

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

VŨ ĐỖ

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ NỘI SOI LỒNG NGỰC
CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ
TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HẢI PHÒNG - 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

VŨ ĐỖ

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ NỘI SOI LỒNG NGỰC
CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ
TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

Chuyên ngành: Nội khoa

Mã số: 9720107

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS. TS Phạm Văn Linh**
- 2. PGS. TS Trần Quang Phục**

HẢI PHÒNG - 2023

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án này, tôi đã nhận được rất nhiều sự hướng dẫn, hỗ trợ và giúp đỡ quý báu của tập thể lãnh đạo, các thầy cô, các anh chị em và các bạn đồng nghiệp.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được trân trọng cảm ơn:

Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau đại học, Khoa Y và Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Ban Giám đốc, Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Khoa Gây mê Hồi sức, Khoa Nội soi chẩn đoán và can thiệp, Khoa Giải phẫu bệnh, Khoa Vi sinh và Labo lao chuẩn Quốc gia, Khoa Khám bệnh Đa khoa theo yêu cầu, Phòng Kế hoạch Tổng hợp và các khoa phòng khác trong Bệnh viện Phổi Trung ương.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS Phạm Văn Linh, PGS. TS Trần Quang Phục, những người Thầy đã luôn tận tình hướng dẫn, chỉ bảo, động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện luận án, truyền cho tôi những kinh nghiệm quý báu và cả niềm say mê trong công tác nghiên cứu khoa học.

Tôi xin chân thành cảm ơn các Thầy, Cô trong các Hội đồng nghiên cứu sinh đã có nhiều góp ý quý báu và tận tình giúp đỡ tôi hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp của tôi đang công tác tại Bệnh viện Phổi Trung ương, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng v.v... đã trực tiếp cùng tham gia, góp ý chỉnh sửa và hỗ trợ tôi rất nhiều trong suốt quá trình thực hiện đề tài này.

Tôi xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành tới các người bệnh của tôi. Họ là sự trấn trở, nguồn động viên và là động lực thúc đẩy tôi học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận án này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Ba Mẹ, anh chị em và những người thân trong gia đình đã luôn ở bên, thương yêu, động viên và giúp đỡ

tôi. Xin cảm ơn Vợ và các con đã luôn ủng hộ tuyệt đối, chấp nhận những thiệt thòi, luôn động viên, khích lệ và tạo những điều kiện tốt nhất có thể để giúp đỡ tôi, xin chân thành cảm ơn những người bạn thân đã luôn cố vũ, động viên và giúp đỡ cho tôi trong suốt quá trình thực hiện, hoàn thành luận án này.

Một lần nữa, tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hải Phòng, ngày 20 tháng 11 năm 2023

Vũ Đổ

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Vũ Đỗ, nghiên cứu sinh chuyên ngành Nội khoa, Đại học Y Dược Hải Phòng, tôi xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Phạm Văn Linh và PGS.TS Trần Quang Phục

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu và nơi đào tạo.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết

Hải Phòng, ngày 20 tháng 10 năm 2023

Người viết cam đoan

Tác giả

Vũ Đỗ

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ADA	: Adenosine deaminase
AFB	: Trục khuẩn kháng cồn kháng toan (Acid Fast Bacillus)
ANA	: kháng thể kháng nhân (Antinuclear Antibody)
AQP	: Aquaporin
BN	: Bệnh nhân
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
CEA	: Carcinoembryonic antigen
CS	: Cộng sự
CYFRA	: Cytokeratin-19 fragment
CT	: Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography)
IFN γ	: Interferon gamma
KLS	: Khoang liên sườn
MP	: Màng phổi
MRI	: Cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging)
LDH	: Lactate Dehydrogenase
NSLN	: Nội soi lồng ngực
TDMP	: Tràn dịch màng phổi
VATS	: Phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video (Video – Assisted Thoracic Surgery)
VEGF	: Yếu tố tăng trưởng nội mạch (Vascular endothelial growth factor)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đại cương về giải phẫu sinh lý màng phổi	3
1.1.1. Cấu tạo giải phẫu màng phổi.....	3
1.1.2. Mô học màng phổi	5
1.1.3. Sinh lý học màng phổi	6
1.1.4. Sinh lý bệnh của tràn dịch màng phổi.....	9
1.2. Các phương pháp chẩn đoán tràn dịch màng phổi	12
1.2.1. Lâm sàng	12
1.2.2. Chẩn đoán hình ảnh.....	12
1.2.3. Chọc hút và xét nghiệm dịch màng phổi	16
1.2.4. Các kỹ thuật xâm nhập.....	25
1.3. Đại cương về nội soi lồng ngực	28
1.3.1 Một số khái niệm.....	28
1.3.2. Một vài mốc trong lịch sử phát triển.....	28
1.4. Nội soi lồng ngực trong chẩn đoán các bệnh lý màng phổi.....	31
1.4.1. Tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân.	31
1.4.2. Tràn dịch màng phổi do nguyên nhân ác tính.....	33
1.4.3. Tràn dịch màng phổi do lao	35
1.4.4. Tràn dịch màng phổi do viêm mũ màng phổi và do cận viêm phổi....	36
1.5. Nội soi lồng ngực trong điều trị kết hợp tràn dịch màng phổi do lao..	37
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu	41
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	41
2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	42
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	42

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	42
2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	42
2.3. Nội dung nghiên cứu.....	44
2.3.1. Lâm sàng	44
2.3.2. Thực hiện các thăm dò và các xét nghiệm cận lâm sàng.....	45
2.3.3. Chọc hút dịch màng phổi, lấy dịch màng phổi làm các xét nghiệm ..	47
2.3.4. Nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi..	47
2.3.5. Các đặc điểm hình ảnh đại thể của nội soi màng phổi.....	53
2.3.6. Chẩn đoán xác định.....	55
2.3.7. Nội soi lồng ngực điều trị các di chứng của Lao màng phổi.....	57
2.3.8. Xử lý số liệu	58
2.4. Đạo đức nghiên cứu	59
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	61
3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán	61
3.1.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	61
3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán.....	72
3.1.3. Kết quả chẩn đoán của nội soi lồng ngực	77
3.1.4. Diễn biến sau nội soi lồng ngực chẩn đoán	80
3.2. Kết quả của nội soi lồng ngực kết hợp trong điều trị Lao màng phổi .	81
3.2.1. Một số đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu.....	81
3.2.2. Nội soi lồng ngực ngực kết hợp trong điều trị di chứng tràn dịch màng phổi do lao.....	86
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	90
4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán	90
4.1.1. Đặc điểm lâm sàng.....	90

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán.....	97
4.1.3. Nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi	103
4.2. Nội soi lồng ngực kết hợp trong điều trị Lao màng phổi.....	111
4.2.1. Một số đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu.....	111
4.2.2. Nội soi lồng ngực trong điều trị phối hợp các di chứng của Lao màng phổi	117
KẾT LUẬN.....	122
KIẾN NGHỊ.....	124
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Đặc điểm của dịch màng phổi	17
Bảng 1.2. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch thấm	18
Bảng 1.3. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết	18
Bảng 1.4. Các nguyên nhân của tràn dịch dưỡng chấp và giả dưỡng chấp màng phổi	24
Bảng 1.5. Giá trị lipid dịch màng phổi trong tràn dịch dưỡng chấp và giả dưỡng chấp màng phổi	25
Bảng 2.1. Bậc thang thể trạng theo Karnofsky và Zubrod	42
Bảng 3.1. Sự phân bố nhóm tuổi và giới.....	62
Bảng 3.2. Kết quả nội soi màng phổi sinh thiết chẩn đoán.....	63
Bảng 3.3. Sự phân bố nhóm tuổi theo nguyên nhân gây bệnh	64
Bảng 3.4. Sự phân bố giới tính theo nguyên nhân gây bệnh	65
Bảng 3.5. Tiền sử mắc các bệnh hô hấp theo nguyên nhân gây bệnh	65
Bảng 3.6. Tiền sử bệnh nền theo nguyên nhân gây bệnh	66
Bảng 3.7. Tiền sử sử dụng chất kích thích theo nguyên nhân gây bệnh.....	67
Bảng 3.8. Các triệu chứng toàn thân theo nguyên nhân gây bệnh.....	68
Bảng 3.9. Đặc điểm triệu chứng cơ năng theo nguyên nhân gây bệnh.....	69
Bảng 3.10. Đặc điểm triệu chứng thực thể theo nguyên nhân gây bệnh	70
Bảng 3.11. Chẩn đoán ở tuyến trước theo nguyên nhân gây bệnh	71
Bảng 3.12. Điều trị ở tuyến trước theo nguyên nhân gây bệnh	71
Bảng 3.13. Vị trí tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn theo nguyên nhân gây bệnh.....	72
Bảng 3.14. Mức độ tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn theo nguyên nhân gây bệnh.....	73
Bảng 3.15. Đặc điểm tổn thương trên CT Scanner ngực theo nguyên nhân ..	74
Bảng 3.16. Đặc điểm hình ảnh siêu âm màng phổi theo nguyên nhân.....	75

Bảng 3.17. Số lần chọc hút dịch màng phổi trước khi nội soi màng phổi.....	75
Bảng 3.18. Đặc điểm dịch màng phổi theo nguyên nhân	76
Bảng 3.19. Màu sắc dịch màng phổi theo nguyên nhân	77
Bảng 3.20. Nguyên nhân tràn dịch màng phổi xác định qua các kỹ thuật chẩn đoán khác nhau.....	77
Bảng 3.21. Đặc điểm tổn thương qua soi lồng ngực theo nguyên nhân	78
Bảng 3.22. Giá trị của nội soi màng phổi sinh thiết và lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm AFB, bactec, mô học chẩn đoán lao màng phổi	79
Bảng 3.23. Thời gian thực hiện nội soi lồng ngực chẩn đoán	79
Bảng 3.24. Diễn biến sau nội soi của các nhóm người bệnh	80
Bảng 3.25: Lí do vào viện	81
Bảng 3.26. Thời gian từ lúc triệu chứng đến khi vào viện	82
Bảng 3.27. Điều trị ở tuyến trước	82
Bảng 3.28. Xét nghiệm Công thức máu.....	83
Bảng 3.29. Xét nghiệm sinh hóa máu	83
Bảng 3.30. Xét nghiệm đông máu.....	84
Bảng 3.31. Hình ảnh tổn thương nội soi phế quản	84
Bảng 3.32. Đặc điểm tổn thương tràn dịch màng phổi	85
Bảng 3.33. Tổn thương nhu mô phổi trên Xquang và CT ngực	85
Bảng 3.34. Hình ảnh tổn thương màng phổi qua siêu âm.....	86
Bảng 3.35. Chẩn đoán trước can thiệp nội soi	86
Bảng 3.36. Cách thức nội soi	87
Bảng 3.37. Thủ thuật can thiệp được thực hiện qua nội soi	87
Bảng 3.38. Các tổn thương phối hợp của người bệnh tràn dịch màng phổi do lao được phát hiện qua nội soi lồng ngực	87
Bảng 3.39. Biến chứng sau nội soi.....	88
Bảng 3.40. Thời gian thực hiện nội soi.....	88
Bảng 3.41. Diễn biến sau nội soi	89
Bảng 3.42. Tổn thương màng phổi trên siêu âm trước khi ra viện.....	89

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính.....	61
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	63
Biểu đồ 3.3. Các triệu chứng toàn thân của nhóm nghiên cứu	67
Biểu đồ 3.4. Các triệu chứng cơ năng của nhóm nghiên cứu	68
Biểu đồ 3.5. Các triệu chứng thực thể của nhóm nghiên cứu.....	69
Biểu đồ 3.6. Vị trí tràn dịch màng phổi trên phim Xquang chuẩn.....	72
Biểu đồ 3.7. Mức độ tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn.....	73
Biểu đồ 3.8. Màu sắc dịch màng phổi.....	76

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Cấu trúc màng phổi dưới kính hiển vi quang học.....	5
Hình 1.2. Mô phỏng các áp lực ảnh hưởng tới sự vận chuyển dịch vào và ra khỏi khoang màng phổi.....	8
Hình 1.3. Hình ảnh tràn dịch màng phổi do lao trên siêu âm có vách ngăn hay sợi fibrin ở các mức độ khác nhau.....	15
Hình 1.4. Hình ảnh tràn dịch màng phổi trên siêu âm.....	16
Hình 1.5. Carlo Forlanini.....	28
Hình 1.6. Hans Christian Jacobaeus.....	29
Hình 2.1. Các bộ phận trên máy nội soi LTF 160.....	49
Hình 2.2. Các dụng cụ cho nội soi lồng ngực ống cứng.....	49
Hình 2.3. Bàn máy nội soi của hãng Kal-Storz.....	50
Hình 2.4. Cố định người bệnh.....	50
Hình 2.5. Đặt trocar vào khoang màng phổi.....	51
Hình 2.6. Thang điểm đánh giá mức độ đau.....	57

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh màng phổi là một tình trạng bệnh lý khá thường gặp ở nội khoa, ngoại khoa và ở các chuyên khoa khác. Bệnh màng phổi ảnh hưởng đến hơn 300 trên 100.000 người mỗi năm trên toàn thế giới. Ước tính tại Mỹ có khoảng 1,5 triệu ca tràn dịch màng phổi được chẩn đoán hàng năm. Chẩn đoán các bệnh màng phổi thường không khó, nhưng chẩn đoán nguyên nhân và điều trị trong một số trường hợp còn gặp nhiều khó khăn [1]. Theo Durgeshwar và CS (2022), với các phương pháp kinh điển trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi như xét nghiệm vi sinh, sinh hóa, tế bào dịch màng phổi cho kết quả chẩn đoán chính xác đạt 60-80%, tuy nhiên sau khi phân tích dịch màng phổi ban đầu, vẫn còn 20-40% trường hợp tràn dịch màng phổi chưa được chẩn đoán nguyên nhân đòi hỏi phải sử dụng những biện pháp xâm nhập để chẩn đoán xác định. Sinh thiết dưới hướng dẫn của CT cho kết quả chẩn đoán đạt đến 87% trong tràn dịch màng phổi ác tính (47% đối với sinh thiết màng phổi mù). Nội soi lồng ngực cho kết quả vượt trội với độ nhạy trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính đạt từ 91% đến 94%, trong tràn dịch màng phổi lao lên tới 93% đến 100% [2].

Nội soi lồng ngực được áp dụng để chẩn đoán và điều trị bệnh lý của màng phổi lần đầu tiên năm 1910 do Giáo sư Hans Christian Jacobbaeus (1879-1937) ở Stockholm, Thụy điển, ông đã ứng dụng soi lồng ngực để giải phóng các chỗ dính trong khoang màng phổi, bơm hơi nhằm tạo ra một tình trạng tràn khí nhân tạo để điều trị lao phổi (phương pháp điều trị lao phổi biến thời đó) [3].

Từ những năm 1980, nội soi đã có những tiến bộ vượt bậc nhờ vào sự phát triển của khoa học kỹ thuật: sự cải tiến của hệ thống thấu kính nội soi kết hợp với hệ thống định hình lập thể và máy quay phim cực nhỏ cho phép quan sát toàn cảnh của một lồng ngực, kèm theo đó là những tiến bộ của kỹ thuật gây mê với thông khí chọn lọc một bên phổi cho phép làm xẹp một bên phổi ; tạo điều kiện dễ dàng cho các thao tác trong khoang lồng ngực, cùng với việc

chế tạo thành công nhiều loại dụng cụ nhỏ chuyên biệt v.v... nội soi lồng ngực giờ đây được áp dụng rộng rãi trong rất nhiều kỹ thuật, từ chẩn đoán đến điều trị các bệnh lý màng phổi, phổi và trung thất, nhiều kỹ thuật mà trước kia chỉ có thể thực hiện được bằng phẫu thuật mở ngực thì nay có thể thực hiện được bằng nội soi lồng ngực qua 2 đến 4 đường mổ nhỏ qua khe liên sườn [4], [3].

Tại Việt Nam nội soi lồng ngực được Nguyễn Việt Cồ và CS thực hiện lần đầu tiên năm 1985 để chẩn đoán bệnh lý màng phổi [5]. Từ đó đến nay, với sự phát triển mạnh mẽ của các trang thiết bị và kỹ thuật hiện đại, nội soi lồng ngực ngày càng được sử dụng phổ biến hơn không chỉ trong chẩn đoán mà còn được áp dụng ngày càng rộng rãi trong điều trị cho kết quả tốt [6], [7]. Trên Thế giới và ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về vai trò của chẩn đoán và điều trị bằng nội soi lồng ngực trong tràn khí màng phổi, viêm mủ màng phổi... nhưng chưa có một nghiên cứu có hệ thống nào về vai trò của nội soi lồng ngực trong chẩn đoán các bệnh lý tràn dịch màng phổi thường gặp và điều trị sớm các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi thường gặp được chẩn đoán bằng nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

2. Đánh giá kết quả của nội soi lồng ngực kết hợp trong điều trị Lao màng phổi ở đối tượng nghiên cứu trên

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về giải phẫu sinh lý màng phổi

1.1.1. Cấu tạo giải phẫu màng phổi

Màng phổi hay phế mạc là bao thanh mạc bao bọc phổi, gồm lá thành và lá tạng. Giữa hai lá là một khoang ảo gọi là khoang màng phổi hay khoang phế mạc. Bình thường trong khoang màng phổi có một ít dịch để hai lá trượt lên nhau được dễ dàng.

- Màng phổi lá tạng (visceral pleura): bao bọc xung quanh mặt phổi trừ ở rốn phổi. Ở rốn phổi, lá tạng quặt ngược lại, liên tiếp với lá thành, theo hình cái vợt mà cán ở dưới (tạo nên dây chằng phổi hay dây chằng tam giác). Lá tạng lách vào các khe liên thùy và ngăn các thùy với nhau. Mặt trong lá tạng dính chặt vào bề mặt phổi, còn ở mặt ngoài thì nhẵn, bóng và áp sát vào lá thành.

- Màng phổi lá thành (parietal pleura): bao phủ mặt trong của lồng ngực liên tiếp với màng phổi lá tạng ở rốn phổi. Vì ôm lấy rốn phổi nên lá thành cũng có các mặt giống như phổi:

- + Màng phổi lá thành - trung thất: bao phủ các tạng trong trung thất
- + Màng phổi lá thành - sườn: bao phủ mặt trong thành ngực vùng xương sườn và vùng cơ gian sườn
- + Màng phổi lá thành - cơ hoành: bao phủ mặt ngực của cơ hoành
- + Màng phổi lá thành - đỉnh phổi: bao phủ mặt trong thành ngực vùng đỉnh phổi.

- Lá thành cùng với các cơ quan bao quanh phổi tạo nên các túi cùng màng phổi (góc), bao gồm: góc sườn hoành; góc sườn - trung thất trước; góc sườn - trung thất sau; góc hoành - trung thất [8], [9].

Sự cung cấp máu cho màng phổi

Màng phổi được nuôi dưỡng bởi hai hệ thống tuần hoàn

+ Màng phổi thành: máu nuôi từ động mạch hệ thống. Màng phổi sườn do động mạch liên sườn cung cấp, màng phổi trung thất do động mạch màng ngoài tim - cơ hoành cung cấp, màng phổi cơ hoành do động mạch hoành trên cung cấp. Máu được dẫn lưu về tĩnh mạch chủ dưới hoặc tĩnh mạch thân tay đầu.

+ Màng phổi tạng được nuôi dưỡng bởi hệ thống các mao mạch của động mạch phổi: động mạch phế quản chi phối cho màng phổi trung thất, màng phổi liên thùy và màng phổi cơ hoành. Những phần màng phổi còn lại chưa rõ do động mạch hệ thống hay động mạch phổi cung cấp. Máu dẫn lưu về tĩnh mạch phổi và đổ về tim trái [10].

Phân bố thần kinh cho màng phổi

+ Màng phổi thành: các đầu sợi thần kinh cảm giác có trên màng phổi sườn và màng phổi cơ hoành. Thần kinh liên sườn chi phối cho màng phổi sườn và màng phổi phần ngoại vi của cơ hoành, do đó khi kích thích những vùng này sẽ gây đau vùng thành ngực lân cận. Phần màng phổi bao phủ trung tâm của cơ hoành do thần kinh hoành chi phối, nên kích thích màng phổi vùng này sẽ gây đau vai cùng bên.

+ Màng phổi tạng không có đầu thần kinh cảm giác nên nếu có đau ngực kiểu màng phổi là dấu hiệu cho biết quá trình viêm gây kích thích màng phổi lá thành [8], [10]

Hệ thống bạch huyết

Bạch huyết của màng phổi lá thành đổ về các hạch bạch huyết của trung thất dưới qua các hạch trung gian là chuỗi hạch vú trong. Hệ thống bạch huyết của màng phổi lá tạng đổ về các hạch vùng rốn phổi qua các hạch trung gian là các hạch bạch huyết liên sườn [8], [11], [10].

Khoang màng phổi

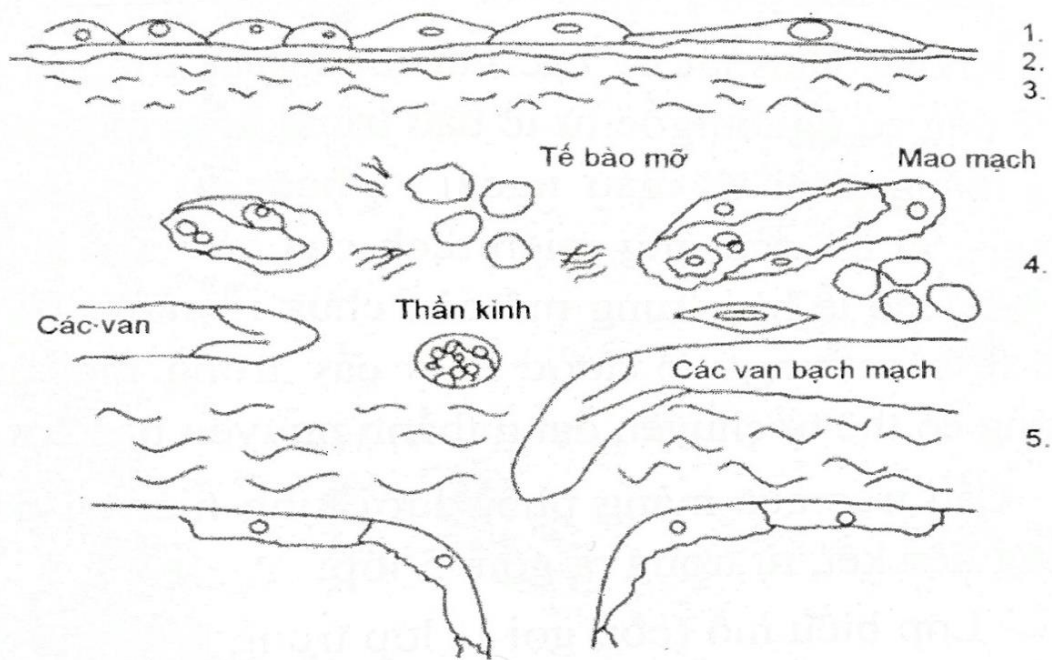
Khoang màng phổi hay khoang phế mạc là một khoang ảo. Hai khoang màng phổi phải và trái được tách riêng biệt bởi trung thất. Trong khoang màng phổi có một lớp dịch mỏng khoảng 10ml để hai lá trượt lên nhau được

dễ dàng trong các động tác hô hấp. Khi màng phổi bị viêm thì mặt áp sát vào nhau của hai lá mất độ nhẵn và cọ lên nhau, trong tình trạng bệnh lý có thể có dịch, mủ, máu ... hoặc hai lá dính vào nhau.

Bình thường khoang màng phổi là một khoang ảo có áp lực âm tính (-8 đến -2cm nước), áp lực này thay đổi theo thì hít vào và thở ra, thay đổi theo các vị trí (thấp nhất ở vùng đỉnh phổi và cao nhất ở vùng đáy phổi). Khi khoang màng phổi mất áp lực âm tính, nhu mô phổi sẽ bị xẹp lại và khi xẹp nhu mô luôn có xu hướng co về phía rốn phổi [8], [11].

1.1.2. Mô học màng phổi

Cấu trúc của màng phổi dưới kính hiển vi quang học là một màng liên kết, từ trong ra gồm 5 lớp:



Hình 1.1. Cấu trúc màng phổi dưới kính hiển vi quang học

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| (1). Lớp biểu mô | (2). Lớp liên kết dưới trung mô |
| (3). Lớp sợi chun nông | (4). Lớp liên kết dưới màng phổi |
| | (5). Lớp sợi chun sâu |

(Nguồn: Light RW, 2008 [11])

- Lớp biểu mô (còn gọi là lớp trung biểu mô, nguồn gốc là trung bì, lớp này gồm các tế bào tựa trên một đáy dày 500-600A°. Ở mặt khoang màng phổi, bào tương các tế bào nhô thành các lông có chiều dài 0,5-3 μ m.

- Lớp liên kết dưới trung mô: là lớp liên kết mỏng chứa các sợi liên võng và sợi chun mảnh, không có tế bào và mạch máu. Trong trường hợp bệnh lý, lớp này bị xâm nhập bởi các mạch máu và dày lên rất nhiều.

- Lớp sợi chun nông: gồm những sợi chun, sợi lưới và các bó tạo keo.

- Lớp liên kết dưới màng phổi: gồm nhiều tế bào, mạch máu, mạch bạch huyết, thần kinh; cấu trúc lỏng lẻo, dễ tách

- Lớp xơ chun sâu: lớp này dày hơn lớp biểu mô, bao phủ phổi và thành ngực. Phía trong tiếp giáp với mô liên kết kém biệt hóa chứa nhiều mạch máu và mô bào.

Ở màng phổi bao phủ những tổ chức lỏng lẻo như trung thất thì có lớp trung biểu mô hình trụ, lớp thứ 2 và 3 dày hơn và lớp thứ 5 gần như hòa vào lớp thứ 4 [10], [11].

1.1.3. Sinh lý học màng phổi

Màng phổi

Màng phổi bình thường dày khoảng 10-20 μ m, đóng vai trò rất quan trọng trong sinh lý hô hấp. Mặt khác màng phổi cũng là nơi trao đổi và vận chuyển dịch và tế bào. Một trong những chức năng mô liên kết của màng phổi là phân bố đều lực cơ học trên bề mặt của phổi, góp phần phân bố áp lực âm tính của khoang màng phổi rồi truyền đến phổi qua các mô kẽ tiêu phế quản phế nang.

- Bình thường áp lực trong khoang màng phổi là âm tính (từ -6 đến -10mmHg) (từ -1mmHg cuối thì thở ra bình thường đến -30mmHg cuối thì hít vào gắng sức). Tuy nhiên, nếu một lý do nào đó làm mất áp lực âm ở khoang màng phổi, nhu mô phổi sẽ bị xẹp lại tùy theo mức độ, trường hợp nặng nhu mô phổi sẽ bị co rúm về phía rốn phổi. Trong khoang màng phổi có một lớp

dịch mỏng 3-5 μ m để hai lá trượt lên nhau một cách dễ dàng. Sự tạo ra và tái hấp thu dịch này bị chi phối bởi áp lực thẩm thấu của lá thành và lá tạng. Sự mất cân bằng của các yếu tố trên do các nguyên nhân khác nhau sẽ dẫn tới sự rối loạn lưu thông của dịch màng phổi gây ra tràn dịch màng phổi. Sự mất cân bằng áp lực thủy tĩnh và áp lực keo gây ra tràn dịch màng phổi dịch thấm; do thay đổi tính thấm của màng phổi trong ung thư gây tràn dịch màng phổi dịch tiết [11].

Thể tích	0,1 – 0,2 ml/kg (khoảng 10 – 20 ml)
Tế bào/mm ³	1000 – 5000
% mesothelial cells	3 – 70%
% monocytes	30 – 75%
% lymphocytes	2 – 30%
% granulocytes	10%
Protein	1 – 2 g/dL
% albumin	50 – 70%
Glucose	\approx glucose huyết tương
LDH	< 50% nồng độ trong huyết tương
pH	\geq huyết tương

Thành phần các chất trong dịch màng phổi ở điều kiện bình thường [11]

Nguồn gốc dịch màng phổi

Dịch màng phổi được hình thành từ các mao mạch màng phổi, khoảng kẽ của phổi, hệ thống bạch mạch trong lồng ngực, các mạch máu trong lồng ngực, hoặc từ khoang màng bụng [11].

* Từ khoảng kẽ của phổi

Phần lớn dịch màng phổi bắt nguồn từ khoảng kẽ để đi vào khoang màng phổi, đặc biệt trong các tình trạng bệnh lý. Tăng áp lực khoảng kẽ, tăng tính thấm của phổi (phù phổi) dẫn đến tăng lượng dịch trong khoang màng phổi.

*Từ các mao mạch màng phổi

Dịch được vận chuyển từ hệ mao mạch màng phổi vào khoang màng phổi và được dẫn lưu bằng hệ mao mạch màng phổi theo định luật Starling, theo phương trình sau:

$$Q_f = L_p \cdot A [(P_{cap} - P_{pl}) - \sigma_d (\pi_{cap} - \pi_{pl})]$$

Q_f : áp lực vận chuyển dịch

π : áp lực keo

L_p : hệ số lọc, $L_p=1$

Cap : mao mạch

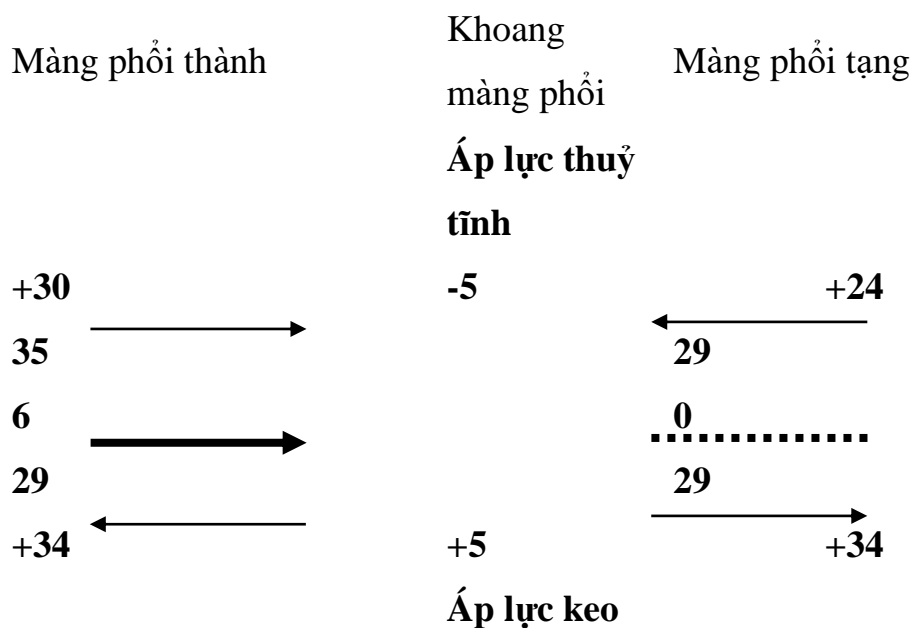
A : diện tích màng phổi

Pl : khoang màng phổi

P : áp lực thủy tĩnh

σ : hệ số qua màng của protein

Ước tính độ lớn của áp lực đối với sự vận chuyển dịch từ các mao mạch vào khoang màng phổi ở người được chỉ trong hình 1.2. Do đó, chênh lệch áp lực sẽ là $35 - 29 = 6 \text{ cmH}_2\text{O}$, dịch sẽ có hướng vận chuyển từ các mao mạch ở màng phổi thành vào khoang màng phổi.



Hình 1.2. Mô phỏng các áp lực ảnh hưởng tới sự vận chuyển dịch vào và ra khỏi khoang màng phổi

(Nguồn: Đỗ Quyết 2013 [11])

Ước tính hệ số áp lực qua màng của lá thành = $30 - (-5) - (34 - 5) = 6$

Ước tính hệ số áp lực qua màng của lá tạng = $24 - (-5) - (34 - 5) = 0$

Chênh áp lực qua màng ước tính khoảng 6 cmH₂O

* Từ chấn thương mạch máu hoặc ống ngực

Nếu ống ngực bị vỡ sẽ gây ra tràn dịch dưỡng chấp màng phổi. Tương tự như vậy, khi một mạch máu lớn trong lồng ngực bị vỡ do chấn thương hoặc bệnh lý sẽ gây ra tràn máu màng phổi.

* Từ khoang bụng

Tràn dịch màng phổi có thể xảy ra nếu có dịch tự do trong ổ bụng và nếu có các lỗ ở trên cơ hoành. Dưới những tình trạng này, dịch sẽ di chuyển từ khoang màng bụng vào khoang màng phổi bởi vì áp lực trong khoang màng phổi là thấp hơn áp lực trong khoang màng bụng [11], [12].

Sự hấp thu dịch màng phổi

Dịch màng phổi sau khi được hình thành đi vào khoang màng phổi được dẫn lưu theo hai con đường dưới đây:

❖ *Hấp thu qua hệ thống mao mạch lá tạng màng phổi*

❖ *Hấp thu qua hệ bạch mạch lá thành màng phổi*

Dịch màng phổi được hấp thu chủ yếu qua bạch mạch lá thành màng phổi. Khoang màng phổi được thông với các mạch bạch huyết ở màng phổi thành bởi các lỗ ở trên lá màng phổi thành. Ở màng phổi tạng thì không có các lỗ này. Các protein, tế bào và tất cả các hạt vật chất khác là được di chuyển khỏi khoang màng phổi bởi các bạch mạch trên màng phổi thành [11], [13].

1.1.4. Sinh lý bệnh của tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi xuất hiện khi dịch màng phổi hình thành vượt quá lượng dịch được hấp thu. Bình thường, một lượng nhỏ (0,01 ml/kg/h) của dịch luôn luôn vào khoang màng phổi từ các mao mạch trong màng phổi thành. Hầu hết tất cả dịch này được tái hấp thu bởi hệ lympho ở màng phổi thành, có khả

năng hấp thu ít nhất 0,2 ml/kg/h. Trong tình trạng bệnh lý, dịch màng phổi sẽ tăng lên do các nguyên nhân sau:

+ Do tăng dịch tổ chức kẽ: đại đa số các nguyên nhân làm dịch màng phổi nhiều lên xuất phát từ tăng số lượng dịch tổ chức kẽ của phổi. Người ta thấy rằng bất kỳ khi nào số lượng dịch ứ phù ở phổi >5g trọng lượng khô của phổi thì dịch sẽ được tích tụ lại trong khoang màng phổi cho dù dịch đó có lượng Protein cao hay thấp. Đây là cơ chế chính của tràn dịch màng phổi ở các người bệnh có suy tim xung huyết, do ảnh hưởng viêm phổi, trong ghép phổi và hội chứng suy hô hấp tiến triển ở người lớn (ARDS - Adult respiratory distress syndrome).

+ Do tăng áp lực thủy tĩnh: nếu có tăng sự chênh lệch giữa áp lực trong lòng mạch và áp lực trong khoang màng phổi thì sẽ dẫn đến tăng tốc độ hình thành dịch trong khoang màng phổi thông qua luật Starling (Starling equation). Nguyên nhân của tăng áp lực khoang màng phổi có thể kể đến suy tim phải, suy tim trái, tràn dịch màng ngoài tim, hội chứng tắc tĩnh mạch chủ trên. Còn các nguyên nhân gây giảm áp lực khoang màng phổi phải kể đến như tắc nghẽn phế quản dẫn đến xẹp phổi thùy dưới hoặc toàn bộ một bên phổi. Ngoài ra giảm áp lực khoang màng phổi cũng có thể xảy ra khi lá tạng màng phổi bị vỏ collagen bao bọc và do đó phổi bị bẫy lại. Trong những trường hợp như vậy áp lực trong khoang màng phổi có thể trở nên rất âm tính (<- 50cmH₂O). Giảm áp lực trong khoang màng phổi cũng có thể dẫn đến hiện tượng tích tụ dịch màng phổi trong các bệnh mà khả năng đàn hồi của phổi tăng.

+ Do giảm áp lực thẩm thấu: hiện tượng giảm chênh lệch áp lực thẩm thấu cũng có thể dẫn đến tăng sự hình thành dịch màng phổi thông qua luật Starling. ta biết rằng nồng độ Protein quyết định áp lực thẩm thấu. Ví dụ, nếu mức protein trong huyết thanh và dịch màng phổi được xác nhận và có sự chênh lệch về áp lực giữa lá thành 35cmH₂O và lá tạng là 29cmH₂O (thay vì bình thường sự chênh lệch này là 6 và 0cmH₂O) thì sẽ tạo điều kiện dễ dàng

cho sự hình thành dịch trong khoang màng phổi. Lượng Protein của dịch màng phổi tăng xảy ra đồng thời với phù phổi do tăng tính thấm của mao mạch phổi. Mặc dù vậy, cơ chế này cũng không quan trọng quá mức do trong thực nghiệm khi gây tràn dịch màng phổi ở cừu với lượng Protein 9,0g/dL thì tốc độ hình thành dịch trong khoang màng phổi cũng chỉ đạt 0,22ml/kg/24h. Tuy nhiên giảm Protein máu là một nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi hiếm gặp.

+ Do giảm tái hấp thu dịch màng phổi: là một nguyên nhân hay gặp nhất của tràn dịch màng phổi do giảm tái hấp thu dịch màng phổi do tắc hệ thống dẫn lưu bạch mạch của khoang màng phổi. Bình thường dòng bạch huyết đi ra khỏi khoang màng phổi với tốc độ khoảng 0,01ml/kg/h hoặc 15ml/ngày, nhưng khả năng dẫn lưu của hệ thống bạch huyết màng phổi có thể đạt đến 0,20ml/kg/h hoặc 300ml/ngày. Ở những trường hợp tràn dịch màng phổi trong các bệnh ác tính đại đa số đều do bị tắc nghẽn hệ thống dẫn lưu này. Khi nghiên cứu dòng bạch huyết ở 8 người bệnh bị carcinoma phổi và 6 người bệnh ung thư vú, Leckie và Tothill đã nhận thấy rằng dòng bạch mạch dẫn lưu trung bình chỉ đạt tới 0,08ml/kg/h [13].

+ Do tăng áp lực hệ thống tĩnh mạch: tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm sẽ dẫn đến giảm dòng bạch mạch đổ vào hệ thống tuần hoàn tĩnh mạch. Allen và CS đã nhận thấy rằng tràn dịch màng phổi sẽ xuất hiện khi áp lực của tĩnh mạch chủ trên vượt quá 15 mmHg. Số lượng dịch màng phổi tăng theo hàm số mũ khi áp lực này tăng. Một lượng dịch 500ml sẽ xuất hiện trong khoang màng phổi khi áp lực tĩnh mạch trung tâm đạt được từ 27 – 28mmHg.

