnh học ngay lần sinh thiết đầu tiên. Tuy nhiên, có 04 trường hợp vẫn chưa xác định được nguyên nhân ở lần sinh thiết thứ nhất, chúng tôi tiến hành sinh thiết màng phổi mù lần 2 và cả 04 trường hợp đều thành công xác định được nguyên nhân vào lần sinh thiết thứ 2. Tỷ lệ nghi ngờ của chúng tôi cao hơn những nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Lê Khắc Bảo, tiến hành sinh thiết màng phổi mù lần thứ 2 ở 21 trường hợp, khi kết quả sinh thiết màng phổi mù lần thứ nhất âm tính, kết quả chỉ xác định được 6/21 trường hợp [1].

4.2. Một số yếu tố liên quan của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán mô bệnh học màng phổi

4.2.1. Mối liên hệ giữa tuổi và kết quả sinh thiết màng phổi mù. Sự khác biệt về độ tuổi với nguyên nhân tràn dịch màng phổi do ung thư có ý nghĩa thống kê ($p=0,009$). Tỷ lệ nhóm bệnh nhân từ ≥ 50 tuổi có nguy cơ tràn dịch màng phổi do ung thư cao gấp 3,60 lần nhóm bệnh nhân < 50 tuổi.

Kết quả này là hợp lý vì ung thư phổi, vú, buồng trứng, và u lympho chiếm hơn 75% các trường hợp tràn dịch màng phổi do ung thư [3].

4.2.2. Mối liên hệ giữa mức độ tràn dịch và kết quả sinh thiết màng phổi mù. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về lượng dịch với nguyên nhân tràn dịch màng phổi do ung thư có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi lượng nhiều có nguy cơ tràn dịch màng phổi do ung thư cao gấp 3,9 lần nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi lượng ít và trung bình. Theo y văn, bệnh lý ác tính là nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh nhân tràn dịch màng phổi mức độ nhiều. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều chiếm 67% các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính [3].

4.2.3. Mối liên hệ giữa màu sắc dịch màng phổi và kết quả sinh thiết màng phổi mù. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về màu sắc dịch màng phổi với nguyên nhân tràn dịch màng phổi do ung thư có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy màu sắc dịch màng phổi có giá trị định hướng chẩn đoán nguyên nhân, dịch màu vàng chanh chiếm chủ yếu trong nhóm lao, dịch đỏ máu thường liên quan đến ung thư.

4.2.4. Tỷ lệ lympho bào. Sự khác biệt về tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi với kết quả sinh thiết màng phổi mù có ý nghĩa thống kê. Trong tràn dịch màng phổi do lao trong vòng 1 tuần từ khi có triệu chứng lâm sàng dịch màng phổi có thể bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế, nhưng sau đó công thức tế bào học sẽ

thay đổi dần và cuối cùng bạch cầu lympho chiếm ưu thế [3].

4.2.5. Môi liên hệ giữa nồng độ protein và kết quả sinh thiết màng phổi mù. Sự khác biệt về nồng độ protein dịch màng phổi của bệnh nhân với kết quả sinh thiết màng phổi mù có ý nghĩa thống kê. Theo Light, lượng protein dịch màng phổi trên 50 g/l cũng là yếu tố hướng đến tràn dịch màng phổi do lao [6].

4.2.6. Môi liên hệ giữa tế bào lạ và kết quả sinh thiết màng phổi mù. Trong nghiên cứu về sự có mặt tế bào lạ, nhóm nguyên nhân do ung thư chiếm 90% còn nhóm nguyên nhân do lao chiếm 10%. Sự khác biệt về tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê. Khả năng chẩn đoán của xét nghiệm này phụ thuộc vào mức độ lan rộng của ung thư và loại tế bào ung thư nguyên phát với khả năng chẩn đoán từ 90-92% tùy theo nghiên cứu [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công rất cao ở lần sinh thiết thứ nhất (95,9%), những bệnh nhân có độ tuổi ≥ 50 tuổi, có mức độ tràn dịch màng phổi lượng nhiều, dịch màng phổi màu vàng chanh, tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi khoảng 71,38% và có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi thì có khả năng tràn dịch màng phổi do ung thư cao hơn nhóm còn lại. Những bệnh nhân có nồng độ protein ≥ 50 g/l có khả năng