+ Do sự hiện diện của dịch ổ bụng hoặc có hiện tượng tắc nghẽn ống ngực hoặc do tắc nghẽn các mạch máu trong khoang màng ngực: trong trường hợp nếu có dịch màng bụng tự do sẽ dẫn đến tràn dịch màng phổi ở những người bệnh có những lỗ ở cơ hoành. Dịch dưỡng chấp sẽ xuất hiện trong khoang màng phổi do ống ngực bị tắc và tương tự như vậy máu cũng sẽ xuất hiện trong khoang màng phổi nếu các mạch máu trong khoang ngực bị bít tắc.

+ Do tắc nghẽn hệ thống Aquaporin: các Aquaporin cùng họ với các Protein vận chuyển nước qua màng tế bào, ở phổi có ít nhất 4 loại Aquaporin. Cho đến nay người ta chưa biết rõ liệu rằng những bất thường của hệ thống Aquaporin có ảnh hưởng gì đến sự vận chuyển dịch vào và ra khỏi khoang màng phổi hay không. Vấn đề này hiện nay vẫn đang được nghiên cứu [11], [12], [13].

1.2. Các phương pháp chẩn đoán tràn dịch màng phổi

1.2.1. Lâm sàng

Cần hỏi và khai thác kỹ tiền sử bệnh, chú ý tiền sử tiếp xúc với nguồn lây lao, tiền sử nghề nghiệp có tiếp xúc với amian là một nguyên nhân thường gặp trong tràn dịch màng phổi trong bệnh u trung biểu mô ác tính màng phổi, bệnh sử của một tình trạng nhiễm trùng v.v...

Triệu chứng toàn thân của tràn dịch màng phổi thường gặp gồm : sốt nhẹ hoặc sốt cao; cơ thể mệt mỏi, chán ăn;... Các triệu chứng của tràn dịch màng phổi biểu hiện phụ thuộc vào mức độ của bệnh, những triệu chứng này nhìn chung không đặc hiệu, có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau của phổi.

Triệu chứng cơ năng của tràn dịch màng phổi thường gặp gồm : ho thường là ho khan từng cơn, ho xuất hiện hay tăng lên khi thay đổi tư thế; đau ngực tăng lên trong cơn ho; khó thở nhẹ đến nặng, thở nhanh và nông thường liên quan đến lượng dịch màng phổi.

Triệu chứng thực thể kinh điển là hội chứng 3 giảm : rì rào phế nang giảm, gõ đục, rung thanh giảm ở vùng tràn dịch

Theo Vũ Khắc Đại (2016) nghiên cứu trên 130 người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán, các triệu chứng lâm sàng thường gặp: hội chứng ba giảm: 100%, khó thở: 94,6%, đau ngực: 72,3%, ho khan: 71,5% [14].

1.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

1.2.2.1. Xquang ngực thường quy

Trên phim chụp phổi thẳng nghiêng kết hợp với chiếu phổi trên màn huỳnh quang, hình ảnh của tràn dịch màng phổi là vùng có hình mờ đồng

nhất. Tràn dịch màng phổi có thể từ mức ít chỉ làm mờ góc sườn hoành cho đến tràn dịch mức độ nhiều đầy một bên phổi gây hội chứng tối mờ nửa lồng ngực. Hình tràn dịch màng phổi trên phim chụp trong tư thế người bệnh nằm nghiêng về bên bệnh (decubitus) có độ nhạy cao hơn, phát hiện được lượng dịch dưới 100 ml trong khoang màng phổi khi lượng dịch trải ra trên phần thấp của màng phổi.

Tràn dịch màng phổi số lượng ít: dịch đọng ở góc sườn hoành sau. Góc này bị mờ tù, hình mờ và mất góc sườn hoành thấy rõ hơn trên phim nghiêng. Trên phim thẳng thấy hình ảnh đáy phổi bị đẩy cao và không thấy bóng các mạch máu vùng đáy phổi chạy ngang qua vòm hoành [15], [16].

Tràn dịch màng phổi mức trung bình: hình mờ đậm đều ở 1/2 hoặc 2/3 dưới phế trường, giới hạn của vùng mờ lõm lên trên và vào trong, bờ ngoài của hình mờ cao lên phía hố nách tạo đường cong Damoiseau. Trên phim nghiêng không thấy hình vòm hoành, hình mờ đều nửa dưới lồng ngực, đường cong lõm hướng lên trên.

Tràn dịch màng phổi nhiều: mờ đều toàn bộ nửa lồng ngực từ cơ hoành lên đến đỉnh phổi trên phim phổi thẳng.

Tràn dịch màng phổi do lao thường gặp mức trung bình và ít. Hiếm gặp hội chứng tối mờ lồng ngực trên Xquang ở người bệnh lao màng phổi. Có thể thấy các dấu hiệu gián tiếp như khoang liên sườn giãn rộng, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, các tổn thương kèm theo như hình dày màng phổi, vôi hoá màng phổi, hạch vôi hoá [15], [17]. Kỹ thuật Xquang ngực thường quy thường đã đủ để xác định có dịch trong khoang màng phổi, tuy nhiên khó có thể mô tả hết các tổn thương nhu mô phổi kèm theo.

1.2.2.2. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính (CT) ngực cho phép đánh giá tổng quát về tình trạng tổn thương màng phổi, vị trí, mức độ dày màng phổi, hình ảnh vôi hoá lá tạng màng phổi nếu có. Các tổn thương khu trú như dày màng phổi, tràn

dịch màng phổi khu trú, vách hoá màng phổi cũng được thể hiện trên CT ngực. Hơn nữa, CT lồng ngực giúp phát hiện được thêm các tổn thương kín đáo của nhu mô phổi mà không xác định được trên phim phổi thường quy. Ngoài ra, CT ngực còn được sử dụng như một công cụ dẫn đường để dẫn lưu dịch màng phổi trong các trường hợp khó [18].

Kim, Lee và CS (2006) nghiên cứu trên 106 người bệnh tràn dịch màng phổi do lao, trên phim CT thấy có khoảng 80% có tổn thương thâm nhiễm dưới màng phổi, CT ngực phát hiện thêm 20 trường hợp không thấy bất thường trên phim phổi chuẩn, tỷ lệ có tổn thương nhu mô trên CT ngực là 86% [19].

1.2.2.3. Siêu âm màng phổi

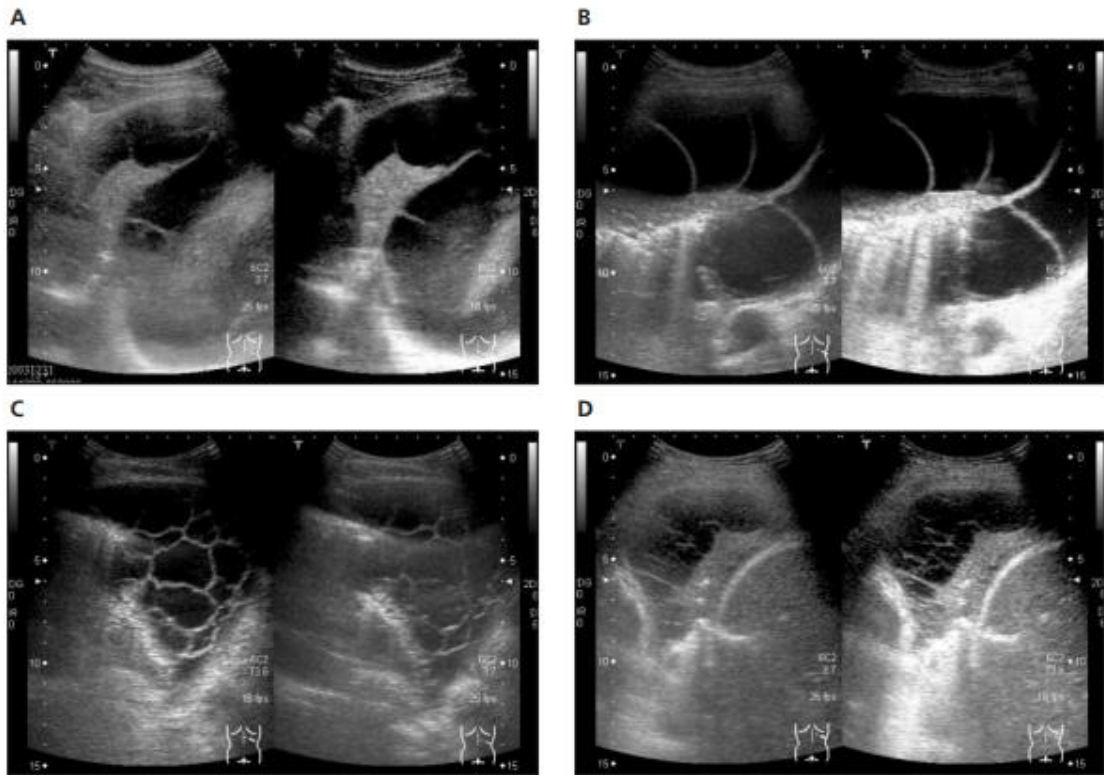
Siêu âm màng phổi là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nhằm mục đích phát hiện và đánh giá tính chất dịch màng phổi, ước lượng số lượng dịch... Trên siêu âm, tràn dịch màng phổi tự do thể hiện bằng một khoảng trống âm giữa lá thành và lá tạng màng phổi. Siêu âm chính xác hơn Xquang ngực trong việc đánh giá mức độ tràn dịch màng phổi và giúp xác định vị trí chọc dịch màng phổi.

Thăm dò siêu âm còn giúp phát hiện các tổn thương khác như vách ngăn trong ổ dịch màng phổi, vôi màng phổi, đánh giá được mức độ dày dính và vách hoá của màng phổi, đo độ dày màng phổi để phân biệt u đặc với túi dịch ở thành ngực, để định khu ổ dịch một cách chính xác, đánh giá các tổn thương khác như tổn thương dạng khối hay nốt thuộc màng phổi v.v...

Siêu âm có thể phát hiện được lượng dịch từ 5-50ml trong khoang màng phổi với Se = 100%. Trong khi chụp Xquang chỉ phát hiện được trong khoang màng phổi có dịch khi dịch màng phổi hơn 100ml, siêu âm có lợi là rẻ, dễ sử dụng, cơ động dễ dàng [20].

Siêu âm còn đóng vai trò quan trọng hướng tới chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, trong những trường hợp ổ dịch có kèm theo dày

màng phổi, mảng fibrin, vách ngăn... thường là tràn dịch màng phổi do lao [21], [20].



Hình 1.3. Hình ảnh tràn dịch màng phổi do lao trên siêu âm có vách ngăn hay sợi fibrin ở các mức độ khác nhau

(Nguồn *J Ultrasound Med* 2006; 25:857–863[20])

- A: Một số sợi fibrin trong ổ dịch B: Các vách ngăn rõ ràng hơn
C: Kiểu vách ngăn phức tạp điển hình. D: Ổ dịch vách hóa, dày màng phổi

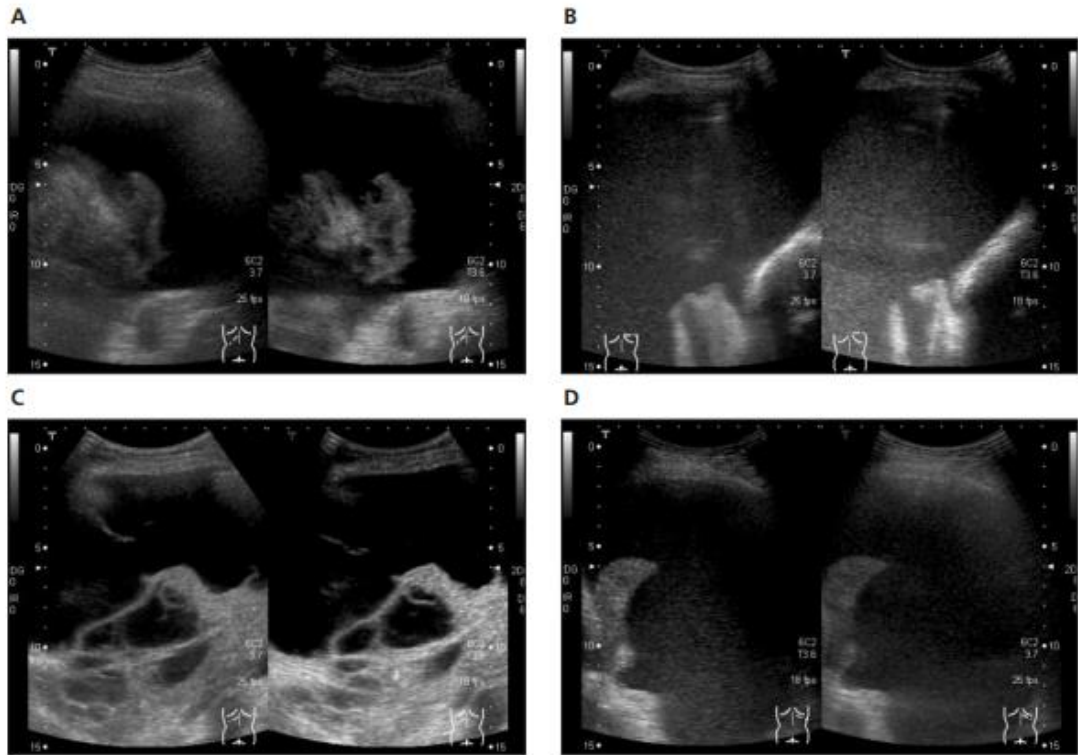
Dựa vào các đặc điểm trên hình ảnh siêu âm màng phổi, tràn dịch màng phổi dịch tiết được chia thành 4 nhóm [22], [23]:

- Trống âm đồng đều nhất: chỉ có khoảng trống siêu âm giữa lá thành và lá tạng màng phổi (Hình 1.3 A).

- Tăng âm đồng nhất: có các điểm tăng âm phân bố đều trong dịch màng phổi (Hình 1.3 B).

- Vách hóa khoang màng phổi: : có các dải tăng âm trôi nổi trong khoang màng phổi, liên kết với nhau thành mạng lưới phức tạp hoặc không (Hình 1.3 C).

- Trần dịch màng phổi phức tạp không có vách ngăn: hình ảnh siêu âm phức tạp nhưng không có bằng chứng của các sợi fibrin hoặc hình thành vách trong khoang màng phổi (Hình 1.3 D).



Hình 1.4. Hình ảnh tràn dịch màng phổi trên siêu âm

(Nguồn J Ultrasound Med 2006; 25:857–863 [18])

A: Dạng trong âm.

B: Dạng tăng âm đồng nhất.

C: TDMP phức tạp vách hóa.

D: TDMP phức tạp không có vách

1.2.3. Chọc hút và xét nghiệm dịch màng phổi

Chọc hút lấy dịch màng phổi để xét nghiệm là một trong những kỹ thuật quan trọng để chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi.

1.2.3.1. Đặc điểm đặc trưng của dịch màng phổi

Sau khi chọc hút dịch màng phổi, chú ý quan sát màu sắc và mùi của dịch màng phổi. Mùi thối khó chịu của nhiễm trùng do vi khuẩn kỵ khí có thể hướng dẫn lựa chọn kháng sinh. Màu sắc của dịch có thể là vàng chanh, hồng

nhạt, màu đỏ máu, hoặc mũ. Nếu dịch màng phổi có màu đục hoặc trắng đục (như sữa) thì nên được ly tâm. Nếu phần dịch nổi trên bề mặt trong, dịch đục này có thể là do các mảnh vụn tế bào và mũ màng phổi. Nếu như phần dịch nổi lên trên vẫn còn đục, điều này là do chứa lượng lipid cao và có thể là tràn dịch dưỡng chấp màng phổi hoặc dạng dưỡng chấp.

Bảng 1.1. Đặc điểm của dịch màng phổi

Dịch	Bệnh nghi ngờ
Mùi thối	Mủ màng phổi do vi khuẩn kỵ khí
Các mảnh vụn thức ăn	Dò thực quản
Màu mật	Tràn dịch dưỡng chấp (rò mật)
Màu trắng đục (màu trắng sữa)	Tràn dịch dưỡng chấp/ dạng dưỡng chấp
Như màu nâu đen	Vỡ áp xe gan do amip

Nếu như dịch màng phổi có màu đỏ máu, thì cần xét nghiệm haematocrit nếu nghi ngờ là tràn máu màng phổi. Nếu chỉ số haematocrit của dịch màng phổi là cao hơn một phần hai so với haematocrit của máu ngoại vi người bệnh, thì chẩn đoán tràn máu màng phổi. Nếu haematocrit trong dịch màng phổi ít hơn 1%, thì máu trong dịch màng phổi là không có ý nghĩa chẩn đoán tràn máu màng phổi.

Dịch màng phổi màu đỏ thường là do nguyên nhân ác tính, tắc mạch phổi do nhồi máu, chấn thương, tràn dịch màng phổi do amiang hoặc hội chứng sau tổn thương cơ tim (PCIS) [24].

1.2.3.2. Sự khác nhau giữa tràn dịch màng phổi dịch tiết và dịch thấm

Cách kinh điển để phân biệt dịch tiết và dịch thấm là dựa vào protein dịch màng phổi, với dịch tiết có nồng độ protein > 30 g/l và dịch thấm nồng độ protein < 30 g/l. Cách phân chia kinh điển này không chính xác khi protein huyết tương không bình thường hoặc khi protein dịch màng phổi là 30 g/l. Trong những trường hợp này, xác định nồng độ LDH của huyết tương và dịch màng phổi và protein toàn phần sẽ cho phép sử dụng tiêu chuẩn của Light để phân biệt giữa dịch tiết và dịch thấm chính xác hơn.

Tiêu chuẩn của Light: Dịch màng phổi là dịch tiết nếu như có một hoặc nhiều hơn các tiêu chuẩn sau:

- Protein dịch màng phổi/ Protein huyết thanh > 0,5
 - LDH dịch màng phổi/ huyết thanh > 0,6
 - LDH dịch màng phổi > 2/3 giới hạn trên LDH huyết thanh bình thường
- Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi [24], [25], [26].

Bảng 1.2. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch thấm

Các nguyên nhân thường gặp	Suy tim trái
	Xơ gan
Các nguyên nhân ít gặp	Giảm albumin máu
	Thấm tách màng bụng
	Hội chứng thận hư
	Suy giáp
	Hẹp van hai lá
Các nguyên nhân hiếm gặp	Viêm màng ngoài tim co thắt
	Urinothorax
	Hội chứng Meigs

Bảng 1.3. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết

Các nguyên nhân thường gặp	Ác tính
	Tràn dịch cận viêm phổi
	Lao
Các nguyên nhân ít gặp	Tắc mạch phổi
	Viêm khớp dạng thấp và các viêm màng phổi tự miễn khác
	Tràn dịch amiang lành tính
	Viêm tụy
	Sau nhồi máu cơ tim
	Sau ghép bắc cầu động mạch vành
Các nguyên nhân hiếm gặp	Hội chứng móng tay vàng và các rối loạn hệ bạch mạch khác như viêm cơ trơn bạch mạch
	Các thuốc
	Các nhiễm trùng nấm

1.2.3.3. Phân tích các tế bào khác nhau trong dịch màng phổi

Khi số lượng tế bào bạch cầu hạt chiếm ưu thế, chứng tỏ có tình trạng bệnh lý cấp tính tác động lên bề mặt màng phổi. Nếu như có tổn thương nhu mô đi kèm, hầu hết được chẩn đoán là tràn dịch do viêm phổi hoặc nhồi máu phổi. Nếu như không có tổn thương nhu mô, các chẩn đoán thường gặp hơn là tắc mạch phổi, nhiễm trùng vi rút, lao, hoặc tràn dịch amiang.

Tràn dịch màng phổi tăng bạch cầu ái toan được định nghĩa là có trên 10% bạch cầu ái toan trong dịch màng phổi. Sự xuất hiện bạch cầu ái toan trong dịch màng phổi có vai trò trong chẩn đoán phân biệt các tràn dịch màng phổi. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi tăng bạch cầu ái toan bao gồm: các loại tràn dịch ác tính (ung thư phổi, màng phổi), tuy nhiên cũng có thể thấy bạch cầu ái toan tăng trong dịch màng phổi trong các nguyên nhân lành tính như: tràn dịch do viêm phổi, lao, thuốc gây viêm màng phổi, tràn dịch màng phổi amiang, hội chứng Churg-Strauss, nhồi máu phổi, bệnh ký sinh trùng; có thể là kết quả của tràn khí hoặc tràn máu trong khoang màng phổi.

Nếu trong dịch màng phổi có số lượng tế bào lympho chiếm ưu thế (>50% tế bào là lympho), hầu hết các chẩn đoán là lao và ung thư. Suy tim cũng là một nguyên nhân phổ biến gây tràn dịch lympho. Tỷ lệ tế bào lympho rất cao (>80%) thường gặp nhất trong lao, u lympho, viêm màng phổi dạng thấp mạn tính, sarcoidosis và sau ghép bắc cầu động mạch vành [24].

1.2.3.4. Độ pH dịch màng phổi

Dịch màng phổi có tính acid ($\text{pH} < 7,30$) xảy ra trong tràn dịch ác tính, nhiễm trùng màng phổi biến chứng, các bệnh mô liên kết (đặc biệt viêm khớp dạng thấp), tràn dịch màng phổi do lao và nhất là có dò thực quản, trong trường hợp riêng biệt, nó không phân biệt được giữa các nguyên nhân trên.

Trong những trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính có pH thấp có liên quan với thời gian sống ngắn hơn, bệnh lan rộng hơn và cơ hội gây dính màng phổi thành công thấp hơn [24],[26], [27].

1.2.3.5. Glucose

Glucose khuếch tán tự do qua bề mặt màng phổi và nồng độ glucose trong dịch màng phổi là tương đương với trong máu.

Mức glucose trong dịch màng phổi thấp ($<3,4\text{mmol/l}$) có thể được phát hiện trong các tràn dịch màng phổi do viêm phổi biến chứng, mũ màng phổi, viêm khớp dạng thấp và các tràn dịch màng phổi liên quan với lao, ung thư và dò thực quản [24].

1.2.3.6. Amylase

Định lượng amylase dịch màng phổi hoặc các isoenzyme của nó không được khuyến cáo thường xuyên. Tuy nhiên, nó có thể hữu ích trong những trường hợp nghi ngờ dò thực quản hoặc tràn dịch liên quan với các bệnh của tụy: viêm tụy cấp, u nang giả tụy. Mức amylase dịch màng phổi là cao nếu chúng cao hơn mức giới hạn dưới của nồng độ amylase bình thường trong huyết thanh hoặc tỉ lệ dịch màng phổi/huyết thanh $> 1,0$ [24].

1.2.3.7. Tế bào học

Nếu nghi ngờ bệnh ác tính, xét nghiệm tế bào học của dịch màng phổi là phương pháp nhanh để có được chẩn đoán. Không cần thiết phải làm nhiều lần, mà quan trọng nhất là lần đầu tiên khi chọc dịch màng phổi. Giá trị chẩn đoán cho bệnh ác tính phụ thuộc vào việc chuẩn bị mẫu, kinh nghiệm của nhà tế bào học và loại khối u. Tỷ lệ chẩn đoán cao đối với ung thư biểu mô tuyến hơn là đối với u trung biểu mô, ung thư biểu mô tế bào vảy, u lympho và sarcoma. Với kỹ thuật khối tế bào (Cell-block) có thể thu được nhiều tế bào hơn trên một tiêu bản và có thể cắt được nhiều tiêu bản tương tự nhau để thực hiện cùng lúc nhiều kỹ thuật nhuộm khác nhau hoặc cùng lúc có thể nhuộm nhiều loại dấu

ấn hóa mô miễn dịch khác nhau. Do vậy, cho phép chẩn đoán chính xác hơn, với giá trị chẩn đoán cao hơn so với kỹ thuật tế bào phết lam.

Một bệnh ác tính được chẩn đoán xác định dựa vào hình thái học tế bào, còn hóa mô miễn dịch nên được sử dụng để phân biệt giữa các loại tế bào ác tính khác nhau. Điều này có thể được thực hiện trên mẫu tế bào, khối hoặc cục tế bào [24], [28].

1.2.3.8. Các dấu ấn ung thư (tumor markers)

Danh sách các dấu ấn ung thư để chẩn đoán bệnh ung thư trong dịch màng phổi bao gồm Carcinoembryonic antigen (CEA), carbohydrate antigens 15-3, 19-9 and 72-4 (CA 15-3, CA 19-9 and CA 72-4), cytokeratin 19 fragments (CYFRA 21-1), neuron-specific enolase (NSE) and squamous cell carcinoma antigen (SCC). Độ nhạy của các xét nghiệm CEA, CA, CYFRA 21 chỉ đạt 54%, vì vậy ít sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị. Các xét nghiệm NSE, SCC có độ nhạy cao hơn trong ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi tế bào vảy, tương ứng. Khi kết hợp CEA + CA 15-3 + CYFRA + NSE: cho thấy độ nhạy đạt 94,4% và độ đặc hiệu 95%.

Tuy nhiên, mesothelin là một dấu ấn ung thư dạng glycoprotein đã cho thấy có nhiều triển vọng hơn trong chẩn đoán. Mesothelin ở người bệnh u trung biểu mô ác tính có nồng độ trung bình trong máu và dịch màng phổi cao hơn so với người bệnh tràn dịch màng phổi do nguyên nhân khác [29]. Các nghiên cứu chứng minh mức mesothelin trong huyết thanh và/hoặc dịch màng phổi có độ nhạy 48-84% và độ đặc hiệu 70-100% cho chẩn đoán u trung biểu mô [30].

1.2.3.9. Các xét nghiệm đặc biệt khác

Một số nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi có những xét nghiệm có giá trị để xác định nguyên nhân đó

* *Lao màng phổi*

Viêm màng phổi do lao là một phản ứng quá mẫn type IV đối với protein vi khuẩn lao và lượng vi khuẩn lao trong dịch màng phổi thường là thấp. Vì vậy soi dịch màng phổi tìm AFB có độ nhạy < 5%, và nuôi cấy dịch màng phổi có độ nhạy 10-20%. Sinh thiết màng phổi qua nội soi đã cho thấy có độ nhạy > 70% cho nuôi cấy mảnh sinh thiết màng phổi. Độ nhạy chẩn đoán của kết hợp nuôi cấy và mô bệnh học của sinh thiết tổ chức u hạt màng phổi đạt 100% [31].

Các marker của lao màng phổi:

Adenosine deaminase(ADA) là một enzyme xuất hiện trong các tế bào lympho, và nồng độ của nó tăng đáng kể trong hầu hết các trường hợp tràn dịch màng phổi do lao. ADA là một xét nghiệm phổ biến và rẻ tiền để chẩn đoán bệnh lao màng phổi, đặc biệt là ở những vùng có tỷ lệ mắc bệnh lao cao. Một nghiên cứu đã chứng minh rằng nồng độ ADA ở người bệnh lao tràn dịch màng phổi cao gấp 5 lần so với người bệnh tràn dịch màng phổi không do lao. Một nghiên cứu phân tích của Xiaomei Zhang và cộng sự (2022) sử dụng ADA để chẩn đoán có độ nhạy là 65%, độ đặc hiệu là 90%. Một nghiên cứu khác của Kim, H. W. và cộng sự (2022) tại Hàn Quốc sử dụng ADA để chẩn đoán, với điểm cắt là 40 U/L có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 61%, nếu điểm cắt tăng lên là 70 U/L sẽ có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 93% và 93%. Điểm cắt giá trị ADA ở khoảng 30 U/L, nếu chọn điểm cắt thấp thì độ nhạy cao hơn nhưng độ đặc hiệu giảm đi [31], [32], [33], [34].

Interferon_gamma (IFN γ): được tiết ra bởi tế bào lympho T và tế bào diệt tự nhiên, nó có vai trò rất lớn trong đáp ứng miễn dịch tế bào. IFN γ được nghiên cứu nhiều trong chẩn đoán bệnh lao. IFN γ tăng lên trong máu, dịch của bệnh nhân lao và giảm đi khi điều trị lao.

IFN γ đang được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi để chẩn đoán lao màng phổi. Độ nhạy và độ đặc hiệu của IFN γ này rất cao khoảng từ 98%. Do vậy IFN γ

đang dần trở thành tiêu chuẩn chẩn đoán chính thức của nhiều nghiên cứu trên thế giới với mức IFN γ /dịch màng phổi đạt từ 140 pg/ml [31], [33].

***Các bệnh mô liên kết**

Viêm khớp dạng thấp và lupus ban đỏ hệ thống là những bệnh hệ thống phổ biến nhất liên quan tới màng phổi. Những trường hợp tràn dịch màng phổi xảy ra ở bệnh hệ thống này là do viêm màng phổi tự miễn nguyên phát hoặc thứ phát với các biểu hiện tại thận, tim, thuyên tắc mạch hoặc do sử dụng thuốc trong điều trị bệnh tự miễn.

*** Viêm khớp dạng thấp kết hợp với tràn dịch màng phổi**

Định lượng C4 bổ thể trong dịch màng phổi có thể giúp hướng tới, với mức < 0,04 g/l trong tất cả các trường hợp bệnh màng phổi dạng thấp. Các yếu tố dạng thấp có thể định lượng trong dịch màng phổi và thường có mức > 1:320.

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE)

Không có xét nghiệm nào khẳng định chắc chắn phân biệt viêm màng phổi do SLE với các nguyên nhân khác gây tràn dịch màng phổi dịch tiết. Không có điểm đặc trưng về sinh hóa học nào là đặc biệt. Kháng thể kháng nhân (ANA) cao trong dịch màng phổi và tỷ lệ ANA dịch màng phổi/huyết thanh tăng cao là gợi ý tới viêm màng phổi SLE, nhưng sự tăng cao này cũng đôi khi gặp trong các tràn dịch ác tính [35].

*** Tràn dịch dưỡng chấp màng phổi và tràn dịch giả dưỡng chấp màng phổi**

Nếu tràn dịch xuất hiện màu trắng đục, thì phải cân nhắc tới tràn dịch dưỡng chấp màng phổi và tràn dịch giả dưỡng chấp màng phổi. Đôi khi, viêm mũ màng phổi có dịch đục là dễ nhầm với dưỡng chấp. Chúng có thể được phân biệt bằng cách cho ly tâm mẫu dịch, trong trường hợp viêm mũ màng phổi thì cho thấy lớp dịch trong phía trên trong khi đó dịch dưỡng chấp vẫn còn màu trắng đục. Cũng nên lưu ý rằng, ở những người bệnh đói ăn, dưỡng chấp có thể không xuất hiện màu trắng đục.

Tràn dịch dưỡng chấp thật sự là do vỡ ống ngực hoặc các nhánh của nó dẫn đến xuất hiện dưỡng chấp trong khoang màng phổi.

Chấn thương, đặc biệt sau phẫu thuật ngực, có thể là nguyên nhân chiếm khoảng 50%, với các nguyên nhân nội khoa bao gồm ung thư (đặc biệt u lympho), lao và dị tật hệ bạch huyết chiếm hầu hết nửa phần còn lại.

Không giống như các tràn dịch màng phổi dịch tiết khác, chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch dưỡng chấp màng phổi thường không thể xác định được bằng nội soi lồng ngực hoặc sinh thiết màng phổi. Trong những trường hợp không phẫu thuật, chụp CT scan lồng ngực để loại trừ bệnh lý trung thất (đặc biệt u lympho) là bắt buộc. Vị trí lỗ dò có thể xác định bằng chụp Xquang bạch mạch.

Bảng 1.4. Các nguyên nhân của tràn dịch dưỡng chấp và giả dưỡng chấp màng phổi

Tràn dịch dưỡng chấp màng phổi
1. Chấn thương: phẫu thuật lồng ngực (đặc biệt nếu liên quan trung thất, ví dụ cắt thực quản), tổn thương lồng ngực
2. Ung thư: u lympho hoặc ung thư biểu mô di căn
3. Hỗn hợp: các rối loạn của hệ bạch huyết (bao gồm bệnh u cơ trơn bạch mạch), lao, xơ gan, tắc nghẽn của các tĩnh mạch trung tâm, cổ chướng dưỡng chấp
4. Nguyên phát (khoảng 10%)
Tràn dịch giả dưỡng chấp màng phổi
1. Lao
2. Viêm khớp dạng thấp

Tràn dịch dưỡng chấp và giả dưỡng chấp màng phổi có thể được phân biệt bằng phân tích lipid của dịch với sự có mặt các vi thể dưỡng chấp trong một tràn dịch dưỡng chấp màng phổi thực sự, trong khi tràn dịch giả dưỡng chấp chỉ có các tinh thể cholesterol.

Bảng 1.5. Giá trị lipid dịch màng phổi trong tràn dịch dưỡng chấp và giả dưỡng chấp màng phổi

Giá trị	Tràn dịch giả dưỡng chấp	Tràn dịch dưỡng chấp
Triglycerides		> 1,24 mmol/l (110mg/dl)
Cholesterol	>5,18m mol/l (200mg/dl)	Thường thấp
Tinh thể cholesterol	Thường có mặt	Không có mặt
Vi hạt dưỡng chấp	Không có mặt	Thường xuất hiện

Một tràn dịch dưỡng chấp màng phổi thật sự sẽ thường có mức triglyceride cao, thường > 1,24 mmol/l (110 mg/dl) và thường có thể loại trừ nếu mức triglyceride là < 0,56 mmol/l (50 mg/dl). Trong tràn dịch giả dưỡng chấp màng phổi thì mức cholesterol > 5,18 mmol/l (200 mg/dl) hoặc sự có mặt của các tinh thể cholesterol là xác định chẩn đoán mà không cần quan tâm tới mức triglyceride [36].

1.2.4. Các kỹ thuật xâm nhập

Các kỹ thuật xâm nhập như sinh thiết màng phổi qua thành ngực, qua nội soi được thực hiện nhằm mục đích lấy được bệnh phẩm màng phổi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi sinh. Giá trị chẩn đoán của các kỹ thuật là khác nhau do phụ thuộc vào kích thước mẫu bệnh phẩm lấy được và vị trí lấy bệnh phẩm.

1.2.4.1. Sinh thiết màng phổi qua thành ngực

Phương pháp này dùng các kim sinh thiết màng phổi qua da, thành ngực vào khoang màng phổi để lấy bệnh phẩm. Những loại kim thường được sử dụng để sinh thiết màng phổi là kim Abrams, kim Cope và kim Castelain. Tuy nhiên, sinh thiết màng phổi bằng kim chỉ lấy được bệnh phẩm ở màng phổi thành.

Sinh thiết màng phổi có hướng dẫn định vị của siêu âm hoặc CT scan ngực cho giá trị chẩn đoán cao hơn. Hình ảnh chụp CT scan ngực có tiêm thuốc cản quang của người bệnh tràn dịch màng phổi thường sẽ cho thấy vị trí vùng màng phổi bất thường. Nhờ vậy cho phép sinh thiết được vào vùng màng phổi tổn thương. Trong chẩn đoán bệnh ác tính nó có giá trị chẩn đoán cao hơn so với sinh thiết màng phổi mù. Kỹ thuật này đặc biệt hữu ích ở những người bệnh có chống chỉ định cho nội soi lồng ngực chẩn đoán.

Sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh đã cho thấy có giá trị chẩn đoán cao hơn sinh thiết màng phổi bằng kim Abrams trong các bệnh ác tính. Trong một nghiên cứu của MaskellNA và cộng sự trên 50 người bệnh có tế bào dịch màng phổi âm tính nhưng vẫn nghi ngờ tràn dịch màng phổi ác tính, sinh thiết bằng kim Abrams chẩn đoán chính xác bệnh ác tính trong 8/17 trường hợp (độ nhạy 47%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán âm tính 44%, giá trị dự đoán dương tính 100%) và sinh thiết có hướng dẫn của CT chẩn đoán chính xác bệnh ác tính trong 13/15 trường hợp (độ nhạy 87%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán âm tính 80%, giá trị dự đoán dương tính 100%) [37].

Còn khi so sánh giá trị chẩn đoán của sinh thiết màng phổi qua thành ngực với sinh thiết màng phổi qua nội soi người ta thấy nội soi lồng ngực có giá trị chẩn đoán cao hơn so với sinh thiết màng phổi qua thành ngực. Như trong nghiên cứu tiến cứu của DiaconAH và cộng sự (2003) nhằm so sánh giá trị của nội soi lồng ngực gây tê tại chỗ với sinh thiết bằng kim Abrams trong vùng có tỷ lệ mắc lao cao, nội soi lồng ngực sinh thiết kết hợp nuôi cấy/mô học có độ nhạy là 100% so với 79% đối với sinh thiết bằng kim Abrams [38].

1.2.4.2. Nội soi lồng ngực

Nội soi lồng ngực sinh thiết màng phổi đã cho thấy có hiệu quả cao và an toàn trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. Nội soi lồng ngực chẩn đoán bao gồm hai phương pháp chính như sau:

❖ *Nội soi lồng ngực gây tê tại chỗ*

Nội soi lồng ngực thường được thực hiện khi các biện pháp chẩn đoán trên thất bại. Nội soi lồng ngực có rất nhiều ưu điểm, cho phép quan sát trực tiếp vào các tổn thương của màng phổi, phổi, trung thất và cơ hoành, qua đó có thể sinh thiết chính xác vào tổn thương nghi ngờ. Đây là phương pháp hiện đại có hiệu quả nhất để chẩn đoán cũng như điều trị các bệnh lý màng phổi. Nội soi lồng ngực gây tê tại chỗ có thể được thực hiện bởi các bác sỹ lâm sàng hoặc phẫu thuật viên và là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả có giá trị chẩn đoán cao. Nó cũng có giá trị chẩn đoán cao hơn sinh thiết màng phổi mù đối với lao màng phổi. Trong nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016) cho thấy giá trị chẩn đoán của nội soi màng phổi là 94,6% [14].

❖ *Phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video (VATS)*

VATS được thực hiện bởi các phẫu thuật viên lồng ngực và được tiến hành với gây mê toàn thân và thông khí một phổi. Vì vậy, nó không là lựa chọn thích hợp với những trường hợp người bệnh yếu và những trường hợp có bệnh nặng kết hợp. Với VATS, phẫu thuật viên có thể thực hiện những kỹ thuật khó thực hiện được với Nội soi màng phổi, thường kết hợp cả chẩn đoán và điều trị cùng lúc. Thủ thuật này cho giá trị chẩn đoán cao và cũng tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp. Ưu điểm của VATS hơn nội soi màng phổi gây tê tại chỗ là phẫu thuật viên có thể thực hiện được các phẫu thuật lồng ngực khác trong lúc phẫu thuật nếu thích hợp [6], [39].

1.2.4.3. Nội soi phế quản

Nội soi phế quản có vai trò hạn chế trong chẩn đoán các người bệnh tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân vì giá trị chẩn đoán trực tiếp của nó là rất thấp. Nhưng cần thiết phải chỉ định cho những người bệnh có tràn dịch màng phổi mà trên phim Xquang có hình ảnh tổn thương nhu mô phổi hoặc khi tiền sử có ho ra máu, có thể hít phải dị vật, hoặc khi đã loại trừ các căn nguyên tại màng phổi để tìm căn nguyên xa của tràn dịch màng phổi [40].

1.3. Đại cương về nội soi lồng ngực

1.3.1 Một số khái niệm

- Nội soi lồng ngực (Thoracoscopy) là phương pháp sử dụng ống kính nội soi có đường sinh thiết hoặc can thiệp để thăm khám trong lồng ngực, sinh thiết và/hoặc cắt lấy tổ chức bệnh lý trong khoang màng phổi nhằm mục đích chẩn đoán và đôi khi là điều trị bệnh

- Phẫu thuật nội soi lồng ngực kín (Complete video-assisted thoracic surgery – c-VATS) là phương pháp phẫu thuật lồng ngực được thực hiện trực tiếp qua màn hình video và các dụng cụ phẫu thuật nội soi chuyên dụng trong đó đường rạch da là tối thiểu có độ dài dưới 2cm

- Phẫu thuật lồng ngực có video hỗ trợ (Video-assisted thoracic surgery – VATS) là phương pháp phẫu thuật lồng ngực được thực hiện qua sự hỗ trợ của màn hình video và các dụng cụ phẫu thuật nội soi chuyên dụng với đường mở ngực có độ dài từ 4-6cm [6], [41].

1.3.2. Một vài mốc trong lịch sử phát triển

Vào năm 1882, Carlo Forlanini (1847-1818), Giáo sư y học - Trường Đại học Tổng hợp Pavia (nước Ý) đề xuất phương pháp điều trị bệnh lao bằng cách chủ động gây ra tình trạng xẹp phổi bằng cách bơm không khí hoặc khí ni tơ dưới áp lực nước vào khoang màng phổi bằng một kim chọc qua khe liên sườn ở đường nách trước để tạo ra một tình trạng tràn khí màng phổi nhân tạo, nhằm sử dụng áp lực khí làm cho phổi bị ép lại về phía rốn phổi.



**Hình 1.5. Carlo Forlanini
(1847-1818)**

Kỹ thuật chủ động gây xẹp phổi nhân tạo này đã tạo điều kiện cho tổn thương lao được "nghỉ ngơi" và nhiều trường hợp đã chữa khỏi được lao. Kỹ thuật này đã được thừa nhận như là một biện pháp để điều trị lao có hiệu quả và được áp dụng khá rộng rãi trong thời kì đó. Tuy nhiên liệu pháp làm xẹp phổi này thường ít có hiệu quả đối với những người bệnh có biểu hiện dính ở khoang màng phổi, cản trở không cho phổi xẹp hoàn toàn khi tiến hành liệu pháp gây tràn khí màng phổi nhân tạo.

Để giải quyết nhược điểm này, các thầy thuốc trong thời kì đó sử dụng các biện pháp phẫu thuật: mổ mở để gỡ dính khoang màng phổi, phẫu thuật tạo hình lồng ngực, gây liệt cơ hoành nhân tạo bằng cách nghiền dập dây thần kinh hoành, gây tình trạng tràn khí ngoài khoang màng phổi hoặc đặt túi ép ngoài màng phổi...

Ca nội soi lồng ngực đầu tiên được thực hiện bởi Sir Francis Cruise [1834-1906] của Bệnh viện Mater Misericordiae ở Dublin kết hợp với Tiến sĩ Samuel Gordon vào năm 1865. Cruise đã công bố kỹ thuật và kết quả của quy trình trên Tạp chí Khoa học Y tế Hàng quý Dublin vào năm 1866, chỉ 6 năm sau khi lấy bằng bác sỹ. Năm 1901, Georg Kelling [1866-1945], một bác sĩ người Đức đã thực hiện can thiệp bằng ống soi bàng quang vào bụng một con chó. Kelling cũng tuyên bố đã thực hiện hai cuộc kiểm tra nội soi thành công trên người trước Jacobaeus, nhưng dù sao ông cũng không công bố kịp thời kinh nghiệm của mình [42].



**Hình 1.6. Hans Christian Jacobaeus
(1879-1937)**

Hans Christian Jacobaeus được coi là một nhân vật quan trọng liên quan đến nội soi ổ bụng và nội soi lồng ngực. Ông đã thực hiện ca nội soi lồng ngực đầu tiên trên thế giới năm 1910 tại Stockholm - Thụy Điển bằng cách dùng một ống soi bàng quang cứng đưa vào quan sát khoang lồng ngực với gây tê tại chỗ trên một người bệnh mắc bệnh lao có dính màng phổi. Ông còn là người đầu tiên sử dụng kỹ thuật này gỡ dính màng phổi để làm xẹp phổi trong điều trị bệnh lao [42]. Sau đó có nhiều báo cáo về nội soi lồng ngực bằng ống cứng như soi phế quản, soi trung thất để chẩn đoán bệnh. Tuy nhiên nhiều thập kỷ sau đó nội soi lồng ngực nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh lao đã bị bỏ quên do sự phát triển của thuốc chống lao [43].

Năm 1960, Hopkins phát minh ra loại ống kính dạng que có góc nhìn nghiêng và dưới sự trợ giúp của nguồn sáng lạnh cực mạnh truyền qua cáp quang, hình ảnh nội soi được truyền ra ngoài màn hình video nhiều người cùng được quan sát trong phẫu thuật (Video - assisted thoracoscopic surgery - VATS) nên dạng phẫu thuật này được ứng dụng cho hầu hết các bệnh trong lồng ngực cũng như ổ bụng.

Từ đó đến khoảng trước những năm 1990, kỹ thuật nội soi chủ yếu được dùng để chẩn đoán các bệnh của phổi, lồng ngực và màng phổi như lao hay ung thư phổi di căn vào màng phổi với ống soi cứng tiêu chuẩn như: ống soi phế quản, ống soi trung thất...[41].

Từ những năm 1990 đến nay, nội soi lồng ngực đã và đang có những bước phát triển vượt bậc nhờ vào 3 tiến bộ:

- Sự cải tiến của hệ thống thấu kính nội soi kết hợp với sự phát triển của hệ thống định hình lập thể và máy quay camera cực nhỏ vào những năm đầu của thập niên 80, cho phép phẫu thuật viên quan sát toàn cảnh một nửa lồng ngực thay vì xem qua một thị trường hẹp như trước đây.

- Sự tiến bộ của kỹ thuật gây mê với hô hấp chọn lọc một bên phổi tạo điều kiện cho việc thao tác kính soi và dụng cụ phẫu thuật được dễ dàng hơn.

- Ngày càng có nhiều dụng cụ chuyên dùng cho nội soi lồng ngực được sáng chế, giúp cho bác sỹ có thể thực hiện được nhiều loại can thiệp khác nhau. Hiện nay, các nhà nghiên cứu đã chế tạo ra các dụng cụ nội soi cực nhỏ với đường kính từ 3-5mm, giúp cho bác sỹ có thể tiến hành các thao tác được dễ dàng hơn, đường vào nhỏ hơn, người bệnh ít bị đau sau can thiệp hơn...

Từ 2013 đến nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực thì phẫu thuật rô bốt, phẫu thuật nội soi một lỗ đã và đang được triển khai rộng rãi trên thế giới [44], [43].

Tại Việt Nam. những trường hợp nội soi lồng ngực đầu tiên đã được Nguyễn Việt Cờ và cộng sự (CS) thực hiện năm 1985 ở Viện Lao và Bệnh phổi [43]; Ngô Quý Châu và cộng sự tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2005 [45].... Nội soi màng phổi ống mềm được áp dụng trong chẩn đoán bệnh lý màng phổi lần đầu tiên tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2006 [14].

1.4. Nội soi lồng ngực trong chẩn đoán các bệnh lý màng phổi

1.4.1. Tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân.

Chỉ định trong các trường hợp tràn dịch màng phổi không xác định được nguyên nhân bằng các XN dịch màng phổi, tế bào, marker vi khuẩn lao... Trong tràn dịch màng phổi ác tính, xét nghiệm tế bào dịch màng phổi giúp chẩn đoán được từ 20% đến 92% tùy theo nghiên cứu [46], [47]

Vì vậy, nội soi lồng ngực chẩn đoán tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân có vai trò trong:

- Xác định chẩn đoán ung thư
- Hướng dẫn sinh thiết chính xác vào những vùng màng phổi bất thường
- Đánh giá độ giãn nở của phổi, phát hiện các tổn thương khác ở phổi, màng phổi không nhìn thấy trên Xquang hay siêu âm
- Gây dính màng phổi với các tác nhân gây xơ dính

- Loại bỏ các tổ chức xơ dính, mảng fibrin trong khoang màng phổi, quan sát để đặt sonde dẫn lưu ở vị trí tối ưu [39], [48].

Theo Vũ Khắc Đại nghiên cứu trên 130 người bệnh được nội soi màng phổi chẩn đoán, kết quả cho thấy có 63,8% nguyên nhân là do bệnh ác tính của màng phổi, 26,9% viêm mạn tính, 26,9% do lao và 3,9% không chẩn đoán được nguyên nhân. Trong chẩn đoán các nguyên nhân ác tính nội soi có độ nhạy là 94,3% và độ đặc hiệu 100% [14].

Agarwal R và CS (2013) phân tích tổng hợp 17 nghiên cứu (bao gồm 755 người bệnh được chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân) cho thấy nội soi lồng ngực chẩn đoán bệnh màng phổi có độ nhạy 91%, độ đặc hiệu 100% [49].

Việc ứng dụng nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý màng phổi đang phát triển mạnh và ngày càng trở nên phổ biến ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Karan Madan và CS (2020) khảo sát về nội soi lồng ngực với các bác sỹ hô hấp ở Ấn Độ, có 108 người quan tâm trả lời trong đó có 100 bác sỹ đã từng thực hiện nội soi lồng ngực để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh màng phổi trong vòng 5 năm qua. Ống soi lồng ngực cứng là dụng cụ được sử dụng phổ biến nhất với các chỉ định phổ biến là tràn dịch màng phổi không rõ nguyên nhân, gây dính màng phổi bằng bột talc và can thiệp giảm dày dính màng phổi [50].

Nội soi lồng ngực có thể được thực hiện bằng ống nội soi bán cứng (semi-rigid pleuroscopy) hoặc nội soi ống cứng (rigid pleuroscopy). Borsi Hamid và CS (2020) nghiên cứu điều tra về độ chính xác trong chẩn đoán của nội soi lồng ngực bằng ống nội soi bán cứng và cứng cho 2 nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết, kết quả cho thấy hai phương pháp nội soi lồng ngực này đều cho kết quả chính xác tương đương nhau khi được thực hiện bởi các chuyên gia có tay nghề cao, cần cân nhắc các yếu tố khác, chẳng hạn như tính sẵn có và chi phí để lựa chọn phương pháp thuận tiện và phù hợp [51].

1.4.2. Tràn dịch màng phổi do nguyên nhân ác tính

Nội soi lồng ngực là phương pháp hữu hiệu để chẩn đoán chính xác và can thiệp điều trị tràn dịch màng phổi ác tính. Nội soi lồng ngực còn rất hiệu quả trong phân giai đoạn ung thư phổi, ung thư trung biểu mô lan tỏa, ung thư di căn, ở những người bệnh ung thư phổi nội soi màng phổi xác định tràn dịch màng phổi là ác tính hay do cận ác tính [46].

Ung thư phổi

Trong nhiều nghiên cứu, ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tràn dịch màng phổi ác tính do sự xâm lấn trực tiếp của khối u, khối u gây tắc mạch màng phổi tạng và di căn thứ phát vào màng phổi thành, lan tràn theo đường máu hoặc bạch huyết... Nội soi lồng ngực do đó chứng minh những trường hợp nào đủ điều kiện mổ bằng cách xác định liệu tràn dịch màng phổi là cận ung thư hoặc do di căn ung thư. Nếu phát hiện di căn màng phổi thì ung thư không có chỉ định phẫu thuật, có thể thực hiện gây dính bằng bột talc để phòng tránh tái phát dịch [52]

Ung thư trung biểu mô màng phổi ác tính

Ung thư trung biểu mô ác tính được nghi ngờ ở những người bệnh có tiền sử phơi nhiễm với Amian, và đặc điểm của tràn dịch màng phổi trên Xquang phổi không có sự đẩy trung thất sang đối bên. Chẩn đoán bằng xét nghiệm tế bào dịch màng phổi và sinh thiết màng phổi kín là khó, điều này đã gợi ý một số bác sỹ tán thành sinh thiết mở bằng các mở ngực tối thiểu hoặc ở bên để đạt được những mẫu bệnh phẩm đủ kích thước và chất lượng cho nhuộm hóa mô miễn dịch và soi kính hiển vi điện tử. Ngày nay, nội soi lồng ngực can thiệp có ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở ngực vì nó có thể lấy được nhiều mẫu bệnh phẩm với độ chính xác cao có thể so sánh với những sinh thiết mở, cho phép xác định giai đoạn ung thư với xâm lấn tối thiểu, giúp xác định chẩn đoán sớm và phân loại mô bệnh học chính xác [53].

Nội soi lồng ngực với ống mềm hay ống nửa cứng nửa mềm với kim sinh thiết mềm nhỏ cũng có giá trị như với nội soi ống cứng VATS, Christine M. McDonald và CS nghiên cứu so sánh về độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm cho kết quả lần lượt là 85%, 100%, 100% và 79% đối với nội soi ống mềm và 93%, 94%, 99% và 76% đối với VATS, không có ý nghĩa đáng kể về sự khác biệt trong hiệu suất chẩn đoán, không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng nặng [54].

U trung biểu mô thường hay reo rắc mầm bệnh ung thư vào vị trí sinh thiết và đặt sonde ngực, vì vậy nội soi màng phổi và vết rạch đặt sonde ngực nên được đặt ở vị trí sao cho liệu pháp cắt bỏ sau đó được thực hiện thuận lợi, những vị trí này có thể được cắt bỏ dễ dàng, hoặc xạ trị dự phòng. Ước tính chỉ 1-5% số người bệnh có chỉ định phẫu thuật chữa khỏi. Trong phần lớn các trường hợp bệnh tiến triển, cần làm giảm bớt xâm lấn vào vị trí đặt sonde dẫn lưu dưới hướng dẫn của nội soi màng phổi và gây dính bằng bột talc, cải thiện kiểm soát đau, và xạ trị dự phòng vào vị trí rạch da giúp kiểm soát triệu chứng hiệu quả [52], [55].

Rozman A và CS (2014) nghiên cứu hiệu quả chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính của nội soi lồng ngực trên 111 người bệnh cho thấy kết quả 73 (65,8%) người bệnh được chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính (ung thư trung biểu mô, ung thư di căn) và 38 (34,2%) người bệnh có bệnh lành tính. Nội soi với tràn dịch màng phổi ác tính cho độ nhạy 96,0%, giá trị dự đoán âm tính 93,0%, và độ chính xác là 97,4% tương ứng [56].

Theo Kuwal, A. và CS (2021) nghiên cứu vai trò của nội soi lồng ngực trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính cho thấy độ nhạy 93,87% và độ đặc hiệu là 100% [57].

Theo Duysinx B (2019) nghiên cứu trên 1024 người bệnh được nội soi lồng ngực trong thời gian từ 2000 đến 2017 cho thấy độ nhạy trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính là 99,2% [58]

1.4.3. Tràn dịch màng phổi do lao

Nội soi lồng ngực được chỉ định trong một số trường hợp không thể xác định được chẩn đoán sau khi đã kết hợp nuôi cấy vi khuẩn lao từ dịch màng phổi và sinh thiết màng phổi kín. Hình ảnh tổn thương quan sát được qua ống soi thường là các nốt màu trắng ngà hoặc màu nâu đồng dạng, lan tràn khắp màng phổi thành và cơ hoành, với mật độ tập trung rõ ở chuỗi sườn sống; dây dính màng phổi ; dịch màng phổi màu vàng chanh, ít trường hợp dịch đỏ hoặc trắng đục do dưỡng chấp. Sinh thiết những tổn thương này, kết hợp với nuôi cấy vi khuẩn lao cho tỷ lệ chẩn đoán cao [55]. Hình thức sinh thiết bằng kim sinh thiết là phổ biến nhất, gần đây một số tác giả đưa ra phương pháp sinh thiết lạnh (Cryobiosy) qua ống nội soi bán cứng nhằm mục đích lấy được bệnh phẩm lớn hơn và sâu hơn so với sinh thiết bằng kim thông thường. Tousheed S. Z, và CS (2018) nghiên cứu 139 người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán trong đó 87 người bệnh được sinh thiết lạnh và 52 người bệnh sinh thiết bằng kim thông thường cho thấy hiệu quả chẩn đoán là 99% bằng phương pháp sinh thiết lạnh và 96% với sinh thiết kim, bệnh phẩm trung bình kích thước thông qua đầu dò lạnh là $13,2 \pm 6,7$ mm, dao động từ 7 đến 35 mm lớn hơn đáng kể so với sinh thiết bằng kim $6,8 \pm 3,3$; dao động từ 2 đến 15 mm với $P < 0,001$ và không có biến chứng lớn nào được ghi nhận [59].

Do đặc điểm lâm sàng của tràn dịch màng phổi do lao ở nhiều người bệnh thể hiện rất kín đáo, đôi khi chỉ có biểu hiện sốt nhẹ và không có triệu chứng gì khác nên việc tìm nguyên nhân là một thách thức không nhỏ, việc ứng dụng nội soi lồng ngực để chẩn đoán trong những trường hợp này thường mang lại kết quả tốt [60].

Những người bệnh nghi ngờ nhiều viêm màng phổi do lao sống trong vùng có tỷ lệ mắc lao cao thì nên được xét nghiệm dịch màng phổi và sinh

thiết màng phổi kín đầy đủ, và nội soi màng phổi được dành cho những trường hợp đặc biệt: để gỡ dính, đặt sonde dẫn lưu hiệu quả trong trường hợp tràn dịch có vách, hoặc khi cần khôi mô bệnh phẩm lớn hơn cho nuôi cấy trong trường hợp nghi ngờ kháng thuốc hay khi cần đến những can thiệp điều trị [33], [61]

Nội soi lồng ngực ngày nay trở nên dễ dàng, chỉ yêu cầu thêm một vài phương tiện hỗ trợ, có thể thực hiện trong 30 phút cho phép quan sát và hướng dẫn sinh thiết chính xác màng phổi thành, nó có xu hướng sẽ thay thế sinh thiết màng phổi kín [62].

1.4.4. Tràn dịch màng phổi do viêm mũ màng phổi và do cận viêm phổi

Nội soi lồng ngực được chỉ định trong những trường hợp tràn dịch màng phổi do viêm phổi không dẫn lưu được bằng chọc hút dịch hoặc đặt sonde dẫn lưu. Nội soi lồng ngực giúp quan sát tình trạng khoang màng phổi, lấy dịch mũ và các bệnh phẩm khác để chẩn đoán vi sinh và tế bào, giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân ; đánh giá tình trạng dày màng phổi, tìm các tổn thương nhu mô kết hợp nhằm cân nhắc các chỉ định điều trị như nội soi đơn thuần dẫn lưu và rửa màng phổi, bóc vỏ màng phổi, mở cửa sổ thành ngực....[63]. Nội soi lồng ngực còn có vai trò lớn trong điều trị mũ màng phổi, qua nội soi sớm trong giai đoạn bệnh tiến triển có thể lấy hết dịch màng phổi, phá các vách fibrin giải phóng các khoang, ổ màng phổi để dẫn lưu được hoàn toàn khoang màng phổi, đặt sonde đạt hiệu quả tối ưu và giúp cho phổi nở [64].

Theo Đinh Văn Luọng, Lê Ngọc Thành và cs (2022) nghiên cứu trên 58 người bệnh viêm mũ màng phổi giai đoạn 3 được điều trị bằng nội soi lồng ngực, có tuổi trung bình $45 \pm 19,5$ (17- 85) tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 3,83. Triệu chứng lâm sàng chính là đau ngực (81,0%), khó thở (70,7%), ho (60,3%). Thời gian nội soi trung bình: $127,2 \pm 41,6$ (60- 250) phút, thời gian rút dẫn lưu: $7,5 \pm 3$ ngày, số ngày nằm viện $10,3 \pm 3,4$ (5- 22) ngày. Tình trạng người bệnh

ra viện có 96,6% phổi nở tốt trên phim X quang, tỉ lệ thành công là 94,8%, không có người bệnh tử vong [65].

Theo Ohuchi. M và CS (2014) nghiên cứu trên 29 người bệnh tràn dịch màng phổi cận viêm phổi biến chứng và mũ màng phổi (theo phân loại của Light về giai đoạn nhiễm trùng màng phổi: 21 người bệnh ở độ 5 và 8 người bệnh ở độ 7) cho thấy nội soi màng phổi với một lỗ mở trocar dưới gây tê tại chỗ đã điều trị thành công cho 23/29 (79,3%) người bệnh [66].

1.5. Nội soi lồng ngực trong điều trị kết hợp tràn dịch màng phổi do lao

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do Trục khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây ra. Bất chấp những nỗ lực thanh toán bệnh lao, bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu và là nguyên nhân gây bệnh nghiêm trọng cho hàng triệu người mỗi năm. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính vào năm 2021 có khoảng 6,4 triệu ca mắc lao mới trên toàn cầu, với khoảng 1,4 triệu trường hợp tử vong do lao, gấp hơn 2 lần số tử vong do HIV/AIDS [67]. Vi khuẩn lao thường gây bệnh ở phổi (lao phổi) nhưng cũng có thể gây bệnh ở các cơ quan khác (lao ngoài phổi) bao gồm màng phổi, hạch bạch huyết, bụng, đường sinh dục tiết niệu, da, khớp và xương...[68]

Lao màng phổi là thể lao ngoài phổi hay gặp nhất, gặp nhiều ở các nước đang phát triển, chiếm tới 95% số người bệnh của toàn thế giới. Tỉ lệ lao màng phổi trên tổng số các ca lao tại các nước có tình hình bệnh lao trầm trọng, theo nhiều nghiên cứu ở các quốc gia khác nhau dao động từ 3-30%. Tại Mỹ, theo ước tính, hàng năm có khoảng 1.000.000 người bị tràn dịch màng phổi trong đó tràn dịch do lao khoảng 3-5% [4], [33]. Theo Antonangelo, L và CS (2019), tỉ lệ xuất hiện của lao màng phổi thay đổi tùy theo tỷ lệ lưu hành, độ tuổi của dân số và tình trạng nhiễm virus HIV, ước tính lao màng phổi chiếm 3,7% tổng số bệnh lao ở Hoa Kỳ, 8,7% ở Brazil, 6,5 đến 8,7% ở Trung Quốc, 10-19,3% ở Tây Ban Nha và hơn 20% ở các

quốc gia Châu Phi, ở Ấn Độ, 30–80% tổng số tràn dịch màng phổi được chẩn đoán là do lao [69].

Tràn dịch màng phổi do lao có thể xảy ra tiên phát hoặc thứ phát sau lao tiên phát xảy ra trước đó 3 đến 6 tháng hoặc lao phổi. Tràn dịch màng phổi do lao có thể xuất hiện do lao ngoài phổi di chuyển đến màng phổi bằng đường máu hoặc đường bạch huyết, hoặc do tổn thương lao nằm dưới màng phổi (nốt, hang có bã đậu...) vỡ vào khoang màng phổi giải phóng vi khuẩn lao vào trong khoang màng phổi và gây ra mũ màng phổi và dịch tiết trong khoang màng phổi. Trong những trường hợp này khi chụp Xquang ngực thường sẽ có hình ảnh tổn thương ở nhu mô phổi.

Dịch màng phổi hay gặp nhất là dịch màu vàng chanh từ 71-90%. Dịch máu gặp với tỷ lệ thấp khoảng 10%, các trường hợp khác như mũ rất hiếm gặp. Lâm sàng thường gặp là tràn dịch một bên, mức độ nhẹ và trung bình với hình mờ chiếm dưới 2/3 lồng ngực. Chẩn đoán lao màng phổi được đặt ra khi tìm được vi khuẩn lao trong đờm hay trong dịch màng phổi, hoặc mô bệnh học màng phổi là tổn thương lao [17], [70]

Có nhiều phương pháp giúp chẩn đoán xác định lao màng phổi như các xét nghiệm vi sinh với bệnh phẩm là đờm hay dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi v.v... Trong các trường hợp khó chẩn đoán với các xét nghiệm thông thường, hay cần thiết phải chẩn đoán phân biệt với tràn dịch màng phổi ác tính, nội soi màng phổi có giá trị rất cao [71]

Hình ảnh thường gặp trong soi màng phổi ở người bệnh tràn dịch màng phổi do lao là các hạt lao màu xám trắng ngà ở màng phổi thành và cơ hoành, với mật độ tập trung rõ hơn thường ở dọc chuỗi sườn sồng nằm trên nền tổn thương viêm, sung huyết, đỏ, các vách xơ, dây chằng màng phổi và màng phổi dày dính. Qua nội soi màng phổi, ta có thể sinh thiết chính xác tổn thương, đặc biệt ở những vị trí khó như cơ hoành hay tổn thương ở vùng đỉnh. Sinh thiết màng phổi qua nội soi trong tràn dịch màng phổi do lao có giá trị

chẩn đoán cao [3], [39]. Theo Vũ Khắc Đại (2016), hiệu quả của nội soi lồng ngực sinh thiết lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm AFB, bactec, mô học có giá trị chẩn đoán: 11,4%, 77,1%, 80% tương ứng, đặc biệt khi kết hợp mô học +bactec có giá trị chẩn đoán lao màng phổi đạt 100% [14]

Tràn dịch màng phổi do lao được điều trị nội khoa là chủ yếu và điều đầu tiên là phải điều trị thuốc chống lao. Việc điều trị phải tuân thủ theo các nguyên tắc của điều trị bệnh lao khác: Phối hợp thuốc, đủ liều, đúng phác đồ và đủ thời gian [72]. Bệnh lao kháng thuốc hiện cũng đang là vấn đề lớn cần được quan tâm, hiện nay các loại thuốc điều trị lao kháng thuốc với các phác đồ riêng biệt đang được nghiên cứu và có nhiều khuyến cáo hiệu quả [73].

Trong quá trình đang điều trị, có những trường hợp dịch tái lập nhanh gây khó chịu cho BN, ổ dịch hình thành nhiều vách do sợi fibrin hoặc do chọc hút nhiều lần gây mũ màng phổi, vách dính v.v..., khi đó việc chọc hút sẽ không có nhiều tác dụng, cần can thiệp giải phóng phổi sớm giúp cho phổi nở tốt nhanh chóng song song với điều trị nội khoa. Trong điều trị tràn dịch màng phổi do lao qua nội soi lồng ngực, ta còn có thể cắt các mảng xơ dày dính, lấy các giả mạc, hút sạch dịch màng phổi đặc biệt những ổ dịch khu trú hay được bao bọc bởi các màng xơ viêm... nhằm giải phóng phổi, giúp cho phổi nở tốt, tránh biến chứng dày dính và giúp hồi phục chức năng hô hấp cho người bệnh nhanh chóng [44], [70], [74], [75], [62]. Theo Jane A. Shaw và CS (2018), nên can thiệp cắt các mảng xơ dính và bóc vỏ màng phổi ở những người bệnh có triệu chứng và có tổn thương màng phổi dày dính đã tồn tại hơn 4–6 tuần [76].

Anthony P. C. Yim (1996) trong nghiên cứu trên 37 người bệnh được nội soi lồng ngực điều trị các bệnh lý lao phổi màng phổi trong 3 năm, có 8 người bệnh-21,6% được chỉ định do di chứng của lao màng phổi, tác giả kết luận: Nội soi lồng ngực trên những người bệnh này cho phép giải quyết tốt di chứng, giúp cho phổi nở hoàn toàn với biến chứng thấp [77].

Một số tác giả còn đề cập đến khả năng gây dính màng phổi qua nội soi trong điều trị tràn dịch màng phổi do lao, được chỉ định trong những trường hợp tràn dịch màng phổi do lao hay tái phát nhằm mục đích là giảm mức độ tiết dịch màng phổi. Các chất dùng để gây dính: bột Talc, Bleomycin, Tetracyclin... Khi tiến hành thủ thuật phải đảm bảo tuyệt đối vô trùng, sau thủ thuật phải lưu ý xoay trở người bệnh để chất gây dính có thể được phân bố trên toàn bộ bề mặt phổi, nhất là trong trường hợp gây dính bằng bột Talc. Đây là một phương pháp điều trị còn mới mẻ, có nhiều ý kiến tranh luận và chưa được áp dụng nhiều [78].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh tràn dịch màng phổi có đủ các tiêu chuẩn bao gồm cả nam và nữ từ 16 tuổi trở lên được điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian từ 1/2020 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Người bệnh có một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Có chẩn đoán tràn dịch màng phổi, chọc hút có dịch màng phổi xác định là dịch tiết; chưa xác định được nguyên nhân gây tràn dịch bằng các xét nghiệm và các thăm dò thông thường (Xquang, CT lồng ngực, siêu âm màng phổi, xét nghiệm sinh hóa dịch màng phổi, xét nghiệm dịch màng phổi tìm tế bào ung thư, xét nghiệm dịch màng phổi tìm căn nguyên vi sinh, sinh thiết màng phổi mù...) được nội soi lồng ngực để chẩn đoán.

+ Người bệnh đã có chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao, dịch tồn tại lâu, được chỉ định nội soi lồng ngực để cắt bóc các giả mạc, vách dính, giải phóng những ổ dịch khu trú hay được bao bọc bởi các màng xơ viêm, bóc vỏ MP sớm.... tránh biến chứng dày dính

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm, kết quả giải phẫu bệnh tại phòng hồ sơ Bệnh viện Phổi Trung ương

- Không có chống chỉ định nội soi lồng ngực

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích kỹ về những tai biến và biến chứng có thể gặp trong quá trình thực hiện nội soi lồng ngực.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không còn dịch màng phổi, không có khoang màng phổi
- Người bệnh có chống chỉ định gây mê do suy hô hấp nặng $PaO_2 < 60$ mmHg không do tràn dịch màng phổi; rối loạn đông máu; bất thường về tim mạch (loạn nhịp tim, suy tim, thiếu máu cơ tim cục bộ...)
- Bệnh nặng, thể trạng suy kiệt: bậc thang thể trạng > 3 theo Zubrod và Karnofsky [79]

Bảng 2.1. Bậc thang thể trạng theo Karnofsky và Zubrod

Karnofsky	Zubrod	Tiêu chuẩn
100	0	Không triệu chứng lâm sàng, khỏe mạnh
80-90	1	Có triệu chứng, giảm khả năng lao động
60-70	2	Có triệu chứng, thời gian nằm $< 50\%$ thời gian thức
40-50	3	Có triệu chứng, thời gian nằm $> 50\%$ thời gian thức
20-30	4	Nằm toàn bộ thời gian, phục vụ tại giường

- Người bệnh không đồng ý tiến hành thủ thuật

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện phổi Trung ương
- Thời gian nghiên cứu : các người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương trong thời gian từ 1/2020 đến 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cách chọn mẫu: gồm tất cả các gồm tất cả các người bệnh tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân có các tiêu chuẩn nghiên cứu trên trong thời gian nghiên cứu theo kỹ thuật chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện

- Tất cả bệnh nhân đều được hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong và sau điều trị. Thông tin thu thập được ghi chép theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- Cỡ mẫu cho mục tiêu 1:

+ Số bệnh nhân nội soi lồng ngực chẩn đoán dự kiến trong nghiên cứu được tính theo công thức tính cỡ mẫu như sau:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Chú thích:

α (độ chính xác): 0,5

n: số lượng bệnh nhân

p: tỷ lệ mắc tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân ước lượng là: 0,25 (dựa theo số liệu thực hành tại Bệnh viện phổi TƯ và nghiên cứu của các tác giả khác [80])

d (sai số tuyệt đối): 0,08

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Từ công thức trên tính ra

$$\mathbf{n = 113}$$

Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được số liệu của 163 người bệnh.

- Cỡ mẫu cho mục tiêu 2: chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ các trường hợp sau nội soi lồng ngực được chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao có các di chứng quan sát phát hiện được trong khoang màng phổi: các mảng fibrin, vách xơ tạo ra những ổ dịch khu trú trong khoang màng phổi, màng phổi tạng dày bó nhu mô phổi, màng phổi thành dày v.v... người bệnh được tiếp tục chỉ định can thiệp điều trị: phá vách xơ, phá các ổ dịch màng phổi khu trú, bóc vỏ màng phổi dày dính, gỡ dính phổi khỏi thành ngực v.v... nhằm mục đích làm cho phổi nở toàn bộ về vị trí giải phẫu bình thường. Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn được 45 người bệnh phù hợp với các tiêu chuẩn nêu trên.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Tất cả người bệnh đều được hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong và sau điều trị. Thông tin thu thập được ghi chép theo một mẫu bệnh án thống nhất được thiết kế sẵn. Các bước thăm khám được thực hiện tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Quy trình nghiên cứu tiến hành theo các bước sau:

2.3.1. Lâm sàng

Nghiên cứu sinh trực tiếp thăm khám lâm sàng người bệnh: triệu chứng cơ năng; thực thể; toàn thân, khai thác các thông tin tuổi; giới; lý do vào viện....

2.3.1.1. Tiền sử

- Lí do vào viện. Thời gian bị bệnh
- Tiền sử điều trị trước khi đến viện
- Thời gian mắc bệnh trước khi đến viện
- Các yếu tố liên quan đến nghề nghiệp
- Sử dụng thuốc lá, thuốc lào, số bao năm
- Sử dụng bia rượu
- Sử dụng ma túy hay các chất gây nghiện khác

2.3.1.2. Triệu chứng toàn thân và cơ năng

- Thể trạng chung. Gầy sút cân. Bậc thang thể trạng theo Zubrod và Karnofsky.

- Sốt: sốt cao ($>39,1^{\circ}\text{C}$), sốt vừa ($38,1^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$), sốt nhẹ ($37,3^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$).

- Ho: ho khan hay có đờm, tính chất đờm
- Đau ngực
- Khó thở: đánh giá mức độ khó thở theo thang điểm mMRC:

Độ 0: Chỉ xuất hiện khó thở khi hoạt động gắng sức

Độ 1: Xuất hiện khó thở khi đi nhanh hoặc leo dốc

Độ 2: Đi chậm hơn do khó thở hoặc dừng lại để thở khi đi cạnh người cùng tuổi

Độ 3: Phải dừng lại để thở sau khi đi 100m

Độ 4: Rất khó thở khi ra khỏi nhà hoặc thay quần áo

2.3.1.3. Triệu chứng thực thể

- Có biến dạng lồng ngực, rò thành ngực, căng phồng hay hẹp khoang liên sườn, lệch xương bả vai...

- Nghe phổi: hội chứng 3 giảm mô tả tiếng phổi bệnh lý có ran phổi (ran ngáy, rít, nổ)

- Các hội chứng liên quan: hội chứng cận ung thư, suy nhược, thiếu máu....

2.3.2. Thực hiện các thăm dò và các xét nghiệm cận lâm sàng

2.3.2.1. Các thăm dò chẩn đoán hình ảnh

Được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Phổi Trung ương. Nghiên cứu sinh đọc phim cùng Giáo viên hướng dẫn và Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh

- Chụp XQ phổi thường quy

+ Tràn dịch màng phổi tự do: hình mờ đều đồng nhất ranh giới rõ, mất góc sườn hoành, đường cong Damoiseau điển hình.

+ Tràn dịch màng phổi khu trú: hình mờ đều, ranh giới rõ, khu trú

+ Mức độ tràn dịch theo tiêu chuẩn của José Manuel Porcel 2003 [81].

Tràn dịch màng phổi ít: hình mờ màng phổi dưới 1/3 phế trường

Tràn dịch màng phổi mức trung bình: hình mờ màng phổi dưới 2/3 phế trường

Tràn dịch màng phổi lượng lớn: hình mờ màng phổi trên 2/3 phế trường

- Chụp cắt lớp vi tính và siêu âm MP

+ Đánh giá độ dày của lớp dịch, vị trí và hình ảnh tổn thương nhu mô.

+ Xác định và đánh giá các vách trong khoang màng phổi

+ Xác định và đánh giá tình trạng dày màng phổi

+ Tổn thương nhu mô, trung thất, hạch, sự xâm lấn...

2.3.3.2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm máu ngoại vi thường quy: Công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu v.v... đánh giá tình trạng thiếu máu, nhiễm trùng... Các xét nghiệm được tiến hành tại Khoa Huyết học và Khoa Hóa sinh miễn dịch- Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Xét nghiệm sinh hóa dịch MP: định lượng Protid trong dịch MP, phản ứng Rivalta... thực hiện tại Khoa Hóa sinh miễn dịch – Bệnh viện Phổi Trung ương

- Soi phế quản: các người bệnh có chỉ định được tiến hành soi phế quản tại Khoa Nội soi chẩn đoán và can thiệp – Bệnh viện Phổi Trung ương với phương pháp soi phế quản ống mềm, gây tê tại chỗ.

- Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trong đờm, dịch phế quản, dịch màng phổi, mảnh sinh thiết màng phổi... bằng các phương pháp nhuộm soi trực tiếp, phương pháp nuôi cấy tìm vi khuẩn lao trên môi trường lỏng (MGIT- Mycobacteria Growth Indicator tuber) sử dụng hệ thống nuôi cấy BACTEC, phát hiện Mycobacterium tuberculosis và tính kháng Rifampicin (RIF, RMP) trên hệ thống GeneXpert.... được thực hiện bởi các kỹ thuật viên khoa Vi sinh dưới sự giám sát trực tiếp của PGS.TS Nguyễn Văn Hưng tại khoa Vi sinh và Labo Lao chuẩn Quốc gia, Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Siêu âm ổ bụng, khám sản khoa, xạ hình xương (nếu nghi ngờ): tìm khối u nguyên phát hoặc đánh giá di căn.