tràn dịch màng phổi do lao cao hơn nhóm còn lại. Có mối liên hệ giữa tỷ lệ lympho bào trong dịch màng phổi với kết quả âm tính hay dương tính của xét nghiệm PCR dịch màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Khắc Bảo, Trần Văn Ngọc, Đặng Vạn Phước** (2003), "Giá trị sinh thiết màng phổi bằng kim xuyên da trong chẩn đoán nguyên nhân lao ung thư gây tràn dịch-dày-u màng phổi", Y học TP, Hồ Chí Minh, 7, (1), tr. 18-20.
2. **Đỗ Quyết** (2013), "Giải phẫu và sinh lý khoang màng phổi", Bệnh màng phổi, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 7-29.
3. **Đỗ Quyết** (2013), "Một số bệnh lý màng phổi", Bệnh màng phổi, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 15-147.
4. **Durgeshwar G, P.R. Mohapatra, S.K. Bal, et al** (2022), "Comparison of Diagnostic Yield and Complications in Ultrasound-Guided Closed Pleural Biopsy Versus Thoracoscopic Pleural Biopsy in Undiagnosed Exudative Pleural Effusion", Cureus, 14(4), p. e23809.
5. **Light R.W.** (2007), "Tuberculous pleural effusion", Pleural Disease, Lippincott Williams and Wilkins, p. 211-224.
6. **Rachana Krishna, Marsha H Antoine, Mohan Rudrappa** (2023), Pleural Effusion, StatPearls, Treasure Island (FL), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448189/>
7. **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.

ỨNG DỤNG CẮT LỚP VI TÍNH HAI MỨC NĂNG LƯỢNG TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH GÚT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Hiệp Hòa¹, Phạm Mạnh Cường², Phạm Minh Thông²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh cắt lớp vi tính hai mức năng lượng của bệnh nhân gút tại bệnh viện Bạch Mai và trình bày các loại nhiễu ảnh lắng đọng tinh thể urat cùng phương pháp xử lý. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 36 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính hai mức năng lượng trong chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt bệnh gút tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2024. Phương pháp thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân

(31 bệnh nhân nam và 5 bệnh nhân nữ), tuổi trung bình là 52 tuổi (18 – 82). Xếp điểm ACR kết hợp lâm sàng và acid uric máu: 28 trường hợp thuộc nhóm 2, kết quả chẩn đoán phụ thuộc vào kết quả DECT (chiếm 77,8% trường hợp). Xếp điểm ACR kết hợp lâm sàng, acid uric máu và DECT: có 16 bệnh được chẩn đoán gút, DECT giúp chẩn đoán Gút bổ sung cho 11/16 chiếm ~69% trường hợp người bệnh Gút và chiếm ~ 39,3% trong nhóm 28 bệnh nhân nghi ngờ. Tỷ lệ tinh thể urat/gút: 15/16 bệnh nhân. Thể tích urat trung bình/gút: 3,91ml. Vị trí lắng đọng tinh thể urat: 60% thuộc khớp cổ bàn chân. Tỷ lệ gặp nhiễu ảnh: 27,8%. Các loại nhiễu ảnh hay gặp là: da dày, giường móng, chuyển động, điểm, chùm tia cứng. Nhiễu ảnh không phân định được hiếm gặp và cần phối hợp các tiêu chuẩn khác. **Kết luận:** DECT đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định, phân biệt gút, đặc biệt trong các trường hợp tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm acid uric máu chưa đủ để khẳng định hay loại trừ bệnh. Nhiễu ảnh lắng đọng tinh thể urat là thường gặp, nhưng có thể được nhận biết và

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiệp Hòa

Email: tranhiephoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024