- Chọc hạch, sinh thiết hạch, sinh thiết màng phổi mù, sinh thiết dưới hướng dẫn CT hoặc siêu âm, sinh thiết qua nội soi lồng ngực, sinh thiết hạch, phế quản v.v... áp dụng trong những trường hợp cần thiết và có chỉ định. Sinh thiết được thực hiện tại các khoa điều trị, khoa chẩn đoán hình ảnh, khoa Gây mê hồi sức. Bệnh phẩm được xét nghiệm giải phẫu bệnh bởi các bác sỹ dưới sự giám sát trực tiếp của PGS.TS Lê Trung Thọ tại Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Đo chức năng hô hấp: đánh giá các chỉ số FVC, FEV1, FEV/FVC, thực hiện tại Khoa Thăm dò và phục hồi chức năng –Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.3.3. Chọc hút dịch màng phổi, lấy dịch màng phổi làm các xét nghiệm

- Chọc hút, nhận định màu sắc dịch màng phổi: vàng chanh, đỏ bằng quan sát mắt thường ống dịch trên nền trắng, được thực hiện tại các khoa lâm sàng có người bệnh nghiên cứu của Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Xét nghiệm tế bào dịch màng phổi: đếm số lượng bạch cầu, hồng cầu, tế bào khác trong dịch màng phổi, tỷ lệ phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu ái toan, bạch cầu lympho... trong dịch màng phổi. Thực hiện tại khoa Huyết học truyền máu - Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Định lượng nồng độ protein, LDH; xét nghiệm Rivalta dịch MP tại khoa Hoá sinh miễn dịch, Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Đánh giá theo tiêu chuẩn của Light R.W [25]: dịch màng phổi là dịch tiết nếu đáp ứng 1 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Protein dịch màng phổi/ Protein huyết thanh $> 0,5$

+ LDH dịch màng phổi/ huyết thanh $> 0,6$

+ LDH dịch màng phổi $> 2/3$ giới hạn trên LDH huyết thanh bình thường

2.3.4. Nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi

Tất cả các người bệnh đều được tiến hành thực hiện nội soi màng phổi ống mềm bằng ống nội soi màng phổi LTF 160 của hãng Olympus hoặc bằng nội soi lồng ngực ống cứng, dàn nội soi của hãng Kal-Storz tại khoa Gây mê hồi sức, do các bác sỹ Bệnh viện Phổi Trung ương thực hiện, một số trường hợp do học viên trực tiếp thực hiện.

2.3.4.1. Chuẩn bị người bệnh

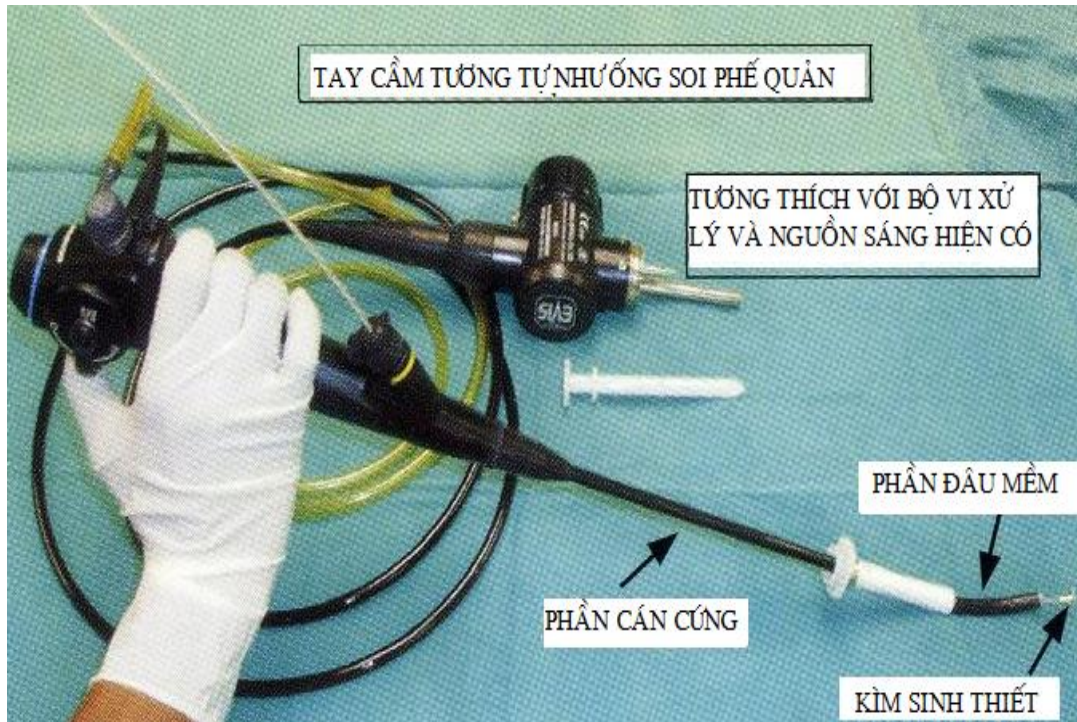
Người bệnh được giải thích kỹ trước khi tiến hành thủ thuật nội soi lồng ngực và làm cam đoan đồng ý thực hiện thủ thuật, dặn nhịn ăn ít nhất 8 giờ trước khi thực hiện thủ thuật để tránh các nguy cơ khi gây mê.

Người bệnh được đánh giá lại trước khi tiến hành nội soi lồng ngực bằng thăm khám lâm sàng, thăm khám chẩn đoán hình ảnh (Xquang, CT lồng ngực, siêu âm màng phổi) để xác định tình trạng ổ dịch màng phổi và đánh dấu các vị trí sẽ tiến hành mở màng phổi.

Tại phòng thủ thuật, người bệnh được đặt kim luồn tĩnh mạch cánh tay bên bị bệnh và duy trì đường truyền bằng dung dịch muối đẳng trương, cho thuốc tiền mê và giảm đau trước và trong suốt quá trình làm thủ thuật. Người bệnh tràn dịch màng phổi được chọc hút 200-300ml dịch bằng kim, catheter tại thời điểm nội soi màng phổi, có thể gây tràn khí khoang màng phổi chủ động bằng cách để hở kim hoặc catheter cho không khí vào, và yêu cầu người bệnh hít thở sâu vài nhịp để gây xẹp phổi chủ động tạo khoảng trống trong khoang màng phổi để đặt trocar an toàn, giảm nguy cơ gây tổn thương nhu mô phổi [82].

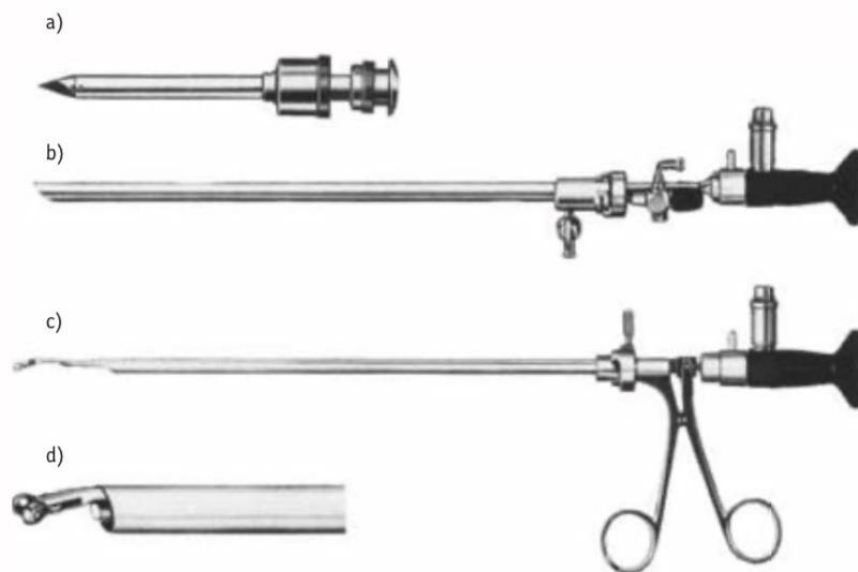
2.3.4.2. Dụng cụ

Ống nội soi lồng ngực nửa cứng nửa mềm (LTF 160, Olympus, Nhật) gồm có tay cầm và phần cán có đường kính ngoài 7mm và chiều dài 27cm. Phần cán được cấu tạo bởi hai phần: phần cán cứng dài 22cm và phần đầu ống mềm dài 5cm. Phần đầu ống mềm được di động bằng cần điều khiển trên tay cầm, cho phép có khả năng di chuyển theo hai góc lên 160 và xuống 130. Nó cũng có một kênh thao tác 2.8mm chứa được kim sinh thiết, kim và các dụng cụ phụ trợ khác, và tương thích với các kỹ thuật laser và phẫu thuật điện đông cao tần(hình 2.1). Một ưu điểm đáng chú ý khác của ống nội soi màng phổi nửa cứng nửa mềm hơn so với các thiết bị ống cứng là nó sử dụng chung dễ dàng với các bộ vi xử lý (CV-160, CLV-U40) và nguồn sáng(CV-240, EVIS-100 hoặc 140, EVIS EXERA-145 hoặc 160) cho ống nội soi phế quản mềm, thiết bị này có sẵn ở hầu hết các phòng nội soi mà không mất thêm chi phí. Thêm vào đó, thao tác của soi màng phổi ống nửa cứng nửa mềm tương tự như soi phế quản ống mềm [14], [83].



Hình 2.1. Các bộ phận trên máy nội soi LTF 160

Nội soi lồng ngực ống cứng, dàn nội soi của hãng Kal-Storz



Hình 2.2. Các dụng cụ cho nội soi lồng ngực ống cứng

a) trocar và canyl có van; b) ống nội soi (đường kính 9mm); c) kim sinh thiết với ống kính thẳng; d) Hình phóng đại của ống kính và kim sinh thiết trong trục ống soi lồng ngực[83]



Hình 2.3. Dàn máy nội soi của hãng Kal-Storz

2.3.4.3. Các bước tiến hành nội soi lồng ngực

*** Bước 1: chuẩn bị người bệnh**

+ Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân được đặt nằm nghiêng, bên cần nội soi lên phía trên, và cánh tay vắt sang bên hoặc nâng lên trên đầu bằng băng treo. Một băng vai cuộn đặt dưới thành ngực người bệnh để uốn cong cột sống lên trên và làm rộng ra các khoang liên sườn.



Hình 2.4. Cố định người bệnh

+ Đặt Monitor theo dõi các thông số của người bệnh: điện tim, mạch, huyết áp và oxy bão hòa mao mạch.

+ Người bệnh được tiền mê bằng các thuốc gây ngủ đường tĩnh mạch dimedrol kết hợp benzodiazepine (midazolam) và gây tê tại chỗ bằng lidocain 2% gây tê từng lớp cẩn thận: trong da, dưới da, màng phổi thành.

* Bước 2: chuẩn bị khoang màng phổi

Chọc kim vào ổ dịch, hút ra 200-300ml dịch màng phổi, gây TKMP bằng cách yêu cầu người bệnh thở sâu vào một số nhịp thở hoặc để hở đầu kim cho tới khi phổi đạt được cân bằng ổn định với khí quyển. Sau đó rút kim ra, rạch ra rộng gần 1cm, tách từng lớp cơ của thành ngực cho tới khoang màng phổi và đặt trocar qua lỗ mở [83].



Hình 2.5. Đặt trocar vào khoang màng phổi

Đối với tràn dịch màng phổi số lượng ít, có thể yêu cầu siêu âm màng phổi xác định rõ và đánh dấu vị trí ổ dịch để mở và đặt trocar vào ổ dịch an toàn

* Bước 3: Nội soi khoang màng phổi chẩn đoán

Nội soi màng phổi chẩn đoán được thực hiện thông qua một lỗ mở màng phổi, trong trường hợp có dính trong khoang MP, người bệnh được đặt sonde dẫn lưu, ổ dịch có vách phức tạp, hoặc kiểm soát chảy máu nhỏ có thể được chỉ định mở hai lỗ vào màng phổi. Việc lựa chọn vị trí lỗ mở dựa vào các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm [82].

Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2% từng lớp: trong da, mô dưới da, lớp cơ và màng phổi thành. Tiếp theo rạch da rộng 1-2cm, sau đó phẫu tích lớp cơ gian sườn cho đến khi màng phổi thành được bộc lộ. Sau cùng phẫu tích cẩn thận nhẹ nhàng màng phổi thành. Đặt trocar qua chỗ mở màng phổi vào khoang màng phổi, sau đó luồn ống soi màng phổi qua lỗ trocar và tiến hành quan sát màng phổi thành, màng phổi tạng và mặt ngoài trung thất. Trong những trường hợp dính giữa phổi và thành ngực, nếu sử dụng ống cứng thì cần mở thêm lỗ mở màng phổi thứ hai để có thể thăm khám khoang màng

phổi đầy đủ, nếu sử dụng ống nửa cứng nửa mềm, ta có thể khắc phục bằng thao tác phần đầu mềm ở xa quanh những vùng dính đó [84].

Sinh thiết tổn thương nghi ngờ bằng các kim sinh thiết dựa trên quan sát qua nội soi, vị trí sinh thiết tùy theo tổn thương nhưng lý tưởng nhất là sinh thiết ở mặt xương sườn là để tránh bó mạch thần kinh liên sườn. Trong trường hợp mẫu bệnh phẩm sinh thiết được có kích thước nhỏ, cần khắc phục bằng cách sinh thiết nhiều mẫu ở các vùng tổn thương. Bệnh phẩm sinh thiết được làm xét nghiệm tế bào ở khoa Giải phẫu bệnh và làm xét nghiệm vi sinh tìm AFB, nuôi cấy tìm vi khuẩn lao tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Phổi Trung ương.

Qua nội soi, chúng tôi cũng quan sát và đánh giá các tổn thương khác ở khoang màng phổi như ổ dịch màng phổi khu trú, tình trạng vách hóa trong khoang màng phổi, tình trạng tổn thương ở nhu mô phổi, màng phổi tạng có viêm dày bó phổi, khả năng nở ra của phổi sau khi hút hết dịch v.v... Việc đánh giá này rất quan trọng để chỉ định các cách điều trị tiếp theo.

*** Bước 4: Nội soi can thiệp điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao**

Trong các trường hợp tràn dịch màng phổi do lao, khi quan sát thấy trong khoang màng phổi có các mảng fibrin, vách xơ tạo ra những ổ dịch khu trú trong khoang màng phổi, màng phổi tạng dày bó nhu mô phổi, màng phổi thành dày v.v... người bệnh được tiếp tục chỉ định can thiệp điều trị, qua nội soi lồng ngực sẽ thực hiện phá vách xơ, phá các ổ dịch màng phổi khu trú, bóc vỏ màng phổi dày dính, gỡ dính phổi khỏi thành ngực nhằm mục đích làm cho phổi nở toàn bộ về vị trí giải phẫu bình thường.

Sau khi kết thúc thủ thuật, cầm máu kỹ các điểm chảy, đặt 1 hoặc 2 ống dẫn lưu trong trường hợp cần can thiệp nhiều, ống dẫn lưu được nối với máy hút áp lực âm (-20cmH₂O).

*** Bước 5: Theo dõi sau nội soi**

- Theo dõi sát áp lực hút, tình trạng khí và dịch chảy qua ống dẫn lưu để phát hiện sớm tắc hay chảy máu.

- Có thể cho kháng sinh chống bội nhiễm

- Giảm đau, bồi phụ nước điện giải, cung cấp đủ dinh dưỡng

- Hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh tập phục hồi chức năng hô hấp

- Chụp phim lồng ngực theo dõi tình trạng phổi, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng.

- Rút ống dẫn lưu khi phổi nở, hết khí dịch [39], [85], [83]

2.3.4.4. Một số biến chứng hay gặp của nội soi màng phổi.

- Đau ngực; đau vết mổ hay đau ở vị trí đặt dẫn lưu

- Sốt

- Chảy máu khoang màng phổi, chảy máu vết mổ

- Phù phổi (phổi nở trở lại sau khi bị xẹp một thời gian dài do dịch MP)

- Nhiễm trùng trong khoang màng phổi, vết mổ

- Tràn khí màng phổi kéo dài

- Chảy máu, tụ máu vết mổ

- Các biến chứng sớm và muộn khi gây dính bằng bột talc [83].

2.3.5. Các đặc điểm hình ảnh đại thể của nội soi màng phổi

2.3.5.1. Trường hợp màng phổi bình thường

Màng phổi trong, niêm mạc phủ màng phổi thành nhẵn, bóng, rãnh gian sườn lõm. Có thể nhìn qua thấy xương sườn và mạch máu, vòm hoành, màng ngoài tim, lớp mỡ màng ngoài tim, những vùng có mảng sắc tố than thường hay thấy ở vùng sau dưới trong rãnh sườn cột sống, thường có hình dải tương ứng với bạch mạch [39].

2.3.5.2. *Tràn dịch màng phổi do ung thư*

- Hình ảnh ung thư là khối u sùi to khu trú tại chỗ, hình núp vú, hình vết nén, hình hạt nho. Những nốt tròn, nhẵn có đường kính 1-5mm, rải rác trên bề mặt màng phổi. Dày, thâm nhiễm màng phổi. Các ổ loét màng phổi thành

- Đối với ung thư màng phổi thì hình ảnh nội soi gợi ý được hơn 85% các trường hợp. Hình ảnh là các cục sùi kích thước khác nhau; các đám dày màng phổi do ung thư màu trắng bề mặt lồi lõm như núp vú không đều (hình ảnh chùm nho), mật độ chắc, khu trú ở một chỗ (hình thái vết nén hoặc một vỏ cứng lan tỏa). Một số trường hợp ung thư có hình thái viêm không đặc hiệu, ngược lại tổn thương viêm có thể có hình thái giả u.

- Hình ảnh nội soi trong ung thư di căn bao gồm: nốt từ 1 - 5mm đường kính, u dạng polyp lớn hơn, khối u cục bộ, bề mặt màng phổi dày, lồi chồm, nhợt nhạt và dày màng phổi ít có mạch máu. Có thể quan sát thấy vùng phổi xẹp màu đỏ sẫm, giới hạn rất rõ; phổi cạm bẫy (trapped lung), toàn bộ phổi co về phía rốn phổi do u phế quản gốc.

- Đối với u trung biểu mô màng phổi ác tính, nhìn đại thể dù ở giai đoạn nào thì 85 - 90% khối u là cục hoặc là các khối vài milimet đến 1cm đường kính. Ở đa số các trường hợp, cục u và khối u phối hợp với dày màng phổi với độ dày nhiều milimet, khoảng 1/5 các trường hợp cục u nhỏ từ 1 - 5mm đường kính. Một hình thái khác điển hình của u trung biểu mô là u sùi từ 5 - 10mm đường kính trong hoặc vàng nhạt, ít có mạch máu, trong suốt, nhẵn nhụi, có cuống hoặc dạng polyp giống hình thái hạt nho, khi sinh thiết các u sùi này dễ nát vụn chứa một ít dịch quánh hoặc rắn chắc khó sinh thiết; hình thái này là đặc điểm của u trung biểu mô nhưng không hoàn toàn đặc hiệu vì tác giả đã gặp hình thái đó trong 3% các trường hợp ung thư thứ phát ở màng phổi. Ngoài ra có dày màng phổi do ung thư (từ 2 - 5mm), mật độ rắn chắc, ít chun giãn, điều này khác với dày dính màng phổi do viêm thông thường. Khi sinh thiết thấy dễ dàng và không chảy máu hay chảy máu ít [27], [39].

2.3.5.3. Tràn dịch màng phổi do lao

- Hình u hạt của lao màng phổi: các nốt nhỏ màu trắng xám nhạt hoặc màu nâu đồng dạng, lan tỏa khắp màng phổi thành và màng phổi vòm hoành, với mật độ tập trung rõ ở rãnh sườn-cột sống nằm trên nền tổn thương viêm, sung huyết đỏ, đôi khi có phản ứng fibrin xung huyết, xuất huyết

- Hình ảnh dày dính màng phổi, màng phổi xung huyết nề; các mảng fibrin, vách, các ổ dịch khu trú....

- Dịch màng phổi màu vàng chanh, ít trường hợp dịch đỏ hoặc trắng đục do dưỡng chấp.

2.3.5.4. Viêm màng phổi

Viêm màng phổi không đặc hiệu có nhiều mức độ

Mức độ 1: tăng mạch máu, màng phổi có màu đỏ song màng phổi còn mỏng và nhìn qua được.

Mức độ 2: viêm màng phổi nặng hơn, màng phổi có màu đỏ, mạch máu sung huyết và phù dưới màng phổi, dịch huyết thanh xuất tiết làm mờ không phân biệt được xương sườn và động mạch gian sườn, màng phổi có thể dày từ 3 . 5mm. Các tổn thương này thường rõ ở rãnh sườn - cột sống và phía bên vòm hoành, càng lên phía đỉnh càng giảm dần màng phổi mỏng dần và bớt đỏ hơn, đến đỉnh phổi thì bình thường.

Mức độ 3: tổn thương viêm màng phổi mạn tính, màng phổi luôn dày và mờ, nhưng màu thường trắng hoặc hơi xám do tổ chức xơ và sợi collagen, qua nội soi màng phổi ta có thể quan sát thấy hình ảnh niêm mạc màng phổi nhạt màu mất các rãnh lõm của khoảng liên sườn [39]

2.3.6. Chẩn đoán xác định

2.3.6.1. Tràn dịch màng phổi do ung thư

- Khi xét nghiệm mô bệnh chẩn đoán là ung thư. Lâm sàng, cận lâm sàng tiến triển phù hợp với ung thư. Chẩn đoán mô bệnh theo Tổ chức y tế Thế

giới 2021. Ung thư trung biểu mô ác tính là ung thư nguyên phát màng phổi, còn các loại khác đều là ung thư di căn đến màng phổi

Phân loại u phổi theo Tổ chức Y tế Thế giới 2021

1. Ung thư biểu mô tuyến
2. Ung thư biểu mô vảy
3. Ung thư biểu mô tế bào lớn
4. Ung thư biểu mô tuyến-vảy
5. Ung thư biểu mô dạng Sarcoma
6. U type tuyến nước bọt
7. Các u thần kinh nội tiết (ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư biểu mô tế bào lớn nội tiết-thần kinh, u carcinoid điển hình và u carcinoid không điển hình)
8. Các u biểu mô khác

Phân loại u trung biểu mô màng phổi theo Tổ chức Y tế Thế giới 2021

1. U trung biểu mô ác tính lan tỏa
 - U trung biểu mô dạng biểu mô
 - U trung biểu mô dạng sarcom
 - U trung biểu mô 2 pha
2. U trung biểu mô ác tính khu trú
 - U trung biểu mô dạng biểu mô
 - U trung biểu mô dạng sarcom
 - U trung biểu mô 2 pha
3. U trung biểu mô dạng nhú biệt hóa rõ
4. U trung biểu mô tại chỗ
5. U dạng tuyến của màng phổi [86]

2.3.6.2. *Tràn dịch màng phổi do lao*

- Nội soi màng phổi quan sát thấy những hình ảnh tổn thương lao: các nốt nhỏ màu trắng ngà lan tràn khắp màng phổi thành và cơ hoành, ổ dịch có vách, dày màng phổi....

- Xét nghiệm mô bệnh là nang lao điển hình và/hoặc xét nghiệm vi sinh mảnh bệnh phẩm (AFB, bactec) dương tính với vi khuẩn lao.

- Lâm sàng và cận lâm sàng tiến triển tốt sau điều trị thuốc lao.

2.3.6.3. *Tràn dịch màng phổi do viêm mạn tính*

- Xét nghiệm mô bệnh học là tổn thương viêm mạn tính, các xét nghiệm và thăm dò khác không thấy nguyên nhân nào khác.

- Điều trị kháng sinh chống viêm, theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng tiến triển tốt.

2.3.7. *Nội soi lồng ngực điều trị các di chứng của Lao màng phổi*

- Đánh giá hiệu quả chẩn đoán mô bệnh học của nội soi lồng ngực trong các trường hợp tràn dịch màng phổi do lao, so sánh với kết quả mô bệnh học trước mổ qua sinh thiết màng phổi hoặc qua các kỹ thuật chẩn đoán khác.

- Đánh giá kết quả điều trị, tình trạng phổi nở v.v... thông qua kiểm tra X quang, siêu âm màng phổi

- Đánh giá độ đau: theo thang điểm VAS (visual analog scale), đo bằng thước đo độ đau của hãng Astra-Zeneca (từ 0 - 10 điểm): độ 0: không đau (0-1 điểm); độ 1: đau ít (2-4 điểm); độ 2: đau vừa (5-6 điểm); độ 3: đau nhiều (7-8 điểm); độ 4: rất đau (9-10 điểm) [87].



Hình 2.6. Thang điểm đánh giá mức độ đau

- Thời gian sử dụng kháng sinh.

- Đánh giá các tai biến và biến chứng: chảy máu, rò khí, sót ổ mủ.

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi ra viện:

Thời gian rút dẫn lưu; thời gian nằm viện; hình ảnh X quang phổi; đánh giá mức độ đau ngực trước khi ra viện.

Tính tỷ lệ điều trị thành công [88]:

+ Kết quả tốt: sau can thiệp phổi nở (hình ảnh X quang), không có biến chứng nặng phải can thiệp thủ thuật; không còn ổ dịch tồn dư; rút dẫn lưu. Kiểm tra Xquang và siêu âm trước khi ra viện không còn dịch màng phổi và dày dính màng phổi, người bệnh ra viện tình trạng ổn định.

+ Kết quả trung bình: sau can thiệp phổi nở (hình ảnh X quang), không có biến chứng nặng phải can thiệp thủ thuật; không còn ổ dịch tồn dư; rút dẫn lưu. Kiểm tra qua Xquang và siêu âm trước khi ra viện còn ít dịch màng phổi hoặc còn dày dính màng phổi mức độ nhẹ, được tiếp tục hướng dẫn tập phục hồi chức năng và điều trị nội khoa, không cần can thiệp lại, người bệnh ra viện tình trạng ổn định.

+ Kết quả xấu: phổi không nở (hình ảnh X quang); có biến chứng phải nội soi can thiệp lại, còn ổ dịch tồn dư, dày dính màng phổi mức độ nhiều.

Thời gian nằm viện sau nội soi can thiệp, tình trạng người bệnh khi ra viện

2.3.8. Xử lý số liệu

- Các bệnh án nghiên cứu được chuẩn hóa và mã hóa các biến số thu thập được, sau đó được nhập dữ liệu bằng phần mềm KoboToolbox và được xử lý, phân tích bằng phần mềm STATA 17.0.

- Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để miêu tả các đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng dinh dưỡng, tình trạng sức khỏe và chăm sóc dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu:

+ χ^2 Test và Fisher-test: Kiểm định χ^2 được sử dụng để so sánh sự khác biệt về tỉ lệ giữa các phân nhóm. Trong trường hợp giá trị kỳ vọng của một số phân nhóm nhỏ (dưới 5), kiểm định chính xác của Fisher được sử dụng để so sánh.

+ Kiểm định T – Student khi so sánh sự khác biệt trung bình của hai nhóm và kiểm định ANOVA được sử dụng khi so sánh ≥ 3 nhóm. Giá trị $P < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

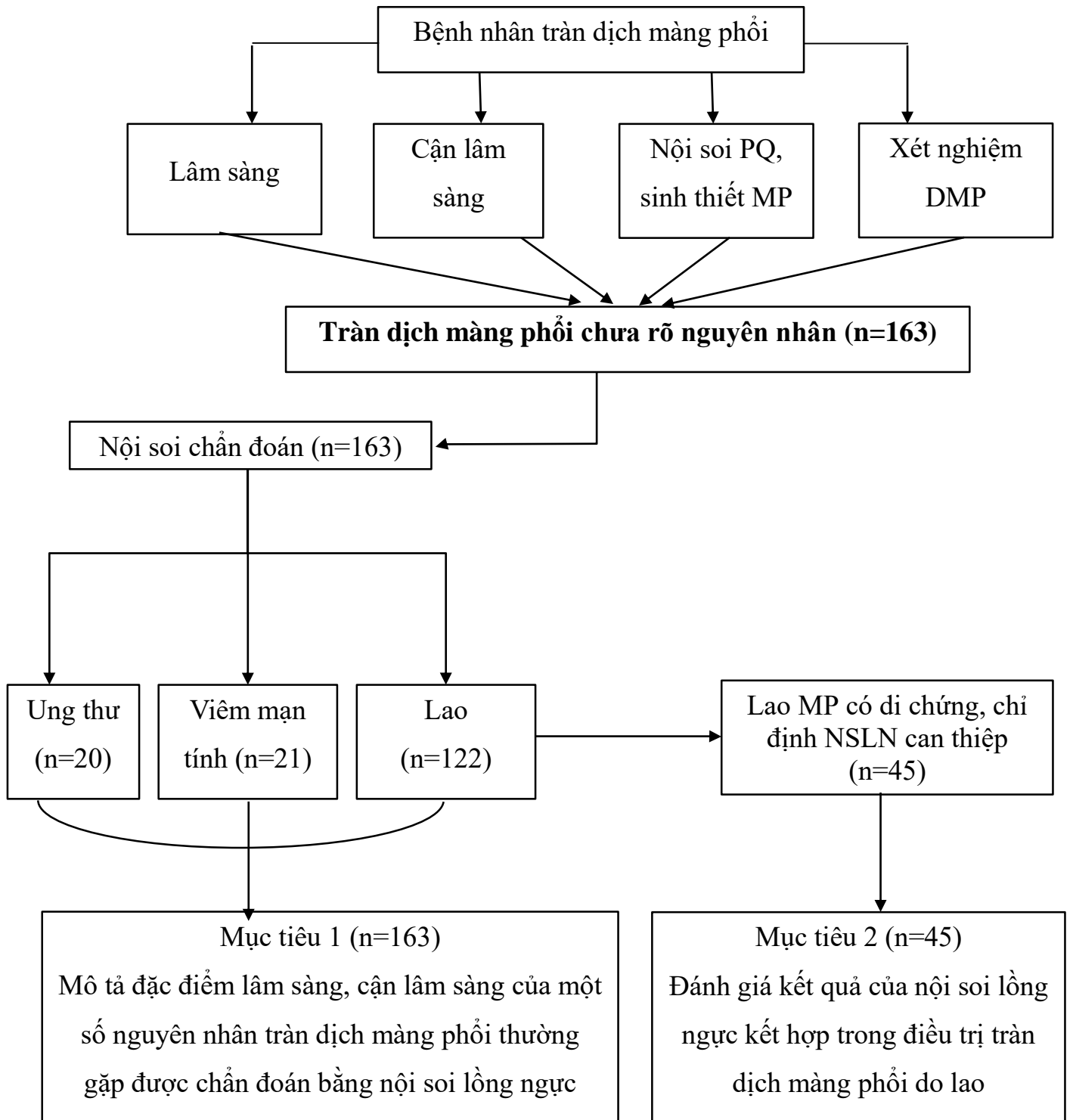
- Nghiên cứu được tiến hành sau khi đã được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh thông qua và Bệnh viện Phổi Trung ương cho phép tiến hành.

- Tất cả các người bệnh được giải thích rõ về cách thức can thiệp nội soi lồng ngực cũng như các tai biến, những nguy cơ, lợi ích, chi phí khi thực hiện theo phương pháp này. Người bệnh tự nguyện cam kết đồng ý thực hiện nội soi lồng ngực, tuân thủ theo nghiên cứu, được theo dõi sau khi tiến hành thủ thuật cho đến hết nghiên cứu. Người bệnh có quyền không đồng ý thực hiện thủ thuật cũng như từ bỏ tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh được thực hiện nội soi lồng ngực theo đúng các bước quy định đảm bảo an toàn tối đa, được theo dõi chặt chẽ, phát hiện sớm các biến chứng sau can thiệp nội soi và xử trí kịp thời các biến chứng nếu có.

- Các thông tin về cá nhân người bệnh được giữ bí mật và chỉ phục vụ duy nhất cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị người bệnh và nghiên cứu khoa học.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Sơ đồ đối tượng nghiên cứu theo các mục tiêu nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành từ 2020-2022, thu thập các thông tin trên 163 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết kéo dài chưa rõ nguyên nhân được tiến hành nội soi chẩn đoán (n=163), bao gồm 20 người bệnh ung thư, 21 người bệnh viêm mạn tính và 122 người bệnh được chẩn đoán Lao. Trong nhóm 122 người bệnh chẩn đoán Lao bằng nội soi lồng ngực, có 45 người bệnh có các di chứng được tiến hành nội soi can thiệp để xử lí các di chứng (n=45).

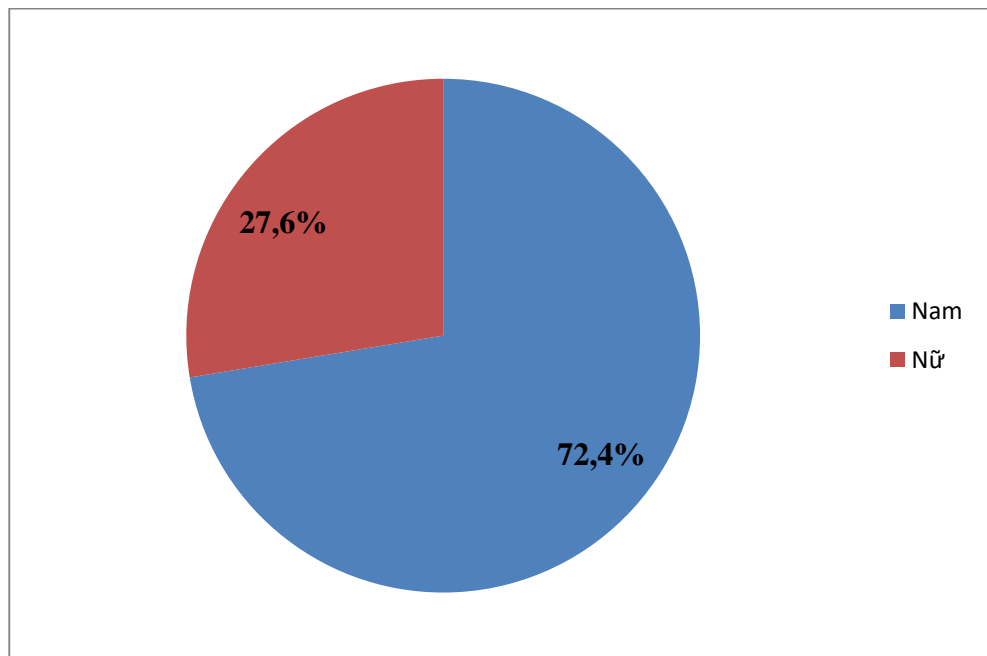
3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Những thông tin chung:

Tổng số người bệnh nghiên cứu n=163

Tỷ lệ giới: nam: 118 (72,4%), nữ: 45 (27,6%)



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Số người bệnh nam 118/ 163 (72,4%), nữ: 45/163 (27,6%)

Bảng 3.1. Sự phân bố nhóm tuổi và giới

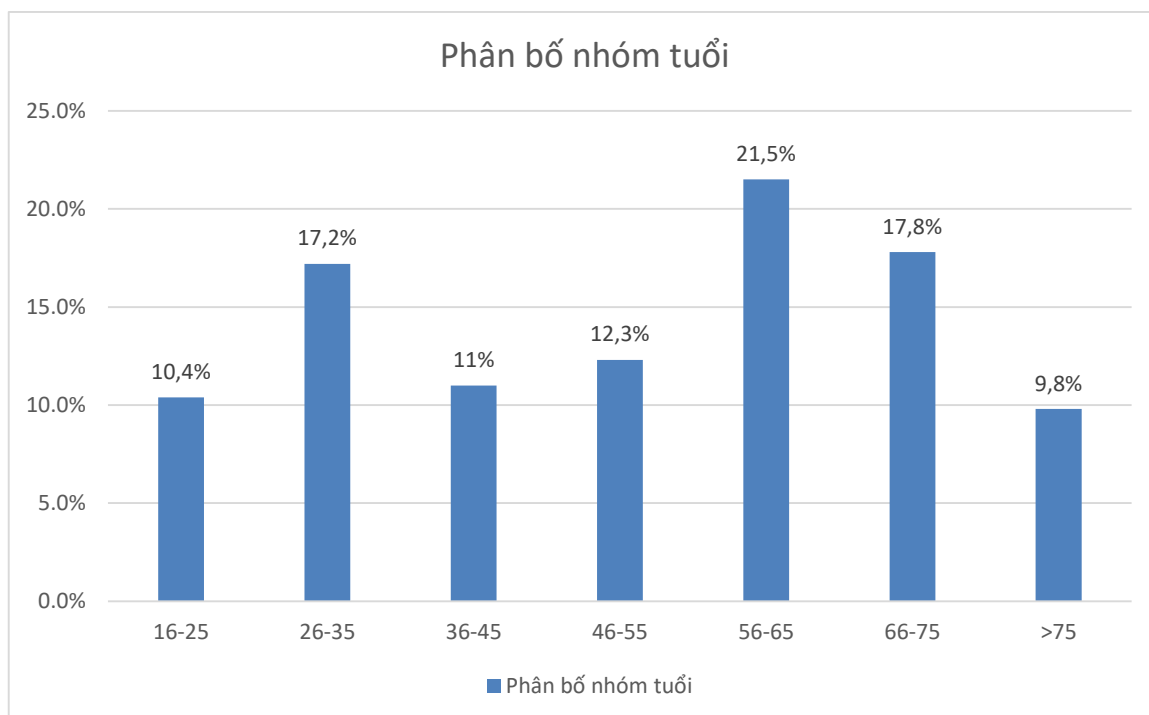
Giới Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
16-25	12	10,2	5	11,1	17	10,4
26-35	19	16,1	9	20,0	28	17,2
36-45	10	8,5	8	17,8	18	11,0
46-55	16	13,6	4	8,9	20	12,3
56-65	28	23,7	7	15,6	35	21,5
66-75	20	17,0	9	20	29	17,8
>75	13	11,0	3	6,7	16	9,8
Tổng	118	100	45	100	163	100
Trung bình	52,3 ± 19		48,4 ± 19,4		51,2 ± 19,1	
P	0,127					

Nhận xét:

Bệnh nhân tràn dịch màng phổi được đưa vào nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $51,2 \pm 19,1$, tuổi trung bình ở nam giới: $52,3 \pm 19$, tuổi trung bình ở nữ giới: $48,4 \pm 19,4$. Tuổi trung bình là $51,2 \pm 19,2$, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 92 tuổi.

Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất ở nam giới là 56-65 tuổi (23,7%), ở nữ giới là 66-75 tuổi (20,0%). Nhóm tuổi có tỷ lệ thấp nhất ở cả hai giới là 36-45 tuổi.

Sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét:

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 56-65 tuổi chiếm 21,5 %. Nhóm trên 75 tuổi ít nhất chỉ chiếm 9,8% tổng số đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Kết quả nội soi màng phổi sinh thiết chẩn đoán

Chẩn đoán	Số lượng mắc	%
Ung thư	20	12,3
Lao	122	74,8
Viêm mạn tính	21	12,9

Nhận xét:

Trong 163 trường hợp tràn dịch màng phổi chưa xác định được nguyên nhân, được nội soi màng phổi chẩn đoán có 20 trường hợp ung thư (12,3%), 21 trường hợp viêm mạn tính (12,9%) và 122 trường hợp lao (74,9%).

Bảng 3.3. Sự phân bố nhóm tuổi theo nguyên nhân gây bệnh

Bệnh \ Nhóm tuổi	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)	
	n	%	n	%	n	%
16-25	16	13,1	0	0	1	4,8
26-35	24	19,7	0	0	4	19,1
36-45	12	9,8	3	15	3	14,3
46-55	15	12,3	3	15	2	9,5
56-65	22	18	6	30	7	33,3
66-75	23	18,9	2	10	4	19,1
>75	10	8,2	6	30	0	0
Tổng	122	100	20	100	21	100
Trung bình	49,5 ± 20		62,6 ± 13,0		50,4 ± 15,3	
p	0,017					

Nhận xét:

Trong nhóm bệnh ung thư thì đa số gặp ở nhóm tuổi trên 46 tuổi, nhóm tuổi 56-65 (30%) và nhóm tuổi trên 75 (30%) chiếm tỉ lệ cao nhất.

Trong nhóm bệnh lao, tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm tuổi 26-35 (19,7%), thấp nhất ở nhóm >75 tuổi (8,2%).

Tuổi trung bình của nhóm ung thư cao nhất với 62.6 ± 13.0 tuổi, tiếp đến là nhóm nhóm viêm 50.4 ± 15.3 tuổi, và cuối cùng là nhóm bệnh lao 49.5 ± 20.0 tuổi.

Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 3 nhóm có ý nghĩa thống kê (ANOVA: $p > 0,05$).

Bảng 3.4. Sự phân bố giới tính theo nguyên nhân gây bệnh

Giới \ Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)	
	n	%	n	%	n	%
Nam	86	70,5	15	75,0	17	81
Nữ	36	29,5	5	25,0	4	19
Tổng	122	100	20	100	21	100
p	0.589					

Nhận xét:

Tỉ lệ nam giới cao hơn ở tất cả các nhóm nguyên nhân gây bệnh và không có sự khác biệt về tỉ lệ nam/nữ có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Tiền sử mắc các bệnh hô hấp theo nguyên nhân gây bệnh

Tiền sử bệnh hô hấp \ Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		p
	n	%	n	%	n	%	
Khỏe mạnh	86	70,5	13	65	15	71,4	0,873
Hen phế quản	6	4,9	2	10	1	4,8	0,645
Viêm phế quản	5	4,1	0	0	0	0	0,420
Chấn thương ngực	2	1,6	1	5	0	0	0,466
COPD	1	0,8	2	10	0	0	0,014

Nhận xét:

Trong nhóm bệnh, phần lớn các người bệnh ở cả 3 nhóm đều có tiền sử khỏe mạnh (từ 65-71%). Ở nhóm lao, tiền sử bệnh hay gặp nhất là hen phế quản (4,9%). Kết quả phân tích cho thấy chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ mắc COPD giữa các nhóm ($p = 0,014$). Các bệnh lý khác không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm.

Bảng 3.6. Tiền sử bệnh nền theo nguyên nhân gây bệnh

Tiền sử hô hấp	Bệnh		Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		p
	n	%	n	%	n	%			
Suy tim sung huyết	0	0	0	0	1	4,8	0,253		
Bệnh mạch máu ngoại vi	1	0,8	0	0	0	0	1		
Bệnh mạch máu não	3	2,5	1	5	0	0	0,474		
Viêm loét dạ dày	5	4,1	1	5	0	0	0,817		
Bệnh gan	1	0,8	0	0	0	0	1		
Đái đường (Không biến chứng)	15	12,3	2	10	1	4,8	0,708		
Đái đường (biến chứng)	1	0,8	1	5	0	0	0,248		
Liệt nửa người	1	0,8	1	5	0	0	0,248		
Thận mạn tính	1	0,8	0	0	1	4,8	0,443		
Ung thư khác	0	0	1	5	0	0	0,123		
Bệnh bạch cầu	0	0	0	0	1	4,8	0,253		

Nhận xét:

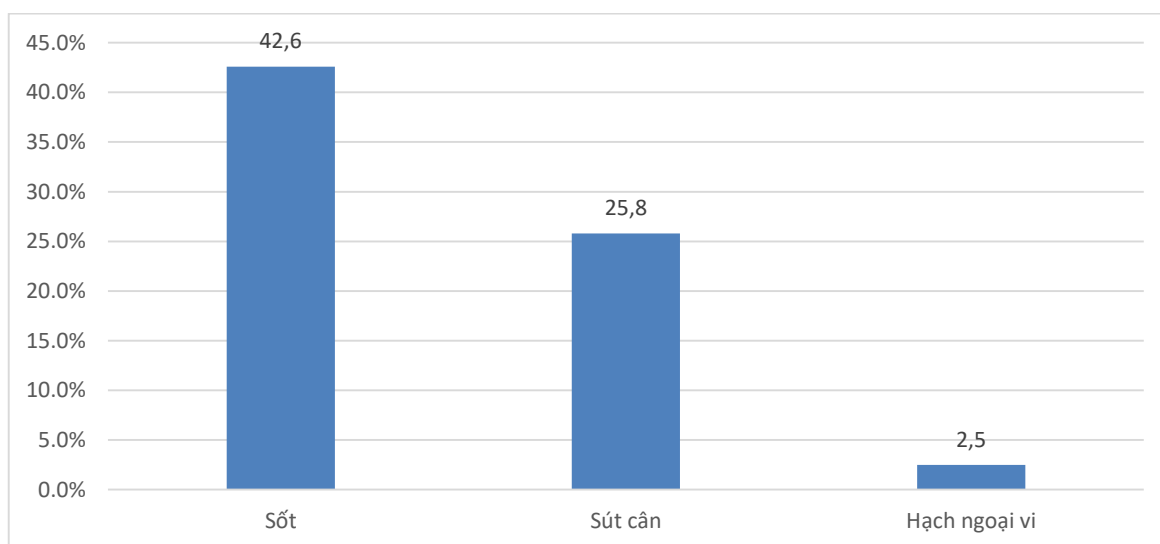
Trong nhóm bệnh, hầu hết các bệnh lý đồng mắc đều có tỷ lệ rất thấp (dưới 5%) ở cả 3 nhóm người bệnh. Bệnh lý đồng mắc phổ biến nhất là đái tháo đường không biến chứng ở nhóm Lao (12,3%). Một số bệnh lý như bệnh gan, bệnh mạch máu não, liệt nửa người chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh lao. Các bệnh lý như suy tim, ung thư, bệnh bạch cầu chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh viêm. Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các bệnh lý đồng mắc giữa các nhóm ($p > 0,05$). Bảng 3.6. Tiền sử sử dụng chất kích thích theo nguyên nhân gây bệnh

Bảng 3.7. Tiền sử sử dụng chất kích thích theo nguyên nhân gây bệnh

Tiền sử sử dụng	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		p
	n	%	n	%	n	%	
Thuốc lá	16	13,1	6	30	5	23,8	0,108
Thuốc Lào	6	4,9	5	25	4	19,1	0,004
Rượu/ Bia	11	9,0	2	10	4	19,1	0,380

Nhận xét:

Tình trạng sử dụng thuốc lá là phổ biến ở cả 3 nhóm bệnh, dao động từ 13,1% đến 30%. Sử dụng thuốc Lào cao nhất ở nhóm bệnh ung thư (25%), thấp nhất ở nhóm lao (4,9%). Sử dụng rượu bia tương đối thấp ở cả 3 nhóm (dưới 20%). Phân tích thống kê cho thấy chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng thuốc Lào giữa các nhóm ($p = 0,004$). Tình trạng sử dụng rượu không có sự khác biệt.

**Biểu đồ 3.3. Các triệu chứng toàn thân của nhóm nghiên cứu**

Nhận xét:

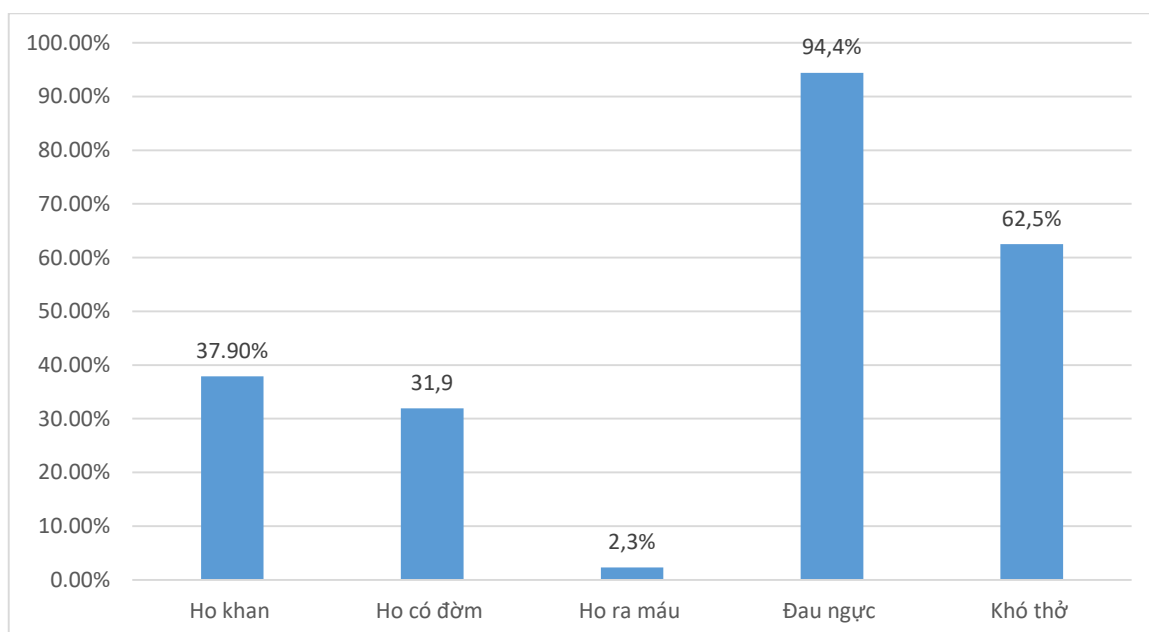
Sốt là triệu chứng gặp nhiều nhất với 42,6% tổng số người bệnh nghiên cứu. Triệu chứng sút cân gặp ở 25,8% các trường hợp

Bảng 3.8. Các triệu chứng toàn thân theo nguyên nhân gây bệnh

Bệnh \ Triệu chứng	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng số (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sốt	52	42,6	1	5	6	28,6	59	42,6	0,004
Sút cân	27	22,2	10	50	5	23,8	42	25,8	0,142
Hạch ngoại vi	2	1,6	1	5	1	4,8	4	2,5	0,279

Nhận xét:

Trong nhóm bệnh, sốt thường gặp nhất ở nhóm bệnh lao (34,3%), thấp nhất ở nhóm ung thư (5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng sốt giữa các nhóm ($p < 0,05$). Sút cân nhiều nhất ở nhóm ung thư (40%), thấp nhất ở nhóm viêm (19,1%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,115$). Triệu chứng hạch ngoại vi hiếm gặp ở cả 3 nhóm (dưới 5%). Không có sự khác biệt thống kê về triệu chứng này ($p = 0,279$).

**Biểu đồ 3.4. Các triệu chứng cơ năng của nhóm nghiên cứu**

Nhận xét:

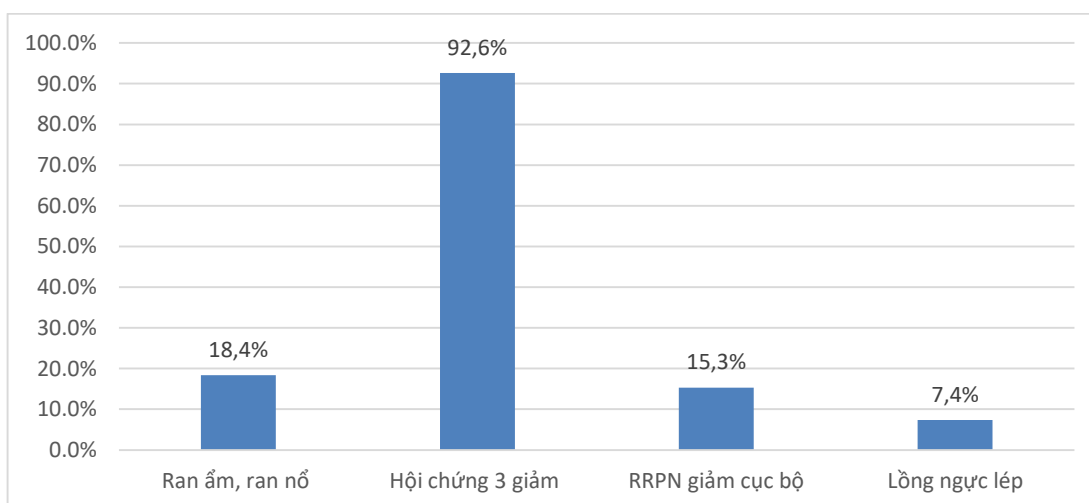
Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau ngực chiếm 94,5%, khó thở gặp ở 63,8%. Ho cũng là triệu chứng khá phổ biến trong đó ho khan 38,7% và ho có đờm 31,9%. Ho ra máu chỉ gặp ở 4 trường hợp (2,5%) đều ở nhóm lao.

Bảng 3.9. Đặc điểm triệu chứng cơ năng theo nguyên nhân gây bệnh

Triệu chứng cơ năng	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng số (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ho khan	45	36,9	11	55,0	7	33,3	63	38,7	0.247
Ho có đờm	39	32	6	30,0	7	33,3	52	31,9	0.974
Ho ra máu	4	3,3	0	0,0	0	0,0	4	2,5	0.549
Đau ngực	115	94,3	19	95,0	20	95,2	154	94,5	0.978
Khó thở	71	58,2	16	80,0	17	81,0	104	63,8	0.030

Nhận xét:

Ho khan và ho có đờm là triệu chứng thường gặp ở cả 3 nhóm bệnh. Ho ra máu chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh lao với tỷ lệ thấp (3,3%). Đau ngực phổ biến ở cả 3 nhóm với tỷ lệ trên 94%. Phân tích thống kê cho khó thở là triệu chứng có sự khác biệt giữa các nhóm ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.5. Các triệu chứng thực thể của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Thăm khám thấy hội chứng 3 giảm gặp nhiều nhất chiếm 92,6% tổng số người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.10. Đặc điểm triệu chứng thực thể theo nguyên nhân gây bệnh

Bệnh \ Triệu chứng	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng số (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ran ẩm, ran nổ	22	18,0	5	25,0	3	14,3	30	18,4	0,687
Ran rít, ran ngáy	0	0	0	0	0	0	0	0	-
HC đông đặc	5	4,1	0	0	0	0	5	3,1	0,549
Hội chứng 3 giảm	114	93,4	17	85,0	20	95,2	151	92,6	0,320
Gỗ đục cục bộ	0	0	0	0	0	0	0	0	0,889
RRPN giảm cục bộ	21	17,2	2	10,0	2	9,5	25	15,3	0,308
Lồng ngực phồng	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Lồng ngực lép	12	9,8	0	0	0	0	12	7,4	0,008
Tim mạch	8	6,6	3	15,0	3	14,3	14	8,6	0,098
Tiêu hóa	2	1,6	1	5,0	1	4,8	5	2,3	0,479
Hạch ngoại biên	2	1,6	1	5,0	1	4,8	4	1,9	0,279

Nhận xét:

Triệu chứng ran ẩm, ran nổ thường gặp ở cả 3 nhóm bệnh, chiếm 14-25%. Hội chứng 3 giảm rất phổ biến ở các nhóm bệnh, đặc biệt là nhóm lao và viêm (>93%). RRPN giảm cục bộ hay gặp nhất ở nhóm lao (17,2%).

Lồng ngực lép chủ yếu ở nhóm lao (9,8%). Triệu chứng về tim mạch, tiêu hóa, hạch ngoại biên không xuất hiện nhiều ở các nhóm.

Phân tích thống kê cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng Lồng ngực lép giữa các nhóm bệnh ($p < 0,05$).

Bảng 3.11. Chẩn đoán ở tuyến trước theo nguyên nhân gây bệnh

Triệu chứng \ Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)	
	n	%	n	%	n	%
Không rõ chẩn đoán	80	65,6	4	20,0	0	0,0
Bệnh đường hô hấp	10	8,2	1	5	0	0,0
TDMP do Lao	9	7,38	0	0,0	2	9,52
TDMP do ung thư	6	4,92	6	30	5	23,81

Nhận xét:

Trong nhóm bệnh, tỷ lệ không rõ chẩn đoán trước đó cao nhất ở nhóm lao (65,6%). Bệnh đường hô hấp được chẩn đoán ở tuyến trước cao nhất ở nhóm lao (8,2%). Chẩn đoán nguyên nhân do lao ở nhóm lao (7,38%). Chẩn đoán nguyên nhân do ung thư cao nhất ở nhóm ung thư (30%)

Bảng 3.12. Điều trị ở tuyến trước theo nguyên nhân gây bệnh

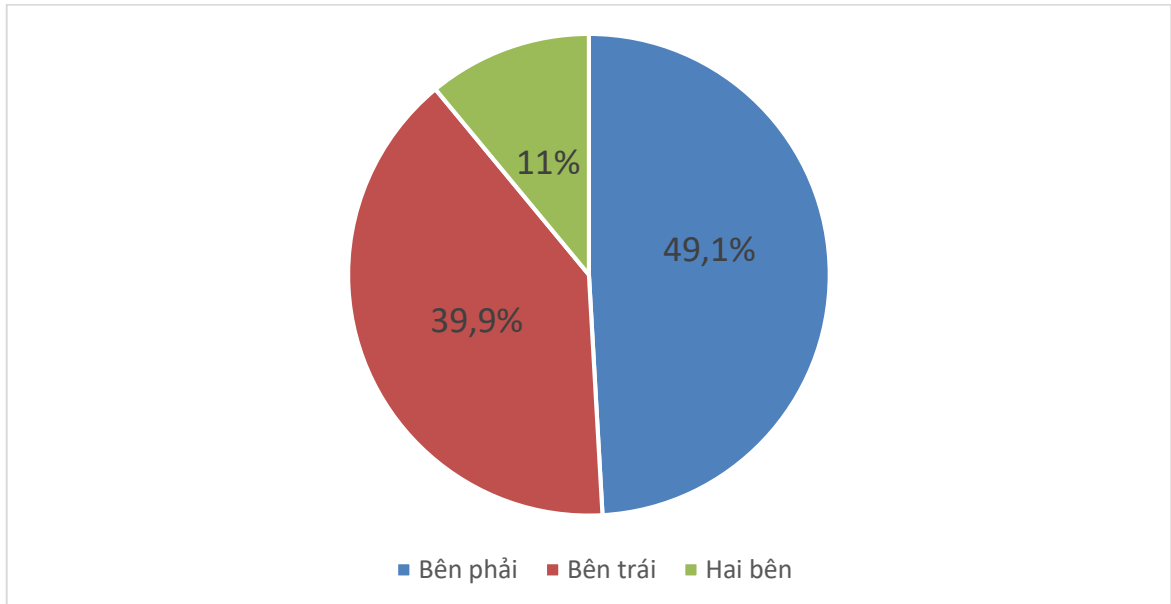
Triệu chứng \ Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)	
	n	%	n	%	n	%
Kháng sinh	92	75,4	13	65,0	11	52,4
Thuốc lao	8	6,6	0	0,0	1	4,8
KS+thuốc lao	1	0,8	0	0,0	1	4,8
Thủ thuật chọc dịch MP	98	80,3	16	80,0	16	76,2

Nhận xét:

Trong nhóm bệnh, điều trị kháng sinh ở nhóm viêm 52,4%, nhóm lao 75,4%, nhóm ung thư (65%). Điều trị thuốc lao (đơn thuần và kết hợp kháng sinh) ở nhóm viêm 9,6%, nhóm lao 7,4% và ở nhóm ung thư 0%. Thủ thuật

chọc dịch màng phổi được thực hiện khá phổ biến ở nhóm lao 80,3%, nhóm ung thư 80% và nhóm viêm 16%.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán



Biểu đồ 3.6. Vị trí tràn dịch màng phổi trên phim Xquang chuẩn

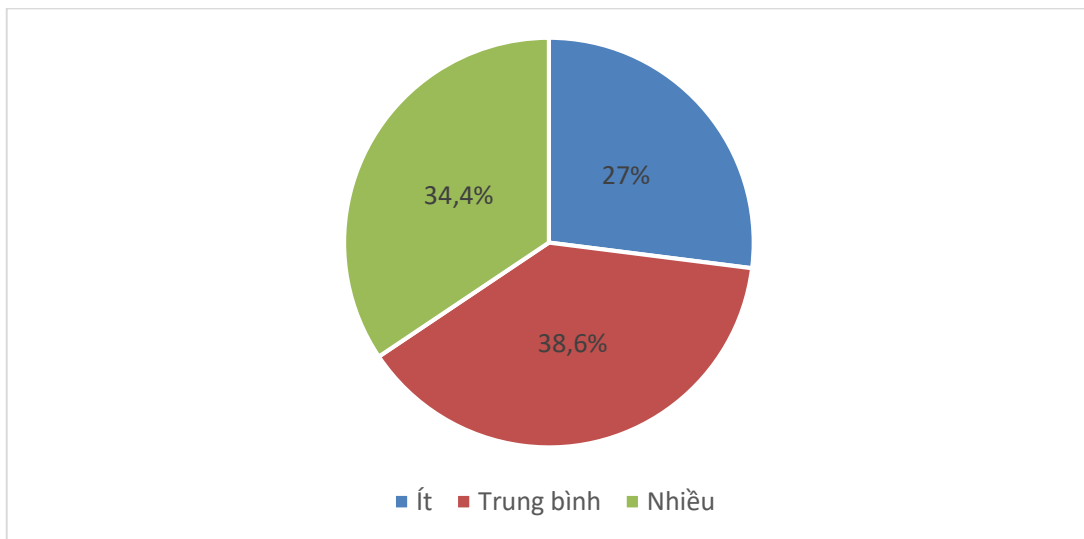
Nhận xét: Tràn dịch màng phổi bên phải 49,1% nhiều hơn bên trái 39,9%. Có 11% số người bệnh có tràn dịch màng phổi cả 2 bên

Bảng 3.13. Vị trí tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn theo nguyên nhân gây bệnh

Bệnh / Vị trí	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bên phải	59	48,4	11	55,0	10	47,6	80	49,1	0,011
Bên trái	55	45,1	5	25,0	5	23,8	65	39,9	
Hai bên	8	6,6	4	20,0	6	28,6	18	11	
Tổng	122	100	20	100	21	100	163	100	

Nhận xét:

Ở nhóm lao, tổn thương thường gặp nhất ở phổi phải (48,4%), tiếp đến là phổi trái (45,1%). Tỷ lệ tổn thương ở 2 bên phổi cao hơn ở nhóm ung thư (20%) và viêm (28,6%) so với nhóm lao (6,6%). Tổn thương phổi phải gặp nhiều hơn ở nhóm ung thư (55%). Phân tích thống kê cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về vị trí tổn thương giữa các nhóm ($p = 0,011$).

**Biểu đồ 3.7. Mức độ tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn**

Nhận xét: Tràn dịch màng phổi chung cho các đối tượng trong nhóm nghiên cứu gặp chủ yếu ở mức độ trung bình 38,6%, mức độ nhiều gặp 27%

Bảng 3.14. Mức độ tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn theo nguyên nhân gây bệnh

Bệnh / Mức độ	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ít	33	27,1	3	15,0	8	38,1	44	27	0.348
Trung bình	50	41,0	7	35,0	6	28,6	63	38,6	
Nhiều	39	32,0	10	50,0	7	33,3	56	34,4	
Tổng	122	100	20	100	21	100	163	100	

Nhận xét:

Ở nhóm lao, tràn dịch mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), tiếp đến là mức độ nhiều (32%). Nhóm ung thư có tỷ lệ tràn dịch mức độ nhiều cao nhất (50%). Nhóm viêm tỷ lệ tràn dịch mức độ ít cao nhất (38,1%). Không có sự khác biệt thống kê về mức độ tràn dịch giữa các nhóm ($p > 0.05$).

Bảng 3.15. Đặc điểm tổn thương trên CT Scanner ngực theo nguyên nhân

Tổn thương \ Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		p
	n	%	n	%	n	%	
Thâm nhiễm	40	32,8	6	30,0	5	23,8	0,677
Nốt	53	43,4	13	65,0	13	61,9	0,102
Hang	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0,035
Xơ hang	9	7,4	0	0,0	0	0,0	0,196
Vôi	9	7,4	1	5,0	0	0,0	0,410
Đông đặc	53	43,4	10	50,0	13	61,9	0,312
Kéo lệch khí quản	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0,708
Xẹp phổi	63	51,6	10	50,0	8	38,1	0,476
Hạch rốn	3	2,5	3	15,0	2	9,5	0,035
Giãn phế nang	10	8,2	5	25,0	2	9,5	0,079
Giãn phế quản	6	4,9	5	25,0	1	4,8	0,006
Hạch trung thất	12	9,8	6	30,0	3	14,3	0,048

Nhận xét:

Trên phim chụp CT, tổn thương dạng nốt gặp phổ biến ở cả 3 nhóm, đặc biệt nhóm ung thư và viêm (61-65%). Tổn thương dạng đông đặc cũng

thường gặp ở các nhóm (43-61%). Xẹp phổi nhiều nhất ở nhóm lao (51,6%), dấu hiệu kéo lệch khí quản chỉ gặp ở nhóm lao. Hạch trung thất và giãn phế quản thường gặp ở nhóm ung thư.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số dấu hiệu như hang, hạch rốn, giãn phế quản, hạch trung thất giữa các nhóm.

Bảng 3.16. Đặc điểm hình ảnh siêu âm màng phổi theo nguyên nhân

Tổn thương	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		p
	n	%	n	%	n	%	
TDMP tự do	73	59,8	20	100,0	17	81,0	0,001
Dày MP	25	20,5	6	30,0	3	14,3	0,456
KMP có vách	28	23,0	4	20,0	4	19,0	0,898
Dịch nhiều ổ	8	6,6	0	0,0	0	0,0	0,243

Nhận xét:

Tràn dịch màng phổi tự do phổ biến ở cả 3 nhóm, đặc biệt 100% ở nhóm ung thư. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu này giữa các nhóm ($p = 0,001$).

Dày màng phổi thường gặp nhất ở nhóm ung thư (30%). Tỷ lệ có vách trong khoang màng phổi tương đối cao ở cả 3 nhóm (khoảng 20%).

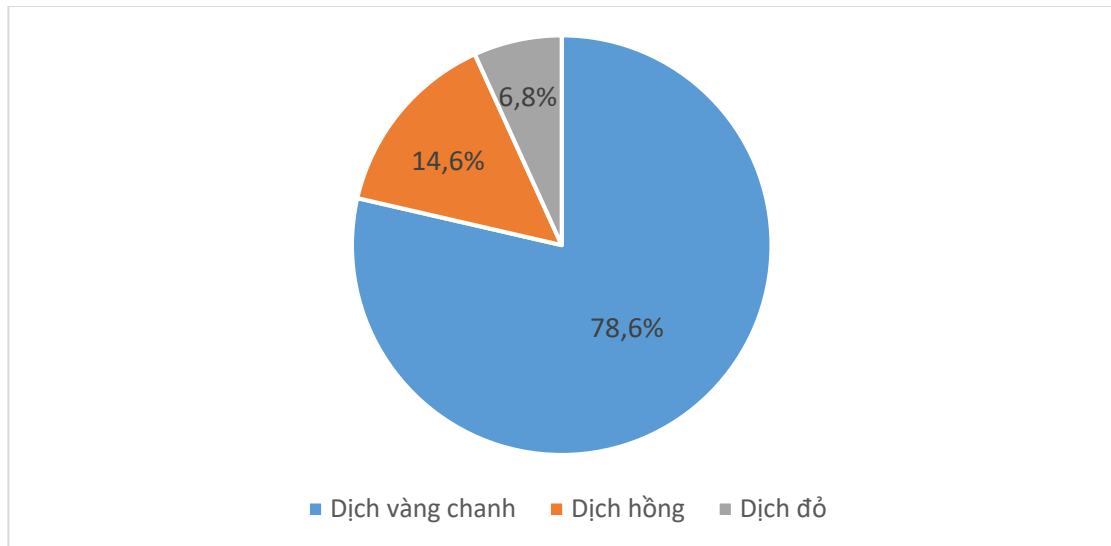
Dịch nhiều ổ chỉ thấy ở nhóm lao (6,6%).

Bảng 3.17. Số lần chọc hút dịch màng phổi trước khi nội soi màng phổi

Số lần	Bệnh	Lao	Ung thư	Viêm
Trung bình		1,1 ± 0,8	2,3 ± 1,6	2,3 ± 2,5
Thấp nhất		0	1	0
Nhiều nhất		4	6	12
p		<0,001		

Nhận xét:

Số lần chọc hút trung bình thấp nhất ở nhóm lao (1,1 lần), cao nhất ở nhóm ung thư và viêm (2,3 lần). Số lần chọc hút nhiều nhất là 4 lần. Ở nhóm ung thư và viêm, số lần chọc hút nhiều nhất lần lượt là 6 và 12 lần. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lần chọc hút giữa các nhóm ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.8. Màu sắc dịch màng phổi

Nhận xét: Màu sắc dịch hay gặp nhất của các người bệnh trong nhóm nghiên cứu là màu vàng chanh 78,6%, dịch hồng 14,6% và dịch màu đỏ chiếm 6,8%.

Bảng 3.18. Đặc điểm dịch màng phổi theo nguyên nhân

Đặc điểm	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng số (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bạch cầu	94	77,0	19	95,0	18	85,7	131	80,4	0,139
Hồng cầu	58	47,5	15	75,0	11	52,4	84	51,5	0,074
TB màng	89	73,0	18	90,0	18	85,7	125	76,7	0,143
TB K	0	0,0	6	30,0	0	0,0	6	3,7	<0,001
Rivalta	56	45,9	10	50,0	14	66,7	80	49,1	0,212
Tái lập nhanh	5	4,1	7	35,0	6	28,6	18	11	<0,001

Nhận xét:

Bạch cầu và TB màng phổ biến ở cả 3 nhóm (trên 70%). Hồng cầu nhiều nhất ở nhóm ung thư (75%). Dịch tái lập nhanh hay gặp nhất ở ung thư và viêm.

Bảng 3.19. Màu sắc dịch màng phổi theo nguyên nhân

Nhóm bệnh Đặc điểm	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		Tổng số (n=163)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dịch vàng chanh	109	89,3	7	35	12	57,1	128	78,6	0,566
Dịch hồng	11	9	7	35	6	28,6	24	14,6	0,017
Dịch đỏ	2	1,7	6	30	3	14,3	11	6,8	0,001
Tái lập nhanh	5	4,1	7	35,0	6	28,6	18	11	<0,001

Nhận xét:

Dịch vàng chanh gặp cao nhất ở nhóm lao chiếm 89,3%. Dịch hồng và đỏ gặp nhiều nhất trong nhóm tràn dịch do nguyên nhân ung thư chiếm 65%.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm dịch như tế bào ung thư, dịch hồng, dịch đỏ, dịch tái lập nhanh giữa các nhóm.

3.1.3. Kết quả chẩn đoán của nội soi lồng ngực

Bảng 3.20. Nguyên nhân tràn dịch màng phổi xác định qua các kỹ thuật chẩn đoán khác nhau

Nguyên nhân TDMP	Nội soi lồng ngực		Các kỹ thuật thăm dò MP qua da khác		Nội soi phế quản	
	n	%	n	%	n	%
Lao	122	74,9	80	49,1	2	1,2
Ung thư	20	12,3	20	12,3	1	0,6
Viêm mạn tính	21	12,9	32	19,6	93	57,1
Không xác định	0	0	31	19,0	67	41,1
Tổng	163	100	163	100	163	100

Nhận xét:

So sánh cho thấy nội soi lồng ngực có tỉ lệ đưa tới định hướng hay xác định chẩn đoán tràn dịch màng phổi lao cao hơn đáng kể so với các kỹ thuật thăm dò màng phổi qua da khác và nội soi phế quản.

Chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính từ các bệnh phẩm lấy qua nội soi lồng ngực tương đương với các bệnh phẩm lấy qua lấy qua các kỹ thuật thăm dò qua da khác và cao hơn nhiều so với các bệnh phẩm lấy qua nội soi phế quản.

Bảng 3.21. Đặc điểm tổn thương qua soi lồng ngực theo nguyên nhân

Tổn thương \ Bệnh	Lao (n=122)		Ung thư (n=20)		Viêm (n=21)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nốt/hạt lao MP thành/ hoành	19	15,6	0	0,0	0	0,0	0,013
Vách xơ	34	27,9	4	20,0	7	31,8	0,685
MP dày dính	52	42,6	2	10,0	8	36,4	0,099
Tổn thương nhu mô	26	21,3	5	25,0	6	27,3	0,048
Sần sùi MP thành	7	5,7	13	65,0	3	13,6	<0,001
Sần sùi MP tạng	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Nốt cục MP thành	41	33,6	10	50,0	11	50,0	1,000
Nốt cục MP tạng	6	4,9	2	10,0	1	4,6	0,165
Thâm nhiễm MP thành	26	21,3	3	15,0	4	18,2	0,198
Thâm nhiễm MP tạng	37	30,3	11	55,0	8	36,4	0,425
MP thành nhăn	0	0,0	0	0,0	1	4,6	0,356
MP tạng nhăn	7	5,7	1	5,0	0	0,0	0,540
Nốt nhỏ rải rác MP thành	58	47,5	7	35,0	10	45,5	<0,001
Nốt rải rác MP tạng	3	2,5	0	0,0	0	0,0	1,000

Nhận xét:

Tổn thương nốt, hạt lao trên màng phổi thành, hoành xuất hiện đặc trưng ở những người bệnh mắc Lao màng phổi với tỷ lệ là 15,6%. Trong khi đó, tổn thương này hoàn toàn không xuất hiện ở những người bệnh mắc Ung thư và Viêm ($p < 0,05$).

Tổn thương "U sùi màng phổi thành" gặp phổ biến nhất ở nhóm Ung thư với tỷ lệ lên tới 65%. Sự khác biệt giữa các nhóm bệnh đối với tổn thương này là rất đáng kể với giá trị $p < 0,001$.

Tổn thương "Nốt nhỏ rải rác MP thành" cũng có sự xuất hiện nghiêng về nhóm Lao, chiếm tới 47,5% người bệnh ($p < 0,001$).

Tổn thương nhu mô chiếm 21,3% ở nhóm lao; 25,0 % ở nhóm ung thư và 27,3% nhóm viêm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.22. Giá trị của nội soi màng phổi sinh thiết và lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm AFB, bactec, mô học chẩn đoán lao màng phổi

Giá trị xét nghiệm	Giá trị (n=122)	
	n	%
AFB	8	6,6
Bactec	37	30,3
Mô học	122	100

Nhận xét:

Nội soi lồng ngực sinh thiết lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm AFB, nuôi cấy BACTEC, mô học có giá trị chẩn đoán tương ứng là 6,6%, 30,3%, 100%

Bảng 3.23. Thời gian thực hiện nội soi lồng ngực chẩn đoán

Nội dung	Số lượng	
	n	%
<1h	114	69,9
>1h	49	30,1
Tổng	163	100

Nhận xét: Phần lớn các ca nội soi được thực hiện trong thời gian ngắn, dưới 1 giờ 114 trường hợp (69,9%). Trên 1 giờ 49 trường hợp 30,1 %. Tỷ lệ ca kéo dài trên 1 giờ cũng khá cao, chiếm gần 1/3 tổng số ca. Điều này cho thấy các ca nội soi phức tạp, khó khăn vẫn chiếm một tỷ lệ đáng kể. Cần lưu ý đảm bảo an toàn, hiệu quả điều trị cho nhóm người bệnh này.

3.1.4. Diễn biến sau nội soi lồng ngực chẩn đoán

Có 94 trường hợp (57,7 %) người bệnh có biểu hiện đau tại nơi làm thủ thuật. Không có tai biến quan trọng nào khác được ghi nhận.

Không có trường hợp tử vong sau nội soi.

Bảng 3.24. Diễn biến sau nội soi của các nhóm người bệnh

Nhóm người bệnh	Diễn biến sau nội soi	TB ±SD	Min	Max
Lao	Thời gian dẫn lưu MP (ngày)	3,8 ± 2,7	1	19
	Thời gian từ khi vào viện đến khi nội soi (ngày)	9,8 ± 7,7	1	46
	Thời gian từ khi nội soi đến khi ra viện (ngày)	8,5 ± 4,6	2	25
Ung thư	Thời gian dẫn lưu MP (ngày)	3,4 ± 3,2	1	15
	Thời gian từ khi vào viện đến khi nội soi (ngày)	12,2 ± 8,7	2	41
	Thời gian từ khi nội soi đến khi ra viện (ngày)	17,1 ± 16,0	2	60
Viêm mạn	Thời gian dẫn lưu MP (ngày)	3,7 ± 6,2	1	30
	Thời gian từ khi vào viện đến khi nội soi (ngày)	12,9 ± 7,3	1	31
	Thời gian từ khi nội soi đến khi ra viện (ngày)	16,7 ± 13,0	1	66

Nhận xét:

Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình tương đồng nhau giữa các nhóm (3-4 ngày).

Thời gian từ khi vào viện đến khi nội soi chẩn đoán dài nhất ở nhóm ung thư (12.2 ± 8.7 ngày) và viêm (12.9 ± 7.3 ngày), ngắn nhất ở nhóm lao (9.8 ± 7.7 ngày).

Thời gian nằm viện sau nội soi cũng dài hơn đáng kể ở nhóm ung thư ($17,1 \pm 16$ ngày) và viêm ($16,7 \pm 13,0$ ngày) so với nhóm lao ($8,5 \pm 4,6$).

Sự chênh lệch về thời gian điều trị giữa các nhóm có thể do tính chất và mức độ nặng nhẹ của bệnh và các thủ thuật được tiến hành khi nội soi.

3.2. Kết quả của nội soi lồng ngực kết hợp trong điều trị Lao màng phổi

3.2.1. Một số đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Những thông tin chung:

Tổng số người bệnh nghiên cứu n=45

Tỷ lệ giới: nam: 36 (80%), nữ: 9 (20%)

Tuổi trung bình $47,3 \pm 19,5$: nam $49,6 \pm 18,1$; nữ $38,3 \pm 23,4$

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 55 tới dưới 65 tuổi, chiếm tỷ lệ 26,7%.

Các triệu chứng cơ năng hay gặp trong nhóm nghiên cứu là đau ngực (95,6%), khó thở (53,3%). Khám chủ yếu có hội chứng ba giảm (88,9%).

Bảng 3.25: Lí do vào viện

Lí do vào viện	n	%
Bệnh đường hô hấp	15	33,3
Lao phổi	7	15,6
U phổi	0	0
Khác	23	51,1

Nhận xét:

Trong các lý do nhập viện của người bệnh trong nghiên cứu, bệnh đường hô hấp là nguyên nhân gặp nhiều nhất, chiếm tới 33,3% trường hợp.

Nguyên nhân tiếp theo quan trọng là lao phổi, với 15,6% người bệnh nhập viện vì lý do này.

Bảng 3.26. Thời gian từ lúc triệu chứng đến khi vào viện

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤2 tuần	15	33,3
2 tuần đến 1 tháng	14	33,1
1 tháng đến 2 tháng	7	15,6
Trên 2 tháng	9	20,0
Tổng	45	100

Nhận xét:

Chỉ có 33,3% số người bệnh vào viện trong vòng 2 tuần sau khi có triệu chứng. Số người bệnh vào viện sau khi có triệu chứng đầu tiên từ 2 đến 4 tuần là nhiều nhất chiếm tỉ lệ 33,1%.

Bảng 3.27. Điều trị ở tuyến trước

Điều trị tuyến trước	SL	%
Kháng sinh	28	62,2
Thuốc lao	0	0
Thủ thuật dẫn lưu màng phổi	1	2,2
Thủ thuật chọc dịch màng phổi	9	20
Không điều trị	7	15,6

Nhận xét:

Có 20% người bệnh được phát hiện và chọc dịch màng phổi từ tuyến trước. Có 62,2% bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị kháng sinh từ tuyến trước không đỡ phải chuyển tuyến trên. Có 15,6% bệnh nhân vào viện chưa được điều trị gì trước đó.

Các người bệnh khác trong nhóm nghiên cứu được chuyển đến hoặc tự đến do sau điều trị triệu chứng bệnh chưa giảm.

Bảng 3.28. Xét nghiệm Công thức máu

Tổng phân tích máu	Thời điểm nhập viện	Trước khi ra viện
Số lượng bạch cầu (Giga/L)	8,8 ± 4,7	11,4 ± 4,7
Trung tính (%)	62,3 ± 12,4	76,4 ± 12,4
Lympho (%)	24,1 ± 10,5	13,7 ± 8,2
Hemoglobin (g/dL)	13,1 ± 2,2	12,1 ± 2,6
Tiểu cầu (G/L)	398,2 ± 508,5	325,4 ± 111,8

Nhận xét:

Trong các chỉ số xét nghiệm công thức máu của người bệnh từ thời điểm nhập viện cho đến trước khi ra viện, có tình trạng tăng rõ rệt trong số lượng bạch cầu từ trung bình 8.8 lên 11.4 và tỷ lệ % trung tính cũng tăng từ 62.3% lên 76.4%. Tỷ lệ % lympho giảm từ 24.1% xuống còn 13.7%, trung bình chỉ số hemoglobin giảm từ 13.1 xuống 12.1 và số tiểu cầu giảm từ 398.2 xuống 325.4.

Bảng 3.29. Xét nghiệm sinh hóa máu

Sinh hoá máu	Thời điểm nhập viện	Trước khi ra viện
Creatinin (µmol/l)	79,6 ± 20,3	78 ± 16,1
Ure (mmol/l)	4,7 ± 1,5	5,7 ± 7,2
AST (U/L)	28,4 ± 12, 4	32,3 ± 14,7
ALT (U/L)	2,4 ± 34,1	31,5 ± 24,8

Nhận xét:

Sự biến đổi trong các chỉ số sinh hoá máu của người bệnh từ lúc nhập viện cho đến trước khi ra viện. Trung bình chỉ số creatinin giảm nhẹ từ 79,6 xuống 78. Trong khi đó, trung bình các chỉ số khác như ure, AST và ALT đều cho thấy sự tăng lên. Cụ thể, trung bình ure tăng từ 4,7 lên 5,7, trung bình AST từ 28,4 lên 32,3 và trung bình ALT từ 29,4 lên 31,5.

Bảng 3.30. Xét nghiệm đông máu

Đông máu	Thời điểm nhập viện	Trước khi ra viện
Fibrinogen (g/L)	5,3 ± 2,4	4,3 ± 2,7
INR	2,2 ± 11,6	1,1 ± 0,1

Nhận xét:

So sánh kết quả của xét nghiệm đông máu của người bệnh tại hai thời điểm khi nhập viện và trước khi ra viện. Chỉ số Fibrinogen khi nhập viện trung bình là $5,3 \pm 2,4$. Trước khi ra viện giảm xuống, đạt trung bình $4 \pm 2,7$. Về chỉ số INR, tại thời điểm nhập viện, giá trị trung bình là 2,2, tuy nhiên có một độ lệch chuẩn rất lớn là 11,6. Trước khi ra viện, chỉ số này giảm mạnh xuống còn 1,1 và độ lệch chuẩn giảm xuống 0,1 cho thấy mức độ phân tán thấp hơn.

Bảng 3.31. Hình ảnh tổn thương nội soi phế quản

Loại tổn thương	n	%
Không soi phế quản	12	26,7%
Xung huyết phù nề	33	73,3
Thâm nhiễm niêm mạc	1	2,2
Chèn ép đường thở	7	15,6
Hoại tử bít tắc	0	0
Dò phế quản	0	0
Sẹo xơ	0	0
Khác	5	11,1

Nhận xét:

Có 33 người bệnh được soi phế quản trước can thiệp, hầu hết có xung huyết phù nề niêm mạc phế quản (33/45), có 7 người bệnh có chèn ép đường thở đều là những người bệnh có lao phổi kết hợp.

Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh (Xquang, CT ngực và siêu âm màng phổi)**Bảng 3.32 Đặc điểm tổn thương tràn dịch màng phổi**

Đặc điểm tổn thương		Số lượng (n=45)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Phải	21	46,7
	Trái	22	48,9
	Cả hai bên	2	4,4
Mức độ tràn dịch	Ít	28	62,2
	Trung bình	8	17,8
	Nhiều	9	20,0

Nhận xét:

Tổn thương bên trái gặp nhiều hơn bên phải. Có 2 người bệnh có tràn dịch màng phổi cả 2 bên. Hầu hết người bệnh có dịch màng phổi ở mức độ là ít (62,2%) và trung bình (17,8%), và có 9 người bệnh (20,0%) dịch màng phổi ở mức độ nhiều

Bảng 3.33 Tổn thương nhu mô phổi trên Xquang và CT ngực

Nội dung	Số lượng	
	n	%
Thâm nhiễm	16	35,6
Nốt	21	46,7
Hang	0	0,0
Xơ hang	9	20,0
Vôi	4	8,9
Đông Đặc	18	40,0
Đầy khí quản	0	0,0
Kéo lệch khí quản	2	4,4
Hạch rốn phổi	2	4,4
Xẹp phổi	14	31,1
Giãn phế nang	5	11,1
Giãn phế quản	3	6,7

Nhận xét:

Tổn thương nhu mô kèm theo trong nhóm bệnh nhân này gặp nhiều nhất là tổn thương nốt 46,7%, tiếp đó là thâm nhiễm 35,6%.

Bảng 3.34. Hình ảnh tổn thương màng phổi qua siêu âm

Tổn thương phát hiện qua SA	Số lượng	
	n	%
Dịch màng phổi tự do	10	22,4
Dày màng phổi	21	46,9
Vách	19	42,9
Dịch màng phổi nhiều ổ	5	10,2
Dịch MP tự do, vách	5	10,2
Dịch MP nhiều ổ, vách, dày MP	40	89,8

Nhận xét:

Siêu âm phần lớn (89,8%) có tổn thương nhiều ổ vách, dày màng phổi.

3.2.2. Nội soi lồng ngực ngực kết hợp trong điều trị di chứng tràn dịch màng phổi do lao

Bảng 3.35 Chẩn đoán trước can thiệp nội soi

Chẩn đoán trước nội soi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TDMP có vách	1	2,2
Vách + Dày dính MP	37	82,2
Ổ cận màng phổi	7	15,6
Tổng	45	100

Nhận xét:

Chỉ định can thiệp hầu hết là tràn dịch màng phổi có vách và dày dính màng phổi, có 01 người bệnh tràn dịch màng phổi với ổ dịch có vách; 15,6% người bệnh có chẩn đoán là ổ cận màng phổi

Bảng 3.36. Cách thức nội soi

Cách thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Can thiệp nội soi đơn thuần	43	95,6
Can thiệp nội soi thất bại phải chuyển phẫu thuật	2	4,4

Nhận xét:

Có 95,6 % bệnh nhân được điều trị bằng nội soi đơn thuần; 4,4% phải chuyển mổ mở.

Bảng 3.37. Thủ thuật can thiệp được thực hiện qua nội soi

Phương pháp can thiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phá vách, lấy giả mạc	2	5,1
Phá vách + bóc vỏ MP	43	94,9
Tổng	45	100

Nhận xét:

Phương pháp can thiệp chủ yếu là phá vách, bóc vỏ màng phổi, gỡ dính phổi

Bảng 3.38. Các tổn thương phổi hợp của người bệnh tràn dịch màng phổi do lao được phát hiện qua nội soi lồng ngực

Tổn thương phổi hợp	Số lượng	
	n	%
Dịch vàng chanh	5	11,1
Dịch đỏ	0	0,0
Dịch mủ	39	86,7
Hạt lao MP thành, hoành	6	13,3
Vách xơ	14	31,1
Dây chằng MP	2	4,4
MP dày dính	37	82,2
Tổn thương nhu mô	19	42,2

Nhận xét:

Tổn thương phổi hợp gặp nhiều nhất là dày dính màng phổi 86,7% và vách xơ 31,1%. Tổn thương nhu mô gặp ở 42,2% số người bệnh. Hay gặp nhất là dịch mũ 86,7% và dịch vàng chanh 11,1%. Tổn thương hạt lao ở màng phổi thành hoành gặp ở 13,3% người bệnh

Bảng 3.39 Biến chứng sau nội soi

Biến chứng	Số lượng (N=45)	%
Không có biến chứng	44	97,8
Dò khí kéo dài	0	0
Viêm mũ màng phổi	1	2,2
Tử vong	0	0

Nhận xét:

Tỉ lệ biến chứng thấp, chỉ có 1 người bệnh (2,2%) có biến chứng viêm mũ màng phổi là người bệnh nội soi thất bại phải chuyển phẫu thuật.

Bảng 3.40. Thời gian thực hiện nội soi

Nội dung	Số lượng	
	n	%
<1h	0	0,0
1-2h	5	11,1
2-3h	19	42,2
>3h	21	46,7
Tổng	45	100

Nhận xét:

Chỉ có 11,1% số ca nội soi được thực hiện trong vòng 2 giờ, 42,2% trong 2-3 giờ và 46,7% trường hợp trên 3 giờ.

Bảng 3.41. Diễn biến sau nội soi

Thời gian	TB ± SD	Min	Max
Lưu ống dẫn lưu màng phổi (ngày)	6,4 ± 3,1	1	20
Từ khi NSLN đến khi ra viện (ngày)	10,0 ± 4,9	5	28

Nhận xét:

Bệnh nhân được rút dẫn lưu khi quan sát không còn khí, dịch qua dẫn lưu ít dưới 100ml/24 giờ, chụp Xquang phổi nở tốt, không có ổ dịch khí khu trú. Thời gian rút dẫn lưu sau can thiệp trung bình là 6,4 ± 3,1 ngày.

Bảng 3.42. Tổn thương màng phổi trên siêu âm trước khi ra viện

Tổn thương MP	Số lượng (N=45)	%
Dịch MP hay ổ dịch khu trú	0	0
Dày nhẹ MP khu vực ngoại vi	5	11,1
Tử vong	0	0

- Các bệnh nhân được bắt đầu điều trị lao ngay khi đang điều trị trong viện, được ra viện khi tình trạng chung ổn định, hết dịch màng phổi, chụp Xquang phổi nở hoàn toàn. Thời gian nằm viện sau nội soi trung bình là 10,0 ± 4,9 ngày. Ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 28 ngày ở bệnh nhân có biến chứng mũ màng phổi

- Có 40 người bệnh ra viện được đánh giá là kết quả tốt : phổi nở hoàn toàn, siêu âm hết dịch màng phổi.

- 5 người bệnh (11,1%) khi ra viện được đánh giá là kết quả trung bình : Xquang phổi nở toàn bộ, siêu âm còn dày màng phổi ngoại vi mức độ nhẹ. Các người bệnh này đều được hướng dẫn tiếp tục tập thở cùng với điều trị thuốc lao, theo dõi sau 3 tháng có 4 người bệnh không còn tổn thương màng phổi, 1 người bệnh còn dày màng phổi nhẹ phát hiện trên siêu âm, không có triệu chứng.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên tổng số 163 người bệnh, được chia vào 2 nhóm để phân tích: Nhóm nội soi chẩn đoán bao gồm 163 người bệnh người bệnh tràn dịch màng phổi, kết quả chẩn đoán qua nội soi màng phổi cho thấy có 122 người bệnh (74,8%) tràn dịch màng phổi do lao, 21 người bệnh (12,9%) do viêm mạn tính và 20 người bệnh (12,3%) do ung thư. Trong nhóm 122 người bệnh chẩn đoán Lao bằng nội soi lồng ngực, có 45 người bệnh có di chứng vách hóa, ổ dịch khu trú, dày màng phổi có chỉ định nội soi can thiệp điều trị các di chứng (n=45).

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1.1. Tuổi và giới

Trong tổng số 163 người bệnh có 118 (72,4%) người bệnh nam và 45 (27,6%) người bệnh nữ, số nam cao hơn nữ khoảng 2,6 lần. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả đã thực hiện trong và ngoài nước. Theo Ngô Quý Châu và cộng sự (2003) khi nghiên cứu trên 284 người bệnh tràn dịch màng phổi cho thấy nam chiếm 62,3%, nữ chiếm 37,7% [89]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) khi nghiên cứu trên 130 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân, kết quả cho thấy: nam chiếm 63,8%, nữ chiếm 36,2% [14]. Trong các nghiên cứu quốc tế, Francois-Xavier Blanc và cộng sự (2002) nghiên cứu trên 154 người bệnh được nội soi lồng ngực có 79,9% nam, 20,1% nữ [90]. Theo Kiani A và cộng sự (2015) nghiên cứu trên 300 người bệnh tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân được nội soi lồng ngực chẩn đoán, có 192 (64%) trường hợp là nam giới và 108 (36%) trường hợp là nữ giới [80].

Tuổi trung bình của các người bệnh tham gia nghiên cứu là $51,2 \pm 19,1$ tuổi; tuổi trung bình ở nam giới: $52,3 \pm 19$, tuổi trung bình ở nữ giới: $48,4 \pm 19,4$. Sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phân chia nhóm tuổi, kết quả cho thấy nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất ở nam giới là 56-65 tuổi (23,7%), ở nữ giới là 66-75 tuổi (20%). Nhóm tuổi có tỷ lệ thấp nhất ở cả hai giới là 16-25 tuổi. Theo Kiani A và cộng sự (2015)) nghiên cứu về nội soi lồng ngực chẩn đoán bệnh lý màng phổi, trong nhóm nghiên cứu 300 người bệnh có tuổi trung bình là $51 \pm 14,7$; thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 73 tuổi [80]. Theo Dadas Erdogan và CS (2019) nghiên cứu 263 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết được nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân nam chiếm tỉ lệ 61,2%, nữ chiếm tỉ lệ 38,8%, tuổi trung bình $59,54 \pm 14,92$ tuổi [91]. Theo Nour Moursi Ahmed S và cộng sự (2016), tuổi trung bình: 71 (thấp nhất là 33 tuổi, cao nhất là 92 tuổi), nam chiếm tỉ lệ 79,5% [92].

Phân tích về phân bố tuổi giới theo nguyên nhân gây bệnh

Tuổi trung bình của nhóm ung thư cao nhất với $62,6 \pm 13,0$ tuổi, tiếp đến là nhóm viêm $50,4 \pm 15,3$ tuổi, và cuối cùng là nhóm bệnh lao $49,5 \pm 20$ tuổi. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 3 nhóm có ý nghĩa thống kê (ANOVA: $p > 0,05$). Trong nhóm lao, nhóm tuổi 26-35 gặp nhiều nhất chiếm 19,7%, nhóm tuổi >75 chỉ chiếm 8,2%. Trong nhóm ung thư nhóm tuổi 46-65 gặp nhiều nhất chiếm 45%, nhóm tuổi >75 chiếm 30%. Trong nhóm viêm nhóm tuổi 56-65 gặp nhiều nhất chiếm 33,3%. Về giới, ở tất cả các nhóm nguyên nhân gây bệnh tỉ lệ nam cao hơn nữ, tỉ lệ nam (%) / nữ (%) ở nhóm lao là 70,5/29,5, nhóm ung thư là 75/25, nhóm viêm là 81/19, 1; không có sự khác biệt về tỉ lệ nam/nữ có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Gong, L. và CS (2020) nghiên cứu trên 82 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết thấy trong nhóm lao độ tuổi hay gặp nhất là 35-59

chiếm 49,2%; trong nhóm ung thư độ tuổi hay gặp nhất là 35-59 tuổi 55,6%, trên 59 tuổi 44,4%; trong nhóm viêm độ tuổi hay gặp nhất là trên 59 tuổi 77,8% [62]. Theo Vũ Khắc Đại (2016), tuổi trung bình của nhóm lao: $54,7 \pm 16,4$ tuổi, của nhóm ung thư: $56,8 \pm 12,8$ tuổi, nhóm viêm $56,4 \pm 7,5$ tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; trong nhóm lao nhóm tuổi 41-60 gặp nhiều nhất chiếm 51,4%, nhóm tuổi 61-80 chiếm 25,7%; trong nhóm ung thư nhóm tuổi 41-60 gặp nhiều nhất chiếm 50%, nhóm tuổi 61-80 chiếm 38,6%; trong nhóm viêm chỉ gặp ở nhóm tuổi 21-40: 60% và 41-60: 40% [14]. Theo Rozman A và cộng sự (2014), khi nghiên cứu trên 111 trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính, tác giả cho thấy nam chiếm tỉ lệ 85,6%, nữ chiếm tỉ lệ 14,4%, tuổi trung bình là: 65 (dao động từ 28 đến 86 tuổi) [56]

4.1.1.2. Đặc điểm về tiền sử bệnh

Đặc điểm về tiền sử bệnh hô hấp

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, phần lớn các người bệnh ở cả 3 nhóm đều có tiền sử khỏe mạnh. Tiền sử mắc các bệnh hô hấp khác chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ, với hen phế quản; viêm phế quản, chấn thương ngực và COPD.

Đa số các người bệnh trong nhóm nghiên cứu không có tiền sử gì đặc biệt liên quan đến bệnh lý màng phổi hay đặc biệt là các di chứng của bệnh lý này. Thực tế lâm sàng cho thấy các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao gặp nhiều ở những người mắc bệnh lần đầu với tiền sử hoàn toàn khỏe mạnh, liên quan nhiều đến việc phát hiện bệnh muộn hay điều trị không đúng cách hơn là đến tiền sử các bệnh hô hấp khác đã mắc.

Đặc điểm về tiền sử mắc bệnh nền khác

Hầu hết các bệnh lý đồng mắc đều có tỷ lệ thấp (dưới 10%) ở cả 3 nhóm người bệnh. Bệnh lý nền gặp nhiều nhất ở nhóm Lao là đái tháo đường không biến chứng (12,3%) và viêm loét dạ dày (4,1%) , đây cũng là những bệnh nền làm suy giảm sức đề kháng của người bệnh, tạo yếu tố thuận lợi để bệnh lao phát triển. Một số bệnh lý như bệnh gan chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh

lao. Các bệnh lý như suy tim, bệnh bạch cầu chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh viêm. Các bệnh mạch máu não, liệt nửa người gặp ở nhóm bệnh lao và ung thư. Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các bệnh lý đồng mắc giữa các nhóm ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu của các tác giả nước ngoài về tràn dịch màng phổi, Jane A. SHAW và cộng sự (2019) đề cập đến tỷ lệ bệnh lao màng phổi trên người nhiễm HIV cao [33]. Đây cũng là một bệnh nền hay được nói đến trong y văn nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào.

Tiền sử sử dụng các chất kích thích

Tình trạng sử dụng thuốc lá là phổ biến ở cả 3 nhóm bệnh, dao động từ 13,1% đến 30%. Sử dụng thuốc lá cao nhất ở nhóm bệnh ung thư (25%), thấp nhất ở nhóm lao (4,9 %). Phân tích thống kê cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng thuốc lá và thuốc lào giữa các nhóm ($p < 0,05$).

Tình trạng sử dụng rượu bia tương đối thấp ở cả 3 nhóm (dưới 20%). Tình trạng sử dụng rượu không có sự khác biệt giữa các nhóm. Tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ nên khó đánh giá sự liên quan giữa tiền sử sử dụng chất kích thích và tình trạng bệnh lý.

4.1.1.3. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng toàn thân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sốt là triệu chứng gặp nhiều nhất với 42,6% tổng số người bệnh nghiên cứu, triệu chứng sút cân gặp ở 25,8% các trường hợp, triệu chứng hạch ngoại vi gặp với tỉ lệ nhỏ 2,5%

Phân tích các triệu chứng toàn thân theo nguyên nhân gây bệnh, sốt thường gặp nhất ở nhóm bệnh lao 42,6%, nhóm viêm 28,6%, thấp nhất ở nhóm ung thư 5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng sốt giữa các nhóm ($p = 0,004$). Triệu chứng sốt trong nghiên cứu của chúng tôi gặp với tỷ lệ ít hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác. Trần Thị Dung (2009), nghiên cứu 88 người bệnh lao màng phổi thấy 92% sốt [93]. Nguyễn

Kim Cương (2014) nghiên cứu thấy 61,5% nhóm tràn dịch màng phổi do lao có sốt [94]. Theo các tác giả nước ngoài, tỉ lệ người bệnh có biểu hiện sốt khá cao khoảng 85% [33]. Sự khác biệt do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết khó chẩn đoán, người bệnh thường có tình trạng bệnh lý không điển hình hoặc đã qua giai đoạn cấp tính với các triệu chứng rầm rộ.

Sút cân nhiều nhất ở nhóm ung thư 50%, nhóm lao 22,2%, nhóm viêm 23,8%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,142$). Triệu chứng hạch ngoại vi hiếm gặp ở cả 3 nhóm với tỉ lệ dưới 5%. Không có sự khác biệt thống kê về triệu chứng này. Theo Ngô Quý Châu (2003) các triệu chứng toàn thân thường gặp là sốt: 50,4%, sút cân 29,9% [89]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) triệu chứng sốt ở nhóm lao 51,4%, nhóm ung thư 21,6%, nhóm viêm: 20% ($p < 0,05$) [14]. Theo Gu Y và cộng sự (2016) [95] khi nghiên cứu trên 140 người bệnh tràn dịch màng phổi, kết quả cho thấy trong nhóm nguyên nhân do lao: sốt: 45,71%, sút cân: 20%; trong nhóm ung thư: sốt 10,53%, sút cân: 26,32%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có một số chênh lệch so với kết quả của các tác giả nêu trên, sự khác biệt này có thể giải thích do đặc điểm bệnh lý và nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi của mỗi nghiên cứu là khác nhau

Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là đau ngực chiếm 94,4%, khó thở gặp ở 62,5%. Ho cũng là triệu chứng khá phổ biến trong đó ho khan 37,9% và ho có đờm 31,9%. Ho ra máu chỉ gặp ở 2,3% các trường hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả trong nước. Theo Ngô Quý Châu (2003) các triệu chứng cơ năng thường gặp của tràn dịch màng phổi là đau tức ngực 76,7%; ho khan 46,8%; ho khạc đờm 27,8%; khó thở 78,2% [89]. Trong nghiên cứu của Trịnh Thị

Huong (2007), các triệu chứng cơ năng thường gặp của tràn dịch màng phổi bao gồm: đau tức ngực: 81,6%, ho khan: 43,8%, ho khạc đờm: 29,7%, khó thở: 75,1% [96]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) các triệu chứng cơ năng thường gặp của tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân là khó thở: 94,6%, đau ngực: 72,3%, ho khan: 71,5% [14].

Phân tích các triệu chứng cơ năng theo nguyên nhân gây bệnh, chúng tôi thấy triệu chứng ho ra máu chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh lao với tỷ lệ thấp 3,3%. Ho khan là triệu chứng thường gặp ở cả 3 nhóm bệnh, chiếm tỷ lệ 33,3% ở nhóm viêm, 36,9% ở nhóm lao và 55% ở nhóm ung thư. Ho có đờm cũng là triệu chứng phổ biến ở cả 3 nhóm bệnh, chiếm tỷ lệ 33,3% ở nhóm viêm, 32% ở nhóm lao và 30% ở nhóm ung thư. Đau ngực là triệu chứng phổ biến nhất ở cả 3 nhóm với tỷ lệ trên 94%. Khó thở gặp ở 58,2% nhóm người bệnh lao, 80% nhóm ung thư và 81% ở nhóm viêm, triệu chứng khó thở xuất hiện tùy theo số lượng dịch có trong khoang màng phổi, dựa theo kết quả nghiên cứu này chúng ta có thể thấy người bệnh có tràn dịch màng phổi mức độ nhiều gặp ở nhóm lao ít hơn so với nhóm ung thư và viêm. Phân tích thống kê cho thấy có sự khác biệt giữa các nhóm về triệu chứng khó thở với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của hầu hết các công trình nghiên cứu khác về các triệu chứng cơ năng hay gặp ở nhóm tràn dịch màng phổi do lao [17]. Theo Gu Y và cộng sự (2016) các triệu chứng hay gặp là: sốt: 45,71%, khó thở: 71,43%, ho: 71,43%, đau ngực: 40%; ở nhóm ung thư: sốt: 10,53%, khó thở: 84,21%, ho: 70,53%, đau ngực: 28,42%, ho ra máu: 8,42% [95]. Theo Jane A. Shaw (2019), các triệu chứng hay gặp gồm đau ngực (75%), ho khan (70%), sốt (85%), đổ mồ hôi ban đêm (50%), khó thở (50%) và giảm cân (25–85%), một tỷ lệ nhỏ không có triệu chứng [33]. Đinh Ngọc Sỹ (2011) nghiên cứu trên 68 người bệnh tràn dịch màng phổi do lao được can thiệp nội soi điều trị các di chứng cho thấy các triệu chứng thường gặp nhất là đau ngực 86,8%, khó thở 76,6% [97].

Triệu chứng thực thể

Kết quả nghiên cứu cho thấy ran ẩm, ran nổ thường gặp ở cả 3 nhóm bệnh, chiếm 14% ở nhóm viêm; 18% ở nhóm lao và 25% ở nhóm ung thư. Hội chứng 3 giảm rất phổ biến ở các nhóm bệnh, đặc biệt là nhóm lao và viêm (>93%). Rì rào phế nang giảm cục bộ hay gặp nhất ở nhóm lao (20%). Lồng ngực lép chủ yếu ở nhóm lao (20%), đây là dấu hiệu thường gặp trên những người bệnh lao màng phổi bắt đầu có dày dính màng phổi dẫn đến co kéo lồng ngực. Phân tích thống kê cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng Lồng ngực lép giữa các nhóm bệnh ($p < 0,05$). Triệu chứng về tim mạch, tiêu hóa, hạch ngoại biên không xuất hiện nhiều ở các nhóm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự trong nghiên cứu của Ngô Quý Châu và cộng sự (2003), các triệu chứng thực thể hay gặp: hội chứng 3 giảm: 87%, thay đổi hình dáng lồng ngực xẹp 2,5%, phồng: 6,3%; [89]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) triệu chứng thực thể thường gặp của tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân là hội chứng 3 giảm gặp ở 100% người bệnh nghiên cứu [14].

4.1.1.4 Phân tích về chẩn đoán và điều trị trước nội soi lồng ngực

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành ở bệnh viện thuộc tuyến trung ương, vì vậy trong nhóm nghiên cứu ngoài những người bệnh trực tiếp đến bệnh viện nói tiến hành nghiên cứu còn có một số lượng khá lớn người bệnh được chuyển đến sau khi đã được chẩn đoán và điều trị ở các tuyến y tế cơ sở. Khảo sát về chẩn đoán từ tuyến trước của nhóm này và phân tích theo theo nguyên nhân gây bệnh cho thấy tỷ lệ không rõ chẩn đoán cao nhất ở nhóm lao (65,6%), nhóm ung thư 20%. Chẩn đoán chính xác nguyên nhân do lao từ tuyến trước là 9/122 (7,38%) người bệnh; chẩn đoán chính xác nguyên nhân do ung thư từ tuyến trước là 6/20 người bệnh (30%); ở nhóm viêm các người bệnh đều được chuyển đến với chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch là lao (9,52%) và ung thư (23,81%). Như vậy khả năng chẩn đoán nguyên nhân tràn

dịch ở một số đơn vị tuyến y tế cơ sở còn chưa cao, cần có những giải pháp tăng cường năng lực chẩn đoán bệnh lý màng phổi cho nhóm này hoặc có những quy trình để chuyển sớm những người bệnh khó chẩn đoán đến những cơ sở có trang bị và khả năng tốt hơn, giúp có chẩn đoán xác định và điều trị sớm cho người bệnh.

Về vấn đề điều trị ở tuyến y tế cơ sở trước khi chuyển người bệnh, khảo sát cho thấy điều trị kháng sinh được chỉ định khá phổ biến, ở nhóm lao 75,4%, nhóm viêm 52,4%, nhóm ung thư (65%). Điều trị thuốc lao (đơn thuần và kết hợp kháng sinh) ở nhóm viêm 9,6%, nhóm lao 7,4% và ở nhóm ung thư 0%. Tỷ lệ không điều trị ở nhóm lao 37,7%, nhóm ung thư 35% và nhóm viêm 19%. Thủ thuật chọc dịch màng phổi được thực hiện với tỉ lệ tương đối cao, ở nhóm lao 80,3%, nhóm ung thư 80% và nhóm viêm 76,2%. Kết quả này cho thấy việc thực hiện thủ thuật chọc dịch màng phổi đã được thực hiện khá sớm và phổ biến ở các tuyến y tế cơ sở.

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm tràn dịch màng phổi được nội soi chẩn đoán

4.1.2.1. Đặc điểm tổn thương trên phim Xquang chuẩn

Vị trí tràn dịch màng phổi

Chung cho toàn bộ nhóm nghiên cứu, chúng tôi thấy tràn dịch màng phổi bên phải gặp ở 49,1% tổng số người bệnh, nhiều hơn so với bên trái 39,9%. Có 11% số người bệnh có tràn dịch màng phổi cả 2 bên. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016) cho thấy tràn dịch bên phải gặp nhiều nhất: 48,5%, bên trái: 45,4% và hai bên: 6,1% [14]. Trong nghiên cứu của Ngô Quý Châu (2003), vị trí tràn dịch bên phải là 53,9%, bên trái là 35,3% và hai bên là 6,5% [89]. Theo Rozman (2013), tràn dịch màng phổi bên phải chiếm tỉ lệ cao nhất với 59,5%, bên trái: 40,5% [98].

Phân tích về vị trí tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn theo nguyên nhân gây bệnh cho thấy ở nhóm lao, tổn thương thường gặp nhất

ở phổi phải (48,4%), tiếp đến là phổi trái (45,1%). Tỷ lệ tổn thương ở 2 bên phổi cao hơn ở nhóm ung thư (20%) và viêm (28,6%) so với nhóm lao (6,6%). Tổn thương phổi phải gặp nhiều hơn ở nhóm ung thư (55%). Phân tích thống kê cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về vị trí tổn thương giữa các nhóm ($p = 0,011$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Gu Y và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 130 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết, trong nhóm lao tràn dịch bên phải gặp: 40%, bên trái: 42,86% và hai bên: 17,14%; trong nhóm ung thư tràn dịch bên phải gặp: 45,26%, bên trái: 38,95% và hai bên: 15,79% [95]. Theo Rozman A và cộng sự (2014), nghiên cứu trên 111 người bệnh tràn dịch màng phổi ác tính cho thấy tràn dịch bên phải chiếm 54,8% cao hơn bên trái: 45,2% [56]. Arkin, F. S. và CS (2019) nghiên cứu trên 229 người bệnh được nội soi lồng ngực chẩn đoán cho thấy tràn dịch bên phải gặp nhiều nhất: 60,7%, bên trái: 39,3%, không ghi nhận trường hợp nào tràn dịch cả 2 bên [99].

Mức độ tràn dịch màng phổi

Kết quả cho thấy trong 163 người bệnh trong nhóm nghiên cứu gặp chủ yếu tràn dịch ở mức độ trung bình 38,6%, mức độ nhiều gặp 34,4%, mức độ ít 27%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số tác giả khác. Theo Kiani A và cộng sự (2015), nghiên cứu giá trị chẩn đoán của nội soi màng phổi trong tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân trên 300 người bệnh, kết quả cho thấy mức độ tràn dịch trung bình gặp nhiều nhất: 48%, mức độ nhiều: 29%, mức độ ít: 23% [80]. Theo Rozman và cộng sự (2013), tràn dịch màng phổi mức độ ít và trung bình gặp chủ yếu, trong đó mức độ ít là 46,8%, trung bình là 40,5%, và nhiều là 12,7% [98]. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ tràn dịch màng phổi trung bình và nhiều thấp hơn có thể do nguyên nhân tác giả nghiên cứu trên đối tượng là người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết chậm hấp thu sau 6 tuần.

Phân tích về mức độ tràn dịch màng phổi trên phim Xquang ngực chuẩn theo nguyên nhân gây bệnh, chúng tôi thấy ở nhóm lao, tràn dịch mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), tiếp đến là mức độ nhiều (32%). Nhóm ung thư có tỷ lệ tràn dịch mức độ nhiều cao nhất (50%). Nhóm viêm tỷ lệ tràn dịch mức độ ít cao nhất (38,1%). Không có sự khác biệt thống kê về mức độ tổn thương giữa các nhóm ($p > 0.05$). Không có sự khác biệt thống kê về mức độ tổn thương giữa các nhóm ($p > 0.05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam. Theo Aleman C và cộng sự (2007), trong 263 trường hợp TDMP do ung thư thì tràn dịch mức độ trung bình gặp nhiều nhất: 47,9%, mức độ ít: 23,9% và mức độ nhiều 27,7% [100]. Theo Gu Y và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 130 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết, ở nhóm người bệnh có căn nguyên do lao tràn dịch mức độ ít là 2,86%, trung bình là 20%, và nhiều là 77,14%, ở nhóm người bệnh có căn nguyên ung thư tràn dịch mức độ ít là 1,05%, trung bình là 16,84%, và nhiều là 82,11% [95]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) nghiên cứu về nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết cho thấy mức độ tràn dịch trung bình chiếm nhiều nhất ở nhóm nguyên nhân do lao 62,9%; do ung thư 50 % và do viêm 60%, mức độ ít ở nhóm lao 25,7%, nhóm ung thư 31,8% và nhóm viêm 40%, mức độ nhiều ở nhóm lao chiếm 11,4%; nhóm ung thư chiếm 18,2% với sự khác biệt về mức độ tràn dịch giữa các nguyên nhân gây bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [14]

4.1.2.2. Đặc điểm tổn thương trên CT lồng ngực

Trên phim chụp CT cho phép đánh giá rõ hơn các tổn thương đặc biệt là những tổn thương ở nhu mô phổi, khí phế quản và trung thất, những tổn thương này rất khó đánh giá trên phim Xquang ngực chuẩn do bị tình trạng dịch màng phổi che lấp, đặc biệt ở những người bệnh có tràn dịch màng phổi nhiều. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp tổn thương dạng nốt phổ biến ở cả 3 nhóm, đặc biệt nhóm ung thư 65% và viêm 61,9%. Tổn thương dạng đông

đặc cũng thường gặp ở tất cả các nhóm, dao động từ 43,4-61,9%. Xẹp phổi nhiều nhất ở nhóm lao (51,6%), dấu hiệu kéo lệch khí quản chỉ gặp ở 2 người bệnh và đều ở nhóm lao. Hạch trung thất và giãn phế quản thường gặp ở nhóm ung thư. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số dấu hiệu như hang, hạch rốn, giãn phế quản, hạch trung thất giữa các nhóm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác trên thế giới và ở Việt Nam. Theo Gu Y và cộng sự (2016), trong nhóm nguyên nhân do lao: tổn thương khối: 2,86%, nhiều nốt: 5,71%, thâm nhiễm: 17,14%, hạch lympho: 11,43%; ở nhóm nguyên nhân ung thư: tổn thương khối: 1,05%, nốt đơn độc: 40%, nhiều nốt: 16,84%, thâm nhiễm: 29,47%, hạch trung thất: 34,74% [95]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) ở nhóm căn nguyên do lao gặp chủ yếu các tổn thương nốt (31,4%), tổn thương thâm nhiễm (8,6%), hạch trung thất (14,3%); ở nhóm căn nguyên do ung thư gặp chủ yếu các tổn thương khối u (36,4%), hạch trung thất (27,3%), tổn thương nốt (15,9%); ở nhóm viêm: tràn dịch màng phổi tự do (100%), dày màng phổi (40%). Tổn thương khối u chỉ gặp trong nhóm do ung thư: 32/88 (36,4%), tổn thương thâm nhiễm chỉ gặp trong nhóm do lao: 3/35 (8,6%). Sự khác biệt tổn thương khối u, thâm nhiễm, dày màng phổi giữa các nhóm nguyên nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [14]

4.1.2.3. Tổn thương phát hiện qua siêu âm

Trên hình ảnh siêu âm, tràn dịch màng phổi tự do phổ biến ở cả 3 nhóm, đặc biệt 100% ở nhóm ung thư. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu này giữa các nhóm ($p = 0,001$). Dày màng phổi thường gặp nhất ở nhóm ung thư (30%). Tỷ lệ khoang màng phổi có vách tương đối cao ở cả 3 nhóm (khoảng 20%). Dịch nhiều ổ chỉ thấy ở nhóm lao (6,6%). Theo Yang PC và cộng sự (1992), khi nghiên cứu về giá trị của siêu âm trong tràn dịch màng phổi trên 320 trường hợp, cho thấy ở nhóm tràn dịch màng phổi do ung thư phát hiện được 27,4% trường hợp có dày màng phổi, khoang màng phổi

có vách: 31,9% trường hợp; ở nhóm tràn dịch màng phổi do nguyên nhân lành tính: 37,8% trường hợp dày màng phổi và 36% trường hợp có vách trong khoang màng phổi [101]. Theo Abramowitz Y và cộng sự (2009), nghiên cứu trên 78 trường hợp tràn dịch màng phổi dịch tiết phát hiện 59% trường hợp có dày màng phổi [102]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh của siêu âm trong tràn dịch màng phổi trên 130 trường hợp thấy chủ yếu gặp hình ảnh tràn dịch màng phổi tự do chiếm 94,3%, dày màng phổi chiếm 20%, khoang màng phổi có vách chiếm 17,1%. Ở nhóm do ung thư, hầu hết gặp hình ảnh tràn dịch màng phổi tự do chiếm 97,7%, dày màng phổi chiếm 23,9%, khoang màng phổi có vách chiếm 17%. Ở nhóm do viêm 100% có hình ảnh tràn dịch màng phổi tự do, ổ dịch có vách chiếm 20%. Sự khác biệt các hình ảnh tổn thương giữa các nhóm nguyên nhân không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [14].

Siêu âm rất có giá trị trong chẩn đoán các bệnh lý màng phổi, đặc biệt siêu âm giúp xác định chính xác vị trí của ổ dịch từ đó định hướng chính xác vị trí mở màng phổi để đưa ống nội soi vào thăm khám khoang màng phổi, siêu âm cũng có giá trị trong phát hiện các vách trong khoang màng phổi. Kết quả nghiên cứu của Kearney và cộng sự (2000), tác giả cũng cho thấy giá trị của siêu âm trong phát hiện các vách trong khoang màng phổi cao hơn chụp CT scanner ngực [103].

4.1.2.4. Xét nghiệm dịch màng phổi

Màu sắc dịch

Trong tổng số 163 người bệnh nghiên cứu, dịch màu vàng chanh gặp chủ yếu chiếm 78,6%, dịch hồng 14,6%, dịch màu đỏ máu 6,8%; trong nhóm tràn dịch màng phổi do lao dịch màng phổi màu vàng chanh 89,3%, màu hồng 9% và màu đỏ máu 1,7%; trong nhóm tràn dịch màng phổi do ung thư dịch màng phổi màu vàng chanh 35%, màu hồng: 35% và màu đỏ máu 30%. Kết quả của chúng tôi 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 hồng và dịch đỏ thường liên quan đến ung thư. Dịch tái lập nhanh hay gặp nhất ở ung thư và viêm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm dịch như TB K, dịch hồng, dịch đỏ, dịch tái lập nhanh giữa các nhóm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác có báo cáo tương tự. Theo Villena và cộng sự (2004), khi nghiên cứu trên 715 người bệnh tràn dịch màng phổi: dịch màu vàng chanh gặp chủ yếu chiếm 53%, dịch hồng 27%, dịch màu đỏ máu 8%; trong nhóm tràn dịch màng phổi do lao dịch màng phổi màu vàng chanh 74%, màu hồng 21% và màu đỏ máu 2%; trong nhóm tràn dịch màng phổi do ung thư dịch màng phổi màu vàng chanh 50%, màu hồng: 34% và màu đỏ máu 11% [104]. Theo Vũ Khắc Đại (2016), khi nghiên cứu trên 130 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân, dịch màng phổi màu vàng chanh 50%, màu hồng: 30,8%, màu đỏ máu: 19,2%. Theo tác giả này, màu vàng chanh đa số gặp trong tràn dịch màng phổi do lao 52,5%, dịch màu hồng và màu đỏ máu chủ yếu gặp trong tràn dịch màng phổi do nguyên nhân ung thư 45% [14]. Sự khác biệt về tỉ lệ dịch màu vàng chanh này là do trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng người bệnh nhiều hơn, trong đó số người bệnh lao cũng chiếm tỉ lệ cao trong mẫu nghiên cứu.

Tế bào dịch màng phổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bạch cầu và tế bào màng phổi biến ở cả 3 nhóm (trên 70%). Hồng cầu nhiều nhất ở nhóm ung thư (75%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm dịch như TB K, dịch hồng, dịch đỏ, dịch tái lập nhanh giữa các nhóm. Dịch tái lập nhanh hay gặp nhất ở ung thư và viêm. Theo Kushwaha R và cộng sự (2008), tác giả báo cáo số lượng nhỏ tế bào màng trong dịch màng phổi ở trường hợp lao màng phổi, trong khi đó hầu hết các tràn dịch màng phổi khác đều có tỉ lệ tế bào màng >5% [105].

Xét nghiệm tế bào trong dịch màng phổi có giá trị định hướng nguyên nhân tràn dịch màng phổi, dịch màng phổi có số lượng tế bào lympho chiếm ưu thế (>50% tế bào là lympho) thường gặp trong lao và ung thư, tế bào bạch cầu đa nhân trung tính cao trong các tràn dịch màng phổi do nguyên nhân viêm [33].

4.1.3. Nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi

163 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân được tiến hành nội soi lồng ngực quan sát tổn thương, sinh thiết màng phổi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm vi sinh chẩn đoán. Kết quả cho thấy có 122/163 (74,8%) trường hợp tràn dịch màng phổi do lao, 21/163 (12,9%) trường hợp tràn dịch màng phổi do viêm và 20/163 (12,3%) trường hợp tràn dịch màng phổi do ung thư. 100% các trường hợp đều xác định được nguyên nhân sau can thiệp nội soi và xét nghiệm.

4.1.3.1. Hình ảnh tổn thương qua nội soi lồng ngực của 163 người bệnh nghiên cứu

Theo bảng 3.21, qua nội soi lồng ngực cho thấy đặc điểm tổn thương đối với từng nhóm bệnh quan sát được:

Trong nhóm căn nguyên do lao, tổn thương màng phổi gặp đa số là màng phổi dày dính 52/122 (42,6%), nốt nhỏ rải rác màng phổi thành 58/122 (47,5%), vách trong ổ dịch màng phổi 34/122 (27,9%), các tổn thương ít gặp hơn: sần sùi MP thành 7/122 (5,7%), thâm nhiễm 26 (21,3%), tổn thương nhu mô 26/122 (21,3%).

Trong nhóm căn nguyên do ung thư, tổn thương màng phổi gặp đa số là sần sùi màng phổi thành 13/20 (65%), nốt cục màng phổi thành 10/20 (50%), thâm nhiễm màng phổi tạng 11/20 (55%), tổn thương nốt cục trên nhu mô phổi 5/20 (25%); các tổn thương ít gặp hơn gồm màng phổi dày dính 2 (10%), vách fibrin 4 (20%).

Trong nhóm căn nguyên do viêm tổn thương màng phổi gặp đa số là màng phổi dày dính 8/21 (36,4%), vách xơ 7/21 (31,8%), nốt nhỏ rải rác màng phổi thành 10/21 (45,5%); các tổn thương ít gặp hơn gồm tổn thương nhu mô 6/21 (27,3%), sần sùi màng phổi thành 3/21 (13,6%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tổn thương nốt, hạt lao trên MP thành, hoành xuất hiện đặc trưng ở những người bệnh mắc Lao màng phổi với tỷ lệ là 15,6%. Trong khi đó, tổn thương này hoàn toàn không xuất hiện ở những người bệnh mắc Ung thư và Viêm ($p < 0,05$). Tổn thương "Nốt nhỏ rải rác MP thành" cũng có sự xuất hiện nghiêng về nhóm Lao, chiếm tới 47,5% người bệnh ($p < 0,001$). Các hình ảnh tổn thương u sùi, thâm nhiễm màng phổi thành và màng phổi tạng, ổ loét sùi... gặp phổ biến nhất ở nhóm Ung thư. Đặc biệt hình ảnh tổn thương sần sùi màng phổi thành gặp phổ biến nhất trong nhóm ung thư với tỷ lệ lên tới 65% và có sự khác biệt rất đáng kể giữa các nhóm bệnh đối với tổn thương này với giá trị $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác. Theo Vũ Khắc Đại (2016), quan sát qua nội soi màng phổi thấy tổn thương hay gặp nhất trong nhóm căn nguyên do lao là màng phổi xung huyết 60%, dày màng phổi 51,4%, nốt nhỏ rải rác 34,3%, dày dính 20%, vách fibrin 37,1%; trong nhóm căn nguyên do ung thư là u sùi 54,5%, thâm nhiễm 44,3%, dày màng phổi 27,3%, nốt nhỏ rải rác 8%; trong nhóm căn nguyên do viêm là màng phổi dày và xung huyết 60%, vách fibrin 40% [14]. Theo Zhao, T. (2019) nghiên cứu về nội soi lồng ngực cho 575 người bệnh tràn dịch màng phổi do lao cho thấy dày màng phổi chiếm ưu thế ở 47,3% (273/575 người bệnh), nốt hoại tử ở 39,5% (227/575 người bệnh) và các nốt màng phổi quan sát được ở 13,2% (76/575 người bệnh) [106]. Theo Wang và cộng sự (2015), khi nghiên cứu trên 333 người bệnh lao màng phổi, kết quả cho thấy các tổn thương màng phổi trong lao: các nốt màng phổi chiếm 69,4%, dầy dính: 66,7%, xung huyết: 60,7%, tổn thương dạng mảng: 6%, ổ loét: 1,5% [107]. Cũng trong

mô tả về hình ảnh của lao màng phổi quan sát qua nội soi lồng ngực, theo X-L Kong, H-H Zeng (2014) tiến hành nội soi lồng ngực cho 91 người bệnh phát hiện 76 trường hợp được chẩn đoán lao màng phổi với các hình ảnh hay gặp là hoại tử 76,32%; nốt sần lan tỏa 64,67%; u sùi màng phổi 14,47%; dày dính màng phổi hoặc vách xơ trong ổ dịch 78,95%; tất cả các người bệnh này đều có tràn dịch tự do hoặc tràn dịch khu trú, hiệu quả chẩn đoán trong bệnh lao màng phổi dựa trên hình ảnh quan sát được qua nội soi lồng ngực là 93,41% [108]. A.G Casalini (2018) đã tiến hành nội soi lồng ngực cho 46/52 người bệnh (88%) lao màng phổi, hình ảnh nội soi thường gặp nhất là sự hiện diện của các nốt nhỏ trên màng phổi thành gặp ở 26/46 người bệnh (56,5%), hình ảnh màng phổi dày lên và dính cũng thường xuyên được quan sát thấy [109]. Theo Nguyễn Duy Thắng (2022) quan sát tổn thương màng phổi qua nội soi lồng ngực cho thấy tổn thương dày dính màng phổi gặp ở hầu hết cả 3 nhóm bệnh lao, ung thư và viêm; tổn thương nốt nhỏ rải rác gặp nhiều hơn ở nhóm nguyên nhân do lao nhưng ít gặp hơn ở nhóm ung thư và viêm ($p < 0,001$); tổn thương gặp nhiều nhất trong nhóm tràn dịch màng phổi do lao là dày dính màng phổi 86%, nốt nhỏ rải rác màng phổi 75%; trong nhóm tràn dịch do ung thư là màng phổi sần sùi 86%, xung huyết màng phổi 71%; trong nhóm tràn dịch do viêm là xung huyết 75%, dày dính 75% [4]

Trong nhóm căn nguyên do lao, tổn thương màng phổi gặp đa số là màng phổi dày dính 42,6%, vách trong ổ dịch màng phổi 27,9%; đây là những di chứng của lao màng phổi gây nhiều khó khăn trong việc điều trị do sự hình thành các vách sẽ chia ổ dịch thành nhiều khoang nhỏ và không thể chọc hút được triệt để, do không được dẫn lưu hết các ổ dịch sẽ dần xơ hóa và tạo thành các mảng dày dính bó chặt làm phổi không nở được, lâu dài sẽ dẫn đến các biến chứng nặng hơn như dày, dính màng phổi, làm xẹp một bên lồng ngực dẫn đến các triệu chứng đau ngực, khó thở, suy giảm chức năng hô hấp và giảm nhiều khả năng lao động của người bệnh. Trong nhóm nghiên

cứu này chúng tôi gặp 45 trường hợp có hình ảnh nội soi với những đặc điểm ổ dịch có vách và dày dính màng phổi như mô tả ở trên đặc trưng cho lao màng phổi đã có di chứng, trong số này có 05 trường hợp qua quan sát có các tổn thương nốt và nốt sùi trên màng phổi thành chưa loại trừ được căn nguyên ung thư, chúng tôi tiến hành sinh thiết tức thì làm giải phẫu bệnh có kết quả là tổn thương lao. Sau khi khẳng định chẩn đoán lao màng phổi những người bệnh này được tiếp tục tiến hành các thủ thuật can thiệp phá các vách dày dính, bóc vỏ màng phổi giải phóng phổi và đều có kết quả tốt. Đây là một trong những ưu điểm của nội soi lồng ngực, cho phép tiến hành nhiều can thiệp chẩn đoán và điều trị khác nhau trong cùng một thủ thuật.

Từ các kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy các loại hình ảnh tổn thương màng phổi quan sát được qua nội soi lồng ngực có thể gặp trong tất cả các nhóm nguyên nhân khác nhau gây tràn dịch màng phổi nhưng với những tỷ lệ khác nhau. Vì vậy các hình ảnh tổn thương màng phổi quan sát được qua nội soi có giá trị gợi ý cao đến chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch. Giá trị quan trọng hơn nữa của nội soi lồng ngực là giúp cho việc sinh thiết được chính xác và dễ dàng hơn, kể cả ở những vị trí khó khăn cho việc sinh thiết mù hoặc sinh thiết với hỗ trợ của CT hay siêu âm màng phổi như các tổn thương ở góc sườn hoành, góc tâm hoành, các tổn thương trên bề mặt hoành, tổn thương màng phổi sát tim và các mạch máu lớn v.v... Để đảm bảo độ chính xác của chẩn đoán nên tiến hành sinh thiết nhiều lần ở nhiều vị trí tổn thương quan sát được khác nhau.

4.1.3.2. Hiệu quả chẩn đoán của nội soi lồng ngực

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 163 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa chẩn đoán được nguyên nhân với các biện pháp chẩn đoán thường quy như: xét nghiệm dịch màng phổi tìm tế bào ung thư, tìm AFB, nuôi cấy tìm vi khuẩn lao (phương pháp bactec), sinh thiết màng phổi mù hay dưới hướng dẫn của CT lồng ngực các người bệnh này được tiến hành nội

soi lồng ngực quan sát tổn thương, sinh thiết màng phổi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm vi sinh chẩn đoán. Có thể soi bằng ống soi mềm, hoặc nội soi lồng ngực ống cứng trong những trường hợp tràn dịch phức tạp, có vách hay nhiều ổ dịch khu trú mà tiên lượng nội soi ống mềm không quan sát được hết các tổn thương hoặc soi ống mềm chuyển ống cứng trong những trường hợp sau nội soi lồng ngực chẩn đoán phát hiện các tổn thương cần tiến hành luôn các thủ thuật can thiệp phức tạp hơn như gỡ dính, bóc các mảng xơ trong ổ dịch, bóc vỏ màng phổi v.v... Kết quả 100% chẩn đoán xác định được nguyên nhân sau can thiệp nội soi quan sát, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi sinh và mô bệnh học.

Phân tích so sánh giữa các phương pháp chẩn đoán xác định nguyên nhân tràn dịch màng phổi khác nhau, chúng tôi thấy sinh thiết qua nội soi màng phổi có tỉ lệ xác định chẩn đoán Lao (122/122 người bệnh), cao hơn đáng kể so với các sinh thiết màng phổi qua da khác (80/122 người bệnh) và sinh thiết qua nội soi phế quản (2/122 người bệnh). Chẩn đoán tràn dịch màng phổi do ung thư từ các bệnh phẩm lấy qua nội soi lồng ngực tương đương với sinh thiết màng phổi với hướng dẫn của siêu âm hoặc CT lồng ngực (20/20 người bệnh) và cao hơn đáng kể so với các bệnh phẩm lấy qua nội soi phế quản (1/20 người bệnh).

Trong nhóm được chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao, phân tích về giá trị của nội soi màng phổi sinh thiết lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm AFB, nuôi cấy Bactec và xét nghiệm mô bệnh học chúng tôi có kết quả giá trị chẩn đoán tương ứng là 6,6%; 30,3% và 100%, hiệu quả chẩn đoán chung là 100%.

Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Verma A và cộng sự (2015), giá trị chẩn đoán của nội soi màng phổi trong tràn dịch màng phổi do lao là 100% [110]. Theo Mansour, Osama F. và cs (2018) so sánh giữa 2 phương pháp sinh thiết bằng kim Abrams dưới hướng dẫn của siêu âm với sinh thiết qua nội soi màng phổi cho thấy không có sự khác biệt

giữa 2 phương pháp về độ nhạy và độ đặc hiệu [111]. Nội soi màng phổi giúp quan sát trực tiếp tổn thương và sinh thiết đúng vị trí tổn thương, sinh thiết được tại nhiều vị trí tổn thương hơn. Theo Christopher DJ và cộng sự (1998), khi nghiên cứu giá trị của sinh thiết màng phổi mù sử dụng kim Trucut, kết quả cho thấy giá trị chẩn đoán đạt 75% [112]. Theo Koegelenberg, C. F. và cộng sự (2011), nghiên cứu giá trị của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch màng phổi cho thấy giá trị chẩn đoán đối với lao màng phổi 80% và đối với tràn dịch màng phổi ác tính dưới 60%, sinh thiết dưới hướng dẫn của CT và/hoặc siêu âm cho hiệu quả chẩn đoán cao hơn đặc biệt với bệnh ác tính, tương ứng là 88% và 83%, với nội soi lồng ngực có hiệu suất chẩn đoán 91–95% đối với ác tính bệnh và cao tới 100% đối với bệnh lao màng phổi [113]. Theo Durgeshwar, G. và cộng sự (2022), khi so sánh giá trị chẩn đoán giữa nội soi màng phổi với sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân, kết quả cũng cho thấy giá trị chẩn đoán của nội soi màng phổi cao hơn hẳn so với sinh thiết màng phổi kín (94,7% so với 90%), tác giả cho rằng nội soi lồng ngực là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán những trường hợp tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân [2]. Theo Mishra AK và cộng sự (2016), nghiên cứu so sánh hiệu quả chẩn đoán của sinh thiết màng phổi kín với sinh thiết màng phổi qua nội soi lồng ngực bằng cách tiến hành sinh thiết màng phổi kín bằng kim Cope, sau đó trên cùng người bệnh này tiếp tục thực hiện soi lồng ngực bằng ống cứng một cổng (Karl Storz Telecam DX II 20 2330 20) với góc nhìn bằng 0 (0) độ và sinh thiết qua ống nội soi, kết quả cho thấy sinh thiết màng phổi qua nội soi chẩn đoán được 78,2% trường hợp trong khi đó sinh thiết màng phổi kín chẩn đoán được 21,7% trường hợp [114].

4.1.3.3. Thời gian thực hiện nội soi lồng ngực chẩn đoán

Phần lớn các ca nội soi được thực hiện trong thời gian ngắn (bảng 3.23), dưới 1 giờ ở 114 trường hợp (69,9%) và trên 1 giờ ở 49 trường hợp

(30,1%). Thời gian kéo dài chủ yếu gặp ở nhóm các người bệnh được tiến hành các thủ thuật can thiệp (phá vách, bóc vỏ màng phổi v.v...) Theo Vũ Khắc Đại (2016) thời gian thực hiện nội soi màng phổi trung bình là $29,8 \pm 6,3$ phút [14]. Durgeshwar, G và cộng sự (2022) tiến hành nội soi màng phổi chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, thời gian trung bình thực hiện nội soi màng phổi là 90 phút, dao động từ 85 đến 105 phút [2]. Theo Nguyễn Duy Thắng (2022) tiến hành nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi cho 47 người bệnh cho biết thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $61,4 \pm 14,7$ phút [4]. Theo Eze, N. J. (2022) nghiên cứu về vai trò chẩn đoán của nội soi lồng ngực cho biết thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $130 \pm 14,5$ phút, dao động từ 45-160 phút [47].

Thời gian thực hiện nội soi lồng ngực phụ thuộc vào nhiều yếu tố và các chỉ định khác nhau ở mỗi người bệnh. Trong những trường hợp nội soi chẩn đoán quan sát và sinh thiết đơn thuần, thủ thuật thường được thực hiện trong thời gian ngắn hơn. Trong những trường hợp khoang màng phổi có nhiều vách fibrin và/hoặc dày dính màng phổi nặng, có nhiều dịch trong khoang màng phổi thì thời gian thực hiện nội soi màng phổi sẽ kéo dài hơn do phải tiến hành nhiều thủ thuật khác nhau như phá các vách xơ dính, giải phóng toàn bộ khoang màng phổi, dẫn lưu hết dịch màng phổi, sau đó mới quan sát được các tổn thương trong khoang màng phổi và nhu mô phổi, tiếp theo là sinh thiết các tổn thương và bóc vỏ màng phổi trong những trường hợp có chỉ định can thiệp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới.

4.1.3.4. Thời gian dẫn lưu màng phổi và thời gian nằm viện theo nhóm bệnh

Về thời gian dẫn lưu và thời gian nằm viện, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian dẫn lưu màng phổi ở nhóm Lao là $3,8 \pm 2,7$ ngày, ở nhóm ung thư là $3,4 \pm 3,2$ ngày, ở nhóm viêm mạn là $3,7 \pm 6,2$ ngày, thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi trung bình khá tương đồng giữa các nhóm khoảng 3-4 ngày. Thời gian từ khi vào viện đến khi nội soi dài nhất ở nhóm ung thư $12,2 \pm 8,7$ ngày và viêm $12,9 \pm 7,3$ ngày; ngắn nhất ở nhóm lao $9,8 \pm 7,7$ ngày.

Thời gian nằm viện sau can thiệp nội soi cũng dài hơn ở nhóm ung thư $17,1 \pm 16$ ngày và viêm $16,7 \pm 13,0$ ngày so với nhóm lao $8,5 \pm 4,6$ ngày, thời gian nằm viện sau can thiệp nội soi chủ yếu liên quan đến vấn đề điều trị sau khi đã có chẩn đoán xác định bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, Theo Durgeshwar, G và cộng sự (2022) tiến hành nội soi màng phổi chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, thời gian nằm viện trung bình là 15 ngày, dao động từ 12 đến 22 ngày [2]. Theo Nguyễn Duy Thắng (2022) tiến hành nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi cho 47 người bệnh cho biết thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi ở nhóm viêm là cao nhất, thấp nhất là nhóm lao màng phổi, trung bình là 3.6 ± 2.3 ngày [4]. Theo Vũ Khắc Đại (2016) nghiên cứu 130 người bệnh được nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi cho thấy thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi cao nhất ở nhóm ung thư $3 \pm 2,7$ ngày, ở nhóm lao $5,2 \pm 2,3$ ngày, ở nhóm viêm $5 \pm 3,4$ ngày, trung bình là $5,2 \pm 2,5$ ngày, sự khác biệt giữa ba nhóm nguyên nhân này không có nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [14].

4.1.3.5. Tai biến và biến chứng của nội soi màng phổi chẩn đoán

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có tai biến quan trọng nào được ghi nhận. Có 94 (57,6 %) người bệnh có biểu hiện đau tại nơi làm thủ thuật, không có tai biến quan trọng nào khác được ghi nhận. Không có trường hợp tử vong liên quan tới nội soi lồng ngực. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác, theo Ashok Kuwal và CS (2021) nghiên cứu ở Ấn Độ trên 55 người bệnh tràn dịch màng phổi dịch tiết được nội soi lồng ngực chẩn đoán cho thấy các biến chứng liên quan đến thủ thuật đều nhẹ và thoáng qua, trong đó đau sau thủ thuật được báo cáo phổ biến nhất [57]. Theo Durgeshwar, G. (2022), sau nội soi lồng ngực chẩn đoán không có biến chứng lớn nào được ghi nhận, tràn khí dưới da là biến chứng gặp nhiều nhất chiếm 10%, tiếp theo là xuất huyết 5,3% và suy hô hấp 5,3% [2]. Theo Vũ Khắc Đại

(2016) tỷ lệ tai biến thường gặp của nội soi màng phổi là đau ngực 60,8%, sốt 4,6% và chảy máu 3,1% [14].

Tỉ lệ tai biến rất thấp cho thấy đây thực sự là một thủ thuật an toàn và mang lại một hiệu quả rất cao.

4.2. Nội soi lồng ngực kết hợp trong điều trị Lao màng phổi

Trong nhóm 122 người bệnh tràn dịch màng phổi do lao được chẩn đoán bằng nội soi lồng ngực nêu trên, có 45 người bệnh phát hiện có các di chứng trong khoang màng phổi được tiếp tục nội soi can thiệp để xử lí các di chứng.

4.2.1. Một số đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi và giới

Phân tích trong nhóm 45 người bệnh được nội soi lồng ngực điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao, số lượng nam 36 người (80%) nhiều hơn rõ ràng so với số lượng nữ 9 người (20%). Tuổi trung bình $47,3 \pm 19,5$ tuổi, tuổi trung bình của nam là $49,6 \pm 18,1$ tuổi, của nữ là $38,3 \pm 23,4$ tuổi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 55 tới dưới 65 tuổi, chiếm tỷ lệ 26,7%.

Nhóm đối tượng này của chúng tôi là các người bệnh tràn dịch màng phổi do lao có di chứng, qua thực tế lâm sàng chúng tôi nhận xét thấy di chứng của tràn dịch màng phổi do lao gặp nhiều hơn ở người trẻ, nguyên nhân có thể do ở đối tượng này thường có sức khỏe chung khá tốt, chính vì vậy nên người bệnh hay chủ quan và do đó chỉ đến bệnh viện khi các triệu chứng đã tương đối nặng, vì vậy việc điều trị thường bị chậm trễ hơn và dễ dẫn đến xuất hiện các di chứng

Điều trị ở tuyến trước

Theo bảng 3.27, có 20% người bệnh được phát hiện và chọc dịch màng phổi từ tuyến trước, 62,2% bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị kháng sinh từ tuyến trước không đỡ phải chuyển tuyến trên và 15,6% bệnh nhân vào viện chưa được điều trị gì trước đó. Các người bệnh khác được chuyển đến hoặc tự đến vì sau điều trị triệu chứng bệnh chưa giảm.

Khi chưa chẩn đoán được căn nguyên, việc điều trị kháng sinh không đúng sẽ dẫn tới hậu quả nặng nề, đặc biệt là gây khó khăn cho chẩn đoán căn nguyên và dễ dẫn tới tình trạng kháng kháng sinh trong quá trình điều trị sau này. Việc chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị lao là điều kiện thuận lợi hình thành các vách, màng dày dính trong ổ dịch, gây khó khăn cho điều trị nội khoa. Theo Vorster, M. J. và CS (2015) tổng hợp các nghiên cứu về tràn dịch màng phổi do lao cho thấy với ổ dịch cận màng phổi dày trên 10mm có thể gây ra các triệu chứng lâm sàng đáng kể, được báo cáo với tỷ lệ thay đổi từ 26-50,4%, không được điều trị triệt để sẽ dẫn đến di chứng xơ hóa màng phổi, tuy nhiên chưa chắc chắn về mức độ phổ biến chính xác với các báo cáo dao động trong khoảng từ 5% đến 55% [115]

Một biến chứng hay gặp khác của Lao màng phổi là Viêm mủ màng phổi với biểu hiện là dịch màng phổi có mủ với các tổ chức bã đậu, trên tiêu bản nhuộm thấy vi khuẩn lao. Bệnh cảnh lâm sàng có thể diễn biến cấp, bán cấp hay mạn tính với các triệu chứng mệt mỏi, sốt nhẹ, gầy sút v.v.... Thực tế, lao là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm mủ màng phổi. Trên phim chụp ngực thường quy hay chụp CT ngực thường thấy hình ảnh dày, vôi hoá ở màng phổi. Theo nghiên cứu của Đinh Văn Lượng (2013) tại Việt Nam 82,65% viêm mủ màng phổi là do lao [7], theo Mansour (2018) tỉ lệ viêm mủ màng phổi do lao là 96% [116].

Thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Trong quá trình tiến hành hỏi bệnh chúng tôi nhận thấy hầu hết các người bệnh không xác định được chính xác thời điểm bắt đầu bị bệnh trừ một số trường hợp bị sốt cao. Chúng tôi tiến hành phân chia khoảng thời gian bị bệnh theo các mốc trước hai tuần, 2 đến 4 tuần và sau 4 tuần. Theo bảng 3.26 chỉ có 33,3% số người bệnh vào viện trong vòng 2 tuần sau khi có triệu chứng. Số người bệnh vào viện sau khi có triệu chứng đầu tiên từ 2 đến 4 tuần chiếm tỉ lệ 33,1%. 15,6% người bệnh vào viện sau 1 đến 2 tháng và 20%

người bệnh vào viện sau trên 2 tháng kể từ khi có triệu chứng. Việc chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị là một trong những nguyên nhân quan trọng dễ dẫn đến các di chứng biến chứng. Kwak và CS (2004) nghiên cứu 43 người bệnh tràn dịch màng phổi do lao vách hóa cũng thấy thời gian có triệu chứng kéo dài không được điều trị có liên quan trực tiếp tới ở dịch và dày màng phổi, thời gian có triệu chứng trước khi điều trị trung bình của nhóm có di chứng màng phổi dày trên 10 mm là $6,0 \pm 3,4$ tuần, ở nhóm có di chứng màng phổi dày dưới 10mm là $2,1 \pm 1,2$ tuần [117].

Nhìn chung thời gian mắc bệnh trước khi vào viện tương đối dài. Lao màng phổi thường biểu hiện dưới hai dạng bán cấp tính với các triệu chứng khá rầm rộ như sốt cao, đau ngực, khó thở ... khiến người bệnh phải tới khám sớm, hoặc biểu hiện âm thầm khiến người bệnh không để ý đến, người bệnh chỉ đến bệnh viện khi đã có triệu chứng nặng, hoặc khi tự điều trị thuốc không kết quả. Đặc biệt ở người trẻ thường bệnh diễn biến âm thầm, không có các triệu chứng rầm rộ, đôi khi người bệnh chỉ có biểu hiện sốt mà không có triệu chứng gì khác dẫn tới hậu quả người bệnh thường được chẩn đoán muộn [118]. Một trong những nguyên nhân hay gặp khác là người bệnh khi đến khám với các triệu chứng ho, sốt, đau ngực thường được chẩn đoán Viêm phế quản và điều trị bằng các thuốc kháng sinh thông thường, sau một thời gian tình trạng bệnh không đỡ hoặc tiến triển nặng hơn, người bệnh mới được khám và xét nghiệm kỹ lưỡng và phát hiện bệnh.

Thời gian bị bệnh có liên quan mật thiết đến tình trạng vách hóa màng phổi. Kết quả của nghiên cứu cho thấy vách hóa màng phổi có thể xuất hiện sớm, do vậy diễn biến bệnh trước khi được chẩn đoán và điều trị càng lâu tình trạng vách hóa màng phổi sẽ càng nhiều. Xác định được khoảng thời gian diễn biến bệnh trước khi viện sẽ biết được thời gian cần thiết để hình thành vách hóa khoang màng phổi, từ đó giúp cho các bác sĩ lâm sàng có thái độ xử

trí thích hợp. Tuy nhiên việc xác định chính xác thời gian diễn biến bệnh thường khó khăn do triệu chứng khởi đầu thường kín đáo làm người bệnh không để ý. Việc chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị lao là điều kiện thuận lợi hình thành các vách, màng dày dính trong ổ dịch, gây khó khăn cho điều trị nội khoa. Về lâu dài, nếu không được xử trí triệt để sẽ dẫn đến tình trạng màng phổi dày lên trên diện rộng và vôi hóa dẫn đến tình trạng hạn chế hô hấp, đau ngực và thu hẹp khoảng gian sườn dẫn đến xẹp lồng ngực ảnh hưởng nặng đến chất lượng sống của người bệnh [119].

Một số đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản

So sánh một số chỉ số xét nghiệm máu tại 2 thời điểm: Khi nhập viện và khi ra viện, chúng tôi nhận thấy có tình trạng tăng rõ rệt số lượng bạch cầu từ trung bình 8,8 lên 11,4 và tỷ lệ % trung tính cũng tăng từ 62,3% lên 76,4%. Tỷ lệ % lympho giảm từ 24,1% xuống còn 13,7%, trung bình chỉ số hemoglobin giảm từ 13,1 xuống 12,1 và số tiểu cầu giảm từ 398,2 xuống 325,4. Chỉ số Fibrinogen, khi nhập viện, trung bình là $5,3 \pm 2,4$. Trước khi ra viện, giá trị này giảm xuống, đạt trung bình $4 \pm 2,7$. Về chỉ số INR, tại thời điểm nhập viện, giá trị trung bình là 2,2, tuy nhiên có một độ lệch chuẩn rất lớn là 11,6. Trước khi ra viện, chỉ số này giảm mạnh xuống còn 1,1 và độ lệch chuẩn giảm xuống 0,1 cho thấy mức độ phân tán thấp hơn. Sự thay đổi này do quá trình thực hiện can thiệp trên người bệnh, trước can thiệp người bệnh phải được điều trị ổn định không còn tình trạng viêm nhiễm, các xét nghiệm đông cầm máu trong giới hạn bình thường đảm bảo đủ điều kiện can thiệp nội soi. Sau can thiệp có những biến đổi trong xét nghiệm do phản ứng thông thường của cơ thể.

Soi phế quản

Có 33 người bệnh được soi phế quản trước can thiệp, hầu hết có xung huyết phù nề niêm mạc phế quản (33/45), có 7 người bệnh có chèn ép đường thở đều là những người bệnh có lao phổi kết hợp, không có người bệnh nào có các dấu hiệu tổn thương đường thở nặng như hoại tử bít tắc hay dò phế quản. Nội soi phế quản là một thăm dò được chỉ định khá rộng rãi, đặc biệt khi người bệnh có tổn thương nhu mô hay nghi ngờ có tổn thương khí phế quản kết hợp.

Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh (Xquang, CT ngực và siêu âm màng phổi)

Trên phim chụp X quang phổi thường quy và CT lồng ngực thấy tổn thương bên trái (48,9%) gặp nhiều hơn bên phải (46,7%), có 2 người bệnh (4,4%) có tràn dịch màng phổi cả 2 bên.

Hình ảnh X quang phổi cho biết mức độ tràn dịch nhiều hay ít, tràn dịch đơn thuần hay có tràn khí kết hợp, thấy được hình ảnh dày dính và vôi hóa màng phổi. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi thấy hầu hết người bệnh có dịch màng phổi ở mức độ ít (62,2%) và trung bình (17,8%), có 9 người bệnh (20%) dịch màng phổi ở mức độ nhiều. Theo Nguyễn Huy Điện và cs (2009) TDMP do lao gặp ở mức độ trung bình là nhiều nhất với 43,44%, mức độ ít 30,33% và mức độ nhiều 26,23 % [120]. Theo Nguyễn Kim Cương (2014) mức độ tràn dịch của nhóm TDMP do lao gặp ở mức trung bình là 47,2%, ít 38% và nhiều là 14,8% [94]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các nghiên cứu nêu trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các người bệnh (89,8%) đều có tổn thương dịch màng phổi nhiều ổ, vách và dày màng phổi ngoại vi phát hiện được trên X Quang và siêu âm màng phổi, nhiều hơn đáng kể so với nghiên cứu của Jeon.D gặp ở khoảng 50% [121]. Sự khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những trường hợp tràn dịch màng phổi do lao đã có di chứng cần chỉ định nội soi can thiệp. Hầu hết các tổn thương tràn

dịch màng phổi do lao khu trú đều kết hợp với dày màng phổi, đây là một trong những di chứng sớm nhất của bệnh, có thể phát hiện được khá sớm và dễ dàng qua phim chụp Xquang phổi. Triệu chứng lâm sàng tương ứng là hiện tượng hạn chế sự vận động của lồng ngực, tiến triển nặng hơn gây co rút, co kéo trung thất và vòm hoành, ảnh hưởng lớn đến khả năng hô hấp. Nếu không được điều trị sớm kịp thời hoặc điều trị đáp ứng không tốt, màng phổi dày dính sẽ bó chặt lấy phổi và gây xẹp lồng ngực. Trong trường hợp này, để điều trị chỉ còn cách phẫu thuật bóc vỏ màng phổi.

CT ngực cho phép đánh giá tổng quát về tình trạng tổn thương màng phổi, vị trí, mức độ dày màng phổi, hình ảnh vôi hoá lá tạng màng phổi nếu có. Các tổn thương màng phổi khu trú như dày màng phổi, tràn dịch màng phổi khu trú, vách hoá màng phổi cũng được thể hiện trên CT ngực. Hơn nữa, CT lồng ngực giúp phát hiện được thêm các tổn thương kín đáo của nhu mô phổi mà không xác định được trên phim phổi chuẩn. Ngoài ra, CT ngực còn được sử dụng như một công cụ dẫn đường để dẫn lưu dịch MP trong các trường hợp khó [18].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương nhu mô kèm theo gặp nhiều nhất là tổn thương nốt 46,7%, tiếp đó là thâm nhiễm 35,6%. Hee (2006) nghiên cứu trên 106 người bệnh tràn dịch màng phổi do lao thấy tỷ lệ có tổn thương nhu mô trên CT ngực là 86% [19]. J.A.Shaw và CS nghiên cứu về lao màng phổi cho thấy các bất thường về nhu mô được tìm thấy trên phim chụp CT lồng ngực ở 86% trong số các trường hợp, những phát hiện phổ biến nhất là vi mô các nốt ở vùng dưới màng phổi và mạch máu quanh phế quản mô kẽ và dày vách liên tiểu thùy [33]. Tỷ lệ phát hiện tổn thương nhu mô phổi trên phim X-quang phổi của chúng tôi thấp do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh tràn dịch màng phổi do lao đã có di chứng, tình trạng vách hóa, dày màng phổi gây ảnh hưởng đến việc đánh giá hình ảnh tổn thương nhu mô trên X-quang phổi, hơn nữa những tổn thương nhu

mô nằm sát với vùng tràn dịch bị dịch màng phổi che lấp khó phát hiện được. Ngay cả với phim chụp cắt lớp vi tính ngực, nếu người bệnh được chụp phim sớm khi mới vào viện thì tổn thương nhu mô phổi cũng bị che lấp bởi dịch màng phổi và nhu mô phổi xẹp.

4.2.2. Nội soi lồng ngực trong điều trị phổi hợp các di chứng của Lao màng phổi ***Chẩn đoán và cách thức can thiệp***

Chỉ định can thiệp hầu hết là tràn dịch màng phổi có vách và dày dính màng phổi 37 người bệnh (82,2%), 7 người bệnh (15,6%) có chẩn đoán là ổ cận MP, có 01 người bệnh tràn dịch màng phổi với ổ dịch có vách.

Có 95,6 % bệnh nhân được điều trị bằng nội soi; 2 người bệnh (4,4%) không thể can thiệp bằng nội soi phải chuyển phẫu thuật. Phương pháp can thiệp chủ yếu là phá vách, bóc vỏ màng phổi, gỡ dính phổi.

Nội soi lồng ngực là phương pháp chủ yếu được áp dụng cho 95,6% số người bệnh, chủ yếu để điều trị di chứng tràn dịch màng phổi vách hóa và tràn dịch màng phổi có dày dính màng phổi. 4,4% nội soi thất bại phải chuyển phẫu thuật, đều là những trường hợp đến muộn, có di chứng ổ cận và dày dính màng phổi nhiều trên diện rộng. Khi đã xuất hiện dày dính màng phổi, đặc biệt là màng phổi thành thì việc bóc lớp vỏ màng phổi dày qua nội soi đơn thuần trở nên khó khăn hơn nhiều. Theo Hajjar, W. M. (2016) nghiên cứu về nội soi lồng ngực bóc vỏ màng phổi cho 63 người bệnh, có 12 trường hợp (32,4%) phải chuyển phẫu thuật [122]. Theo Bo-Young Kim (2004) nghiên cứu trên 70 người bệnh được nội soi lồng ngực điều trị có 5 người bệnh (7,2%) phải chuyển mổ mở [123]. Theo Vikram Sindgikar (2022) nghiên cứu 47 người bệnh viêm mũ màng phổi do lao phải điều trị can thiệp chỉ có 8 người bệnh được can thiệp bằng nội soi lồng ngực, 39 người bệnh phải phẫu thuật mở ngực, có 32/47 người bệnh có biến chứng rò phế quản màng phổi đều được điều trị bảo tồn thành công, tác giả kết luận thời điểm can thiệp là rất quan trọng trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, bệnh càng nặng thì tỷ lệ thất bại của nội soi lồng ngực càng cao [124].

Trong quá trình đang điều trị, có những trường hợp dịch tái lập nhanh gây ra nhiều triệu chứng khó chịu cho người bệnh, ổ dịch hình thành nhiều vách do sợi fibrin hoặc do chọc hút nhiều lần gây mũ màng phổi, vách dính... khi đó việc chọc hút sẽ không có nhiều tác dụng, cần phẫu thuật sớm phá hết vách do sợi fibrin, kết hợp bóc vỏ màng phổi, giải phóng phổi dính giúp cho phổi nở tốt. Nên chỉ định can thiệp sớm mà không cần đợi sau 6 tháng điều trị sẽ giúp cho người bệnh tránh được nhiều di chứng biến chứng nặng làm ảnh hưởng nhiều đến chức năng hô hấp và chất lượng sống cho người bệnh sau này

Một diễn biến thường gặp khác trong điều trị tràn dịch màng phổi do lao là người bệnh có tiến triển tốt, hết dịch màng phổi nhưng có di chứng dày màng phổi trong thời gian đầu, sau đó dày màng phổi sẽ giảm đi sau điều trị, do vậy giai đoạn này không nên bóc vỏ màng phổi mà theo dõi thời gian ít nhất 6 tháng điều trị. Sau giai đoạn này nếu còn dày màng phổi, thì tiến hành phẫu thuật bóc vỏ màng phổi [125], [119].

Như vậy nội soi lồng ngực chủ yếu được chỉ định để điều trị sớm các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao, bên cạnh đó, nội soi lồng ngực cũng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán những trường hợp tràn dịch màng phổi không rõ nguyên nhân bằng các thăm khám và xét nghiệm thông thường [126].

Các thủ thuật được thực hiện khi nội soi

Phương pháp can thiệp chủ yếu là phá vách, bóc vỏ màng phổi, gỡ dính phổi. Mục đích là giải phóng hết các ổ dịch khu trú, làm sạch khoang màng phổi, giải phóng toàn bộ lá phổi khôi phục lại vị trí giải phẫu ban đầu

Tổn thương phổi hợp trong khoang màng phổi quan sát được qua nội soi

Tổn thương phổi hợp gặp nhiều nhất là dày dính màng phổi 86,7% và vách xơ 31,1%. Tổn thương nhu mô gặp ở 42,2% số người bệnh. Hay gặp nhất là dịch mũ 86,7% và dịch vàng chanh 11,1%. Tổn thương hạt lao ở màng phổi thành hoành gặp ở 13,3% người bệnh.

Mô tả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác. Theo Nguyễn Duy Thắng (2022) hình ảnh thường gặp trong nội soi lồng ngực ở người bệnh tràn dịch màng phổi do lao là dày dính màng phổi (86%), xung huyết 43%, vách fibrin 11% [4]

Thời gian thực hiện nội soi lồng ngực trong điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao

Chỉ có 11,1% số ca nội soi được thực hiện trong vòng 2 giờ, 42,2% trong 2-3 giờ và 46,7% trường hợp trên 3 giờ. Các di chứng sau tràn dịch màng phổi do lao thường khá phức tạp, đòi hỏi qua nội soi phải thực hiện nhiều thủ thuật: sinh thiết các tổn thương nghi ngờ, phá vách, màng fibrin, bóc vỏ màng phổi tạng và màng phổi thành. Quá trình can thiệp thường được thực hiện trên phổi bệnh lý, mủ nát nên khi thực hiện các can thiệp cần thận trọng tránh biến chứng tổn thương phổi. Do vậy thời gian thực hiện thường dễ bị kéo dài.

Diễn biến sau nội soi

Các người bệnh tràn dịch màng phổi do lao sau can thiệp nội soi đều được điều trị lao, tập thở, tập phục hồi chức năng hô hấp, rút sonde khi hết dịch màng phổi, phổi nở hoàn toàn. Do can thiệp nội soi ít xâm lấn, ít gây đau, phổi được giải phóng tốt nên sau can thiệp người bệnh có thể tập thở sớm và tích cực hơn do đó giúp cho chức năng hô hấp phục hồi nhanh hơn.

Tỉ lệ biến chứng thấp, chỉ có 1 người bệnh (2,2%) có biến chứng viêm mủ màng phổi, không có tử vong sau can thiệp.

Một tiêu chí quan trọng đánh giá kết quả can thiệp là thời gian lưu ống dẫn lưu và thời gian nằm viện sau can thiệp. Bệnh nhân được rút dẫn lưu khi quan sát không còn khí và dịch qua dẫn lưu, chụp Xquang phổi nở tốt, không có ổ dịch khí khu trú Thời gian lưu ống dẫn lưu sau nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $6,4 \pm 3,1$ ngày, cao nhất là 20 ngày ở người bệnh có biến chứng viêm mủ màng phổi.

Các bệnh nhân được bắt đầu điều trị lao ngay khi đang điều trị trong viện, được ra viện khi tình trạng chung ổn định, hết dịch màng phổi, chụp Xquang phổi nở hoàn toàn. Thời gian nằm viện sau nội soi trung bình là $10 \pm 4,9$ ngày. Ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 28 ngày ở bệnh nhân có biến chứng mũ màng phổi. Có 5 người bệnh (11,1%) khi ra viện Xquang phổi nở toàn bộ, siêu âm còn dày màng phổi ngoại vi mức độ nhẹ. Các người bệnh này đều được hướng dẫn tiếp tục tập thở cùng với điều trị thuốc lao, theo dõi sau 3 tháng có 4 người bệnh không còn tổn thương dày màng phổi, 1 người bệnh còn dày màng phổi nhẹ phát hiện trên siêu âm, không có triệu chứng.

So sánh với nghiên cứu của Đinh Văn Lượng (2010) nghiên cứu trên 66 người bệnh ổ cận màng phổi được mổ mở bóc vỏ màng phổi, có 19 người bệnh (28,8%) lao màng phổi đang hoạt động, 18 người bệnh (27,3%) lao màng phổi bội nhiễm, 21 người bệnh (31,8%) viêm mũ màng phổi không do lao, kết quả có 50 người bệnh (75,8%) không có biến chứng gì, 5 người bệnh (7,6%) có biến chứng viêm mũ màng phổi, 15 người bệnh (22,7%) phổi nở không hoàn toàn sau mổ và 6 người bệnh (9,1%) ổ cận tồn dư sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 22 ngày [127]. Như vậy, việc can thiệp nội soi sớm giúp người bệnh hồi phục nhanh, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn hơn. Theo Hany Hasan Elsayed và cộng sự (2018) nghiên cứu 38 người bệnh được nội soi lồng ngực kết hợp trong điều trị viêm mũ màng phổi thấy thời gian nằm viện trung bình là 4,1 ngày (dao động từ 2-14 ngày) thấp hơn đáng kể so với nhóm người bệnh tương tự nhưng chỉ được điều trị nội khoa có thời gian nằm viện trung bình 22 ngày (dao động từ 7 đến 131 ngày), tác giả kết luận chỉ định nội soi lồng ngực xử lý giai đoạn sớm, đặc biệt là trong giai đoạn xơ hóa của dịch màng phổi là một cách điều trị hiệu quả và kỹ thuật an toàn giúp giảm thời gian nằm viện, chi phí, biến chứng và tránh nguy cơ phải phẫu thuật lồng ngực bóc vỏ màng phổi trong hầu hết các trường hợp [128]

Một trong những ưu điểm quan trọng của nội soi lồng ngực là rút ngắn được thời gian thực hiện thủ thuật do hạn chế xâm lấn ở mức tối thiểu. Hơn nữa, đường vào trong can thiệp nội soi lồng ngực nhỏ, không phải banh rộng xương sườn, do vậy giảm tối đa chấn thương thành ngực, giảm đau sau can thiệp, diễn biến của bệnh nhân sau can thiệp nhẹ nhàng hơn, ít biến chứng xẹp phổi do bệnh nhân hô hấp tốt, Hơn nữa, đường rạch của nội soi nhỏ không ảnh hưởng đến thẩm mỹ của người bệnh. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác còn do các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định can thiệp từ sớm khi bắt đầu có các di chứng của lao màng phổi, vì vậy các thủ thuật can thiệp được thực hiện nói chung nhẹ nhàng với mức độ xâm lấn tối thiểu giúp cho người bệnh bị mất ít máu, thủ thuật an toàn, người bệnh phục hồi sức khỏe nhanh và ít để lại biến chứng.

Kết quả khả quan sau can thiệp nội soi ở nhóm người bệnh này cho thấy nội soi lồng ngực can thiệp sớm để điều trị các di chứng của tràn dịch màng phổi do lao là một phương pháp điều trị an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp, đem lại kết quả rất tốt cho BN, cần được khuyến cáo áp dụng rộng rãi.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 163 người bệnh TDMP dịch tiết kéo dài được chẩn đoán và điều trị bằng NSLN tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian 1/2020 đến 12/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh tràn dịch màng phổi được chẩn đoán bằng nội soi lồng ngực

- Nam 72,4 %, nữ 27,6%. Tuổi trung bình: $51,2 \pm 19,1$

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau ngực 94,4%; khó thở 62,5%; ho khan 37,9%, ho có đờm 31,9% và ho ra máu 2,3%. Hội chứng ba giảm: 92,6%,

- Kết quả chẩn đoán qua NSLN có 122 người bệnh lao (74,8%), 21 viêm mạn tính (12,9%) và 20 trường hợp ung thư (12,3%).

- Vị trí tràn dịch bên phải nhiều hơn bên trái. CT ngực gặp tổn thương dạng nốt phổ biến ở cả 3 nhóm, đặc biệt nhóm ung thư 65% và viêm 61,9%. Tổn thương dạng đông đặc cũng thường gặp ở các nhóm (43,4-61,9%). Xẹp phổi nhiều nhất ở nhóm lao (51,6%).

Hiệu quả chẩn đoán và tai biến của NSLN

- Hình ảnh tổn thương màng phổi qua nội soi: nhóm ung thư gặp hình ảnh u sùi màng phổi thành 65%, thâm nhiễm màng phổi tạng 55%; nhóm lao thường gặp màng phổi dày dính 42,6%, vách xơ 27,9%, nốt hạt màng phổi thành/hoành 15,6%

- Hiệu quả chẩn đoán với lao màng phổi: nội soi lồng ngực sinh thiết lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm AFB, bactec, mô học có giá trị chẩn đoán: 6,6%, 22,9%, 100% tương ứng.

- Hiệu quả chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính của nội soi lồng ngực đạt 100%, tương đương với các kỹ thuật sinh thiết qua da khác và cao hơn nhiều so với các bệnh phẩm lấy qua nội soi phế quản.

- Không có tai biến quan trọng nào được ghi nhận. Có 94 trường hợp (57,7 %) người bệnh có biểu hiện đau tại nơi làm thủ thuật. Không có tử vong.

2. Đánh giá kết quả của NSLN kết hợp trong điều trị Lao màng phổi

- Nghiên cứu gồm 45 người bệnh trong nhóm nội soi chẩn đoán được phát hiện TDMP do lao có các di chứng được tiếp tục điều trị với các can thiệp qua nội soi. Tuổi trung bình: $47,3 \pm 19,5$ tuổi; nam: 80%, nữ: 20%.

- Chỉ định can thiệp hầu hết là tràn dịch màng phổi có vách và dày dính màng phổi: 37/45 người bệnh (82,2%), 7 người bệnh (15,6%) có chẩn đoán là ổ cặn màng phổi. Phương pháp can thiệp chủ yếu là phá vách, gỡ dính giải phóng phổi, bóc vỏ màng phổi.

Vai trò của nội soi lồng ngực điều trị tràn dịch màng phổi do lao.

- Có 95,6 % bệnh nhân được điều trị bằng nội soi đơn thuần; 4,4% phải chuyển phẫu thuật. Phương pháp can thiệp chủ yếu là phá vách, gỡ dính giải phóng phổi, bóc vỏ màng phổi.

- Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là $6,4 \pm 3,1$ ngày. Thời gian nằm viện sau nội soi can thiệp trung bình là $10 \pm 4,9$ ngày. Tỷ lệ biến chứng thấp, chỉ có 1 người bệnh biến chứng viêm mũ màng phổi 2,2%. Không có trường hợp tử vong sau nội soi can thiệp.

- 100% bệnh nhân được ra viện khi đã hết dịch màng phổi, Xquang phổi nở hoàn toàn. Có 5 người bệnh (11,1%) khi ra viện siêu âm còn dày màng phổi ngoại vi mức độ nhẹ. Theo dõi sau 3 tháng có 4 người bệnh không còn tổn thương dày màng phổi, 1 người bệnh còn dày màng phổi nhẹ phát hiện trên siêu âm, không có triệu chứng.

KIẾN NGHỊ

Qua thực hiện nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nội soi lồng ngực là một kỹ thuật thăm dò chẩn đoán có giá trị cao cho mục đích định hướng và xác định chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp tràn dịch màng phổi. Nội soi lồng ngực kết hợp điều trị nội khoa trong điều trị tràn dịch màng phổi do lao có các di chứng là phương pháp điều trị an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp, đem lại kết quả tốt, giúp rút ngắn thời gian nằm viện, người bệnh hồi phục nhanh, tránh được những biến chứng nặng nề như dày dính hay ổ cặn màng phổi có thể gây ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động và chất lượng sống.

Nội soi lồng ngực nên được triển khai rộng hơn tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện về năng lực kỹ thuật trong tiếp cận chẩn đoán và điều trị các trường hợp tràn dịch màng phổi. Các Bệnh viện từ tuyến tỉnh đều có thể phát triển và ứng dụng rộng rãi nội soi lồng ngực trong các bệnh lý nêu trên.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

1. “Nội soi lồng ngực trong chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp tràn dịch màng phổi”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 529, tháng 8/2023, Số chuyên đề.
2. “Nội soi lồng ngực trong điều trị các di chứng tràn dịch màng phổi do lao tại Bệnh viện phổi trung ương”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 529, tháng 8/2023, Số chuyên đề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali, M.S., R.W. Light, F. Maldonado (2019), Pleuroscopy or video-assisted thoracoscopic surgery for exudative pleural effusion: a comparative overview, *J Thorac Dis*, 11(7), pp. 3207-3216.
2. 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), pp. e23809.
3. Pyng Lee, P. Astoul (2016). Medical thoracoscopy. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 578-590.
4. Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Duy Gia, Đoàn Quốc Hưng, et al. (2022), Phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch tiết khoang màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 159(11), pp. 220-228.
5. Phạm Vinh Quang (2010). Lịch sử phát triển phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Phẫu thuật nội soi điều trị tràn khí màng phổi tự phát*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 31-40.
6. Nguyễn Hoài Nam (2008), Các bước phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực, *Nghiên cứu Y học, Y học TP. Hồ Chí Minh*, (Tập 12, phụ bản của số 4*2008. Chuyên đề : Ngoại. Chuyên ngành: Ngoại lồng ngực), pp. 237-243.
7. Đinh Văn Lượng (2013), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật viêm mũ màng phổi người lớn, *Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
8. Nguyễn Văn Huy (2022). Giải phẫu Hệ Hô hấp. *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 623-639.

9. W.Light, R. (2013). Anatomy of the Pleura. *Pleural Diseases*, Williams and Wilkins, Philadenphia, PA., 1-7.
10. Rob J. Hallifax, N.M. Rahman (2016). Pleural embryology and gross structure, circulation, lymphatics, and nerves. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee., Editors, 13-26.
11. Đỗ Quyết (2013). Giải phẫu và sinh lý khoang màng phổi. *Bệnh màng phổi*, Nhà xuất bản y học, 7-29.
12. Light, R.W. (2013). Physiology of the Pleural Space. *Pleural Diseases*, Williams and Wilkins, Philadenphia, PA., 8-18.
13. Broaddus, V. (2016). Fluid and solute exchange in normal and disease states. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee., Editors, 49-59.
14. 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 sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
15. Phạm Ngọc Hoa, L.V. Phước (2009). Hội chứng X quang. *X Quang ngược*, M. Hà, Editor, Nhà xuất bản Y học, TP Hồ Chí Minh, 47-76.
16. Đỗ Quyết (2013). Các kỹ thuật hình ảnh trong thăm khám tràn dịch màng phổi. Nhà xuất bản y học, 30-60.
17. Đỗ Quyết (2013). Tràn dịch màng phổi do lao. *Bệnh màng phổi*, Nhà xuất bản y học 71-144.
18. Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước (2008). Màng phổi. *CT Ngược*, NXB Y học, 207-224.
19. Kim, H.J., H.J. Lee, S.Y. Kwon, et al. (2006), The prevalence of pulmonary parenchymal tuberculosis in patients with tuberculous pleuritis, *Chest*, 129(5), pp. 1253-8.

20. Chen, H.J., W.H. Hsu, C.Y. Tu, et al. (2006), Sonographic septation in lymphocyte-rich exudative pleural effusions: a useful diagnostic predictor for tuberculosis, *J Ultrasound Med*, 25(7), pp. 857-63.
21. Schlesinger, S.A., P. Perera (2012), Tuberculous pleural effusion, *West J Emerg Med*, 13(4), pp. 313-4.
22. Vollmer, I., A. Gayete (2010), Chest ultrasonography, *Arch Bronconeumol*, 46(1), pp. 27-34.
23. Cases Viedma, E., M.J. Lorenzo Dus, A. Gonzalez-Molina, et al. (2006), A study of loculated tuberculous pleural effusions treated with intrapleural urokinase, *Respir Med*, 100(11), pp. 2037-42.
24. Heffner, J.E. (2016). Pleural fluid analysis. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 153-173.
25. Light, R.W. (2013). Approach to the Patient. *Pleural Diseases*, Williams and Wilkins, Philadelphia, PA, 128-139.
26. Chubb, S.P., R.A. Williams (2018), Biochemical Analysis of Pleural Fluid and Ascites, *Clin Biochem Rev*, 39(2), pp. 39-50.
27. Awadallah, S.F., M.R. Bowling, N. Sharma, et al. (2019), Malignant pleural effusion and cancer of unknown primary site: a review of literature, *Annals of Translational Medicine*, 7(15), pp. 353.
28. Amanda Segal, Marais Combrinck, S.M. Chai (2016). Pleural fluid cytology. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 251-268.
29. Rajesh Thomas, Ioannis Kalomenidis, James Jett, et al. (2016). Effusion from malignant causes. *Textbook of Pleural Diseases*, , Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 278-294.
30. Oliver Bintcliffe, N. Maskell (2016). Approach to patients with pleural diseases. *Textbook of Pleural Diseases* Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 145-152.

31. Luke C. Strnad, Claudia M. Denking, M. Pai (2016). Effusions from infections: Tuberculosis. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 331-342.
32. Zhang, X., Q. Meng, R. Miao, et al. (2022), The diagnostic value of T cell spot test and adenosine deaminase in pleural effusion for tuberculous pleurisy: A systematic review and meta-analysis, *Tuberculosis (Edinb)*, 135.
33. JANE A. SHAW, ANDREAS H. DIACON, COENRAAD F.N. KOEGELENBERG (2019), Tuberculous pleural effusion, *Respirology*, 24(10), pp. 962-971.
34. Kim, H.W., K.H. Kim, A.Y. Shin, et al. (2022), Investigating the appropriate adenosine deaminase cutoff value for the diagnosis of tuberculous pleural effusion in a country with decreasing TB burden, *Sci Rep*, 12(1), pp. 7586.
35. Stavros Anevlavis, D. Bouros (2016). Effusions from connective tissue diseases. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 376-385.
36. J. Terrill Huggins, P. Doelken (2016). Effusions due to lymphatic disruption. *Textbook of Pleural Diseases*, Richard W. Light and Y.C.G. Lee, Editors, 353-361.
37. MaskellNA, G. FV, D. RJO (2003), Standard pleural biopsy versus CT guided cutting-needle biopsy for the diagnosis of malignant disease in pleural effusions: a randomised controlled trial, *Lancet*, 361, pp. 1326-1331.
38. Diacon, A.H., B.W. Van de Wal, C. Wyser, et al. (2003), Diagnostic tools in tuberculous pleurisy: a direct comparative study, *Eur Respir J*, 22(4), pp. 589-91.

39. Đỗ Quyết (2013). Soi lồng ngực nội khoa. *Bệnh màng phổi*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 333-375.
40. Đỗ Quyết (2013). Tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân bệnh tràn dịch màng phổi. *Bệnh màng phổi* Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 61-70.
41. Shigemura, N., A. Akashi, S. Funaki, et al. (2006), Long-term outcomes after a variety of video-assisted thoracoscopic lobectomy approaches for clinical stage IA lung cancer: a multi-institutional study, *J Thorac Cardiovasc Surg*, 132(3), pp. 507-12.
42. Shojaee, S., H.J. Lee (2015), Thoracoscopy: medical versus surgical-in the management of pleural diseases, *J Thorac Dis*, 7(Suppl 4), pp. S339-51.
43. Phạm Vinh Quang (2010). Lịch sử phát triển của phẫu thuật nội soi. *Phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ*, 157-206.
44. Nguyễn Hoài Nam (2008), Các bước phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực, *Nghiên cứu Y học, Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12, phụ bản của số 4*2008. Chuyên đề : Ngoại - chuyên ngành: Ngoại lồng ngực Hội Ngoại khoa và phẫu thuật toàn quốc 2008, Hồ Chí Minh, pp. 237-243.
45. Ngô Quý Châu, Hoàng Hồng Thái, Chu Thị Hạnh (2005), Bước đầu nhận xét về giá trị của nội soi màng phổi trong chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch mai, *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học-Hội nghị bệnh phổi và phẫu thuật lồng ngực các nước nói tiếng Pháp vùng Đông Nam Á, TP Hồ Chí Minh 11/2005*, tr. 292-297.
46. Đỗ Quyết (2013). Tràn dịch màng phổi ác tính. *Bệnh màng phổi*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-177.
47. Eze, N.J., C.I. Nwagboso, S.O. Ogbudu, et al. (2022), Diagnostic role of video-assisted thoracoscopy in the management of indeterminate pleural effusion, *Niger J Clin Pract*, 25(12), pp. 1978-1983.

48. Agca, M., R. Yildiz, F.T. Akyil, et al. (2020), Long-term follow-up results of patients diagnosed with nonspecific pleuritis by video-assisted thoracoscopic surgery biopsy, *Archives of Medical Science*.
49. Agarwal, R., A.N. Aggarwal, D. Gupta (2013), Diagnostic accuracy and safety of semirigid thoracoscopy in exudative pleural effusions: a meta-analysis, *Chest*, 144(6), pp. 1857-1867.
50. Madan, K., P. Tiwari, B. Thankgakunam, et al. (2021), A survey of medical thoracoscopy practices in India, *Lung India*, 38(1), pp. 23-30.
51. Borsi Hamid, Farahnak Mohammad Reza, Raji Hanieh, et al. (2020), Comparing the diagnostic accuracy of semi-rigid and rigid pleuroscopy in diagnosis of exudative lymphocyte dominant pleural effusion with, *J Family Med Prim Care*, 9(10), pp. 5256-5260.
52. Đỗ Quyết (2013). Gây dính màng phổi. *Bệnh Màng phổi*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 303-319.
53. Đỗ Quyết (2013). U trung biểu mô màng phổi ác tính. *Bệnh màng phổi*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 195-225.
54. McDonald C. M, Pierre C, de Perrot M, et al. (2018), Efficacy and Cost of Awake Thoracoscopy and Video-Assisted Thoracoscopic Surgery in the Undiagnosed Pleural Effusion, *Ann Thorac Surg*, 106(2), pp. 361-367.
55. Shaikh, F., R.J. Lentz, D. Feller-Kopman, et al. (2020), Medical thoracoscopy in the diagnosis of pleural disease: a guide for the clinician, *Expert Rev Respir Med*, 14(10), pp. 987-1000.
56. Rozman, A., L. Camlek, I. Kern, et al. (2014), Semirigid thoracoscopy: an effective method for diagnosing pleural malignancies, *Radiol Oncol*, 48(1), pp. 67-71.
57. Kuwal, A., M. Advani, N. Dutt, et al. (2021), Diagnostic accuracy of semirigid thoracoscopy in exudative pleural effusions and relationship of thoracoscopic findings with probability of malignant diagnosis, *Monaldi Arch Chest Dis*, 91(3).

58. Duysinx B, Heinen V, Corhay J. L, et al. (2019), Medical thoracoscopy in respiratory medicine: The Liege University Hospital experience, *Rev Mal Respir*, 36(6), pp. 688-696.
59. Tousheed S. Z, Manjunath P. H, Chandrasekar S, et al. (2018), Cryobiopsy of the Pleura: An Improved Diagnostic Tool, *J Bronchology Interv Pulmonol*, 25(1), pp. 37-41.
60. Haralsingh, A., R. Rawlins (2019), The role of thoracoscopic biopsies in the diagnosis of pleural tuberculosis, *Respir Med Case Rep*, 27, pp. 100846.
61. Terashita, S., H. Kawachi, T. Tajiri, et al. (2020), Intrapleural urokinase directly under medical thoracoscopy for the diagnosis of tuberculous pleurisy, *Respirol Case Rep*, 8(1), pp. e00498.
62. Gong, L., G. Huang, Y. Huang, et al. (2020), Medical Thoracoscopy for the Management of Exudative Pleural Effusion: A Retrospective Study, *Risk Manag Healthc Policy*, 13, pp. 2845-2855.
63. Colice, G.L., A. Curtis, J. Deslauriers, et al. (2000), Medical and surgical treatment of parapneumonic effusions : an evidence-based guideline, *Chest*, 118(4), pp. 1158-71.
64. Đinh Văn Lượng, Nguyễn Chi Lăng, Lê Ngọc Thành (2008), Một số nhận xét về căn nguyên và kết quả mổ bóc vỏ ổ chèn màng phổi qua 42 trường hợp tại khoa Ngoại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương, *Tạp chí Y học thực hành*, 7(612-613), pp. 14-16.
65. Nguyễn Sĩ Khánh, Đinh Văn Lượng, Lê Ngọc Thành (2022), Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũ màng phổi giai đoạn III tại Bệnh viện phổi Trung ương, *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam số 36 - Tháng 1/2022*, pp. 36-43.

66. Ohuchi, M., S. Inoue, Y. Ozaki, et al. (2014), Single-trocar thoracoscopy under local anesthesia for pleural space infection, *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 62(8), pp. 503-10.
67. Bagcchi, S. (2023), WHO's Global Tuberculosis Report 2022, *Lancet Microbe*, 4(1), pp. e20.
68. Kang, W., J. Yu, C. Liang, et al. (2023), Epidemiology and Association Rules Analysis for Pulmonary Tuberculosis Cases with Extrapulmonary Tuberculosis from Age and Gender Perspective: A Large-Scale Retrospective Multicenter Observational Study in China, *Int J Clin Pract*, 2023, pp. 5562495.
69. Antonangelo L, Faria C. S, Sales R. K (2019), Tuberculous pleural effusion: diagnosis & management, *Expert Rev Respir Med*, 13(8), pp. 747-759.
70. Light, R.W. (2013). Tuberculous pleural effusions. *Pleural diseases*, Williams and Wilkins, Philadelphia, PA, 247-262.
71. Anevlavis, S., M.E. Froudarakis (2018), Advances in pleuroscopy, *Clin Respir J*, 12(3), pp. 839-847.
72. Bộ Y Tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao.
73. Peloquin, C.A., G.R. Davies (2021), The Treatment of Tuberculosis, *Clin Pharmacol Ther*, 110(6), pp. 1455-1466.
74. Chambers. A, Routledge. T, D. J., et al. (2010), Is video-assisted thoracoscopic surgical decortication superior to open surgery in the management of adults with primary empyema?, *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 11(2), pp. 171-7.
75. Xiong, Y., X. Gao, H. Zhu, et al. (2016), Role of medical thoracoscopy in the treatment of tuberculous pleural effusion, *J Thorac Dis*, 8(1), pp. 52-60.

76. Shaw, J.A., E.M. Irusen, A.H. Diacon, et al. (2018), Pleural tuberculosis: A concise clinical review, *Clin Respir J*, 12(5), pp. 1779-1786.
77. Yim, A.P.C. (1996), The role of video-assisted thoracoscopic surgery in the management of pulmonary tuberculosis, *Chest*, 110(3), pp. 829-832.
78. Trần Hoàng Thành (2007). Trần dịch màng phổi do lao. *Bệnh lý màng phổi*, Nhà xuất bản y học 2007, 43-113.
79. David Karnofsky. <https://www.mdcalc.com/calc/3168/karnofsky-performance-status-scale#evidence>.
80. Kiani, A., A. Abedini, M. Karimi, et al. (2015), Diagnostic Yield of Medical Thoracoscopy in Undiagnosed Pleural Effusion, *Tanaffos*, 14(4), pp. 227-31.
81. Porcel, J.M., M. Vives (2003), Etiology and pleural fluid characteristics of large and massive effusions, *Chest*, 124(3), pp. 978-83.
82. Hersh, C.P., D. Feller-Kopman, M. Wahidi, et al. (2003), Ultrasound guidance for medical thoracoscopy: a novel approach, *Respiration*, 70(3), pp. 299-301.
83. Loddenkemper, R., P. Lee, M. Noppen, et al. (2011), Medical thoracoscopy/pleuroscopy: step by step, *Breathe*, 8(2), pp. 156-167.
84. Ernst, A., C.P. Hersh, F. Herth, et al. (2002), A novel instrument for the evaluation of the pleural space: an experience in 34 patients, *Chest*, 122(5), pp. 1530-4.
85. Michaud, G., D.M. Berkowitz, A. Ernst (2010), Pleuroscopy for diagnosis and therapy for pleural effusions, *Chest*, 138(5), pp. 1242-6.
86. Nicholson, A.G., M.S. Tsao, M.B. Beasley, et al. (2021), The 2021 WHO Classification of Lung Tumors: Impact of Advances Since 2015, *J Thorac Oncol*, 17(3), pp. 362-387.

87. Peleg, R., O. Liberman, Y. Press, et al. (2011), Patients visiting the complementary medicine clinic for pain: a cross sectional study, *BMC Complement Altern Med*, 11, pp. 36.
88. Davies, H.E., R.J. Davies, C.W. Davies, et al. (2010), Management of pleural infection in adults: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010, *Thorax*, 65 Suppl 2, pp. ii41-53.
89. Ngô Quý Châu (2003), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh tràn dịch màng phổi điều trị tại khoa hô hấp, bệnh viện Bạch Mai năm 2001 *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 26(6), pp. 56-60.
90. Blanc, F.X., K. Atassi, J. Bignon, et al. (2002), Diagnostic value of medical thoracoscopy in pleural disease: a 6-year retrospective study, *Chest*, 121(5), pp. 1677-83.
91. Dadas Erdogan, Erdogan Eren, Toker Alper, et al. (2019), Effectiveness of Video-Assisted Thoracoscopic Surgery in Undiagnosed Exudative Pleural Effusions, *Turk Thorac J*, 20(3), pp. 188-191.
92. Nour Moursi Ahmed, S., H. Saka, H.A. Mohammadien, et al. (2016), Safety and Complications of Medical Thoracoscopy, *Adv Med*, 2016, pp. 3794791.
93. Trần Thị Dung, Nguyễn Xuân Triều, Nguyễn Thị Bích Ngọc (2009), Đặc điểm lâm sàng tràn dịch màng phổi do lao, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III*, pp. 279-283.
94. Nguyễn Kim Cương, Phạm Đình Đồng, Nguyễn Hoàng Sơn, et al. (2014), Mô tả đặc điểm tràn dịch màng phổi dịch tiết một bên tại Bệnh viện phổi Trung ương từ 01/2011 tới 12/2011, *Tạp chí Lao và bệnh phổi*, 6-2014, pp. 46-52.
95. Gu, Y., K. Zhai, H.Z. Shi (2016), Clinical Value of Tumor Markers for Determining Cause of Pleural Effusion, *Chin Med J (Engl)*, 129(3), pp. 253-8.

96. Trịnh Thị Hương (2007), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 768 người bệnh tràn dịch màng phổi, *Tạp chí Nghiên cứu Y học Phụ trợ* 53 (5), 5, pp. 72-79.
97. Đinh Ngọc Sỹ (2011), Nghiên cứu vai trò của phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị tràn dịch màng phổi do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong 2 năm 2009-2011,, *Tạp chí Lao và bệnh phổi*, Số đặc biệt tháng 11/2011, pp. 61-65.
98. Rozman, A., L. Camlek, M. Marc-Malovrh, et al. (2013), Rigid versus semi-rigid thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease: a randomized pilot study, *Respirology*, 18(4), pp. 704-10.
99. Arkin, F.S., A.C. Kutluk, D. Gorgun, et al. (2019), The diagnostic role of video-assisted thoracoscopic surgery in exudative pleural effusion and follow-up results in patients with nonspecific pleuritis, *J Pak Med Assoc*, 69(8), pp. 1103-1107.
100. Aleman, C., L. Sanchez, J. Alegre, et al. (2007), Differentiating between malignant and idiopathic pleural effusions: the value of diagnostic procedures, *QJM*, 100(6), pp. 351-9.
101. Yang, P.C., K.T. Luh, D.B. Chang, et al. (1992), Value of sonography in determining the nature of pleural effusion: analysis of 320 cases, *AJR Am J Roentgenol*, 159(1), pp. 29-33.
102. Abramowitz, Y., N. Simanovsky, M.S. Goldstein, et al. (2009), Pleural effusion: characterization with CT attenuation values and CT appearance, *AJR Am J Roentgenol*, 192(3), pp. 618-23.
103. Kearney, S.E., C.W. Davies, R.J. Davies, et al. (2000), Computed tomography and ultrasound in parapneumonic effusions and empyema, *Clin Radiol*, 55(7), pp. 542-7.

104. Villena, V., A. Lopez-Encuentra, R. Garcia-Lujan, et al. (2004), Clinical implications of appearance of pleural fluid at thoracentesis, *Chest*, 125(1), pp. 156-159.
105. Kushwaha, R., P. Shashikala, S. Hiremath, et al. (2008), Cells in pleural effusions and their value in differential diagnosis, *Journal of Cytology*, 25(4), pp. 138-143.
106. Zhao, T., Y. Xu, Q. Song, et al. (2019), Medical thoracoscopy for tuberculous pleurisy: A retrospective analysis of 575 cases, *Ann Thorac Med*, 14(2), pp. 134-140.
107. Wang, Z., L.L. Xu, Y.B. Wu, et al. (2015), Diagnostic value and safety of medical thoracoscopy in tuberculous pleural effusion, *Respir Med*, 109(9), pp. 1188-92.
108. Kong, X.L., H.H. Zeng, Y. Chen, et al. (2014), The visual diagnosis of tuberculous pleuritis under medical thoracoscopy: a retrospective series of 91 cases, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 18(10), pp. 1487-95.
109. Casalini, A.G., P.A. Mori, M. Majori, et al. (2018), Pleural tuberculosis: medical thoracoscopy greatly increases the diagnostic accuracy, *ERJ Open Res*, 4(1).
110. Verma, A., A. Taha, S. Venkateswaran, et al. (2015), Effectiveness of medical thoracoscopy and thoracoscopic talc poudrage in patients with exudative pleural effusion, *Singapore Med J*, 56(5), pp. 268-73.
111. Mansour, O.F., A.A. Abd-Aziz, M.M. El-Habashy, et al. (2018), Comparison between ultrasound-guided Abrams needle and medical thoracoscopic pleural biopsies in exudative pleural effusion, *The Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 67(2).
112. Christopher, D.J., J.V. Peter, A.M. Cherian (1998), Blind pleural biopsy using a Tru-cut needle in moderate to large pleural effusion--an experience, *Singapore Med J*, 39(5), pp. 196-9.

113. Koegelenberg, C.F., A.H. Diacon (2011), Pleural controversy: close needle pleural biopsy or thoracoscopy-which first?, *Respirology*, 16(5), pp. 738-46.
114. Mishra, A.K., S.K. Verma, S. Kant, et al. (2016), A study to compare the diagnostic efficacy of closed pleural biopsy with that of the thoracoscopic guided pleural biopsy in patients of pleural effusion, *South Asian J Cancer*, 5(1), pp. 27-8.
115. Vorster, M.J., B.W. Allwood, A.H. Diacon, et al. (2015), Tuberculous pleural effusions: advances and controversies, *J Thorac Dis*, 7(6), pp. 981-91.
116. Tuấn:, Đ.V. (2012). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị viêm mủ màng phổi giai đoạn sớm*, Luận văn thạc sỹ y học
117. Trần Hoàng Thành (2007). Sinh lý học màng phổi. *Bệnh lý màng phổi*, Nhà xuất bản Y học 2007, 11-15.
118. Ghumman, U., H. Ghumman, K. Nawab, et al. (2020), Pleural Tuberculosis: A Febrile Presentation Without Respiratory Symptoms, *Cureus*, 12(9), pp. e10643.
119. Zhu, Y., Y.H. Gao, J.N. Zou, et al. (2021), Beware of Pleural Thickening and Calcification: An Enlightenment from a Case of Tuberculous Pleurisy, *Risk Manag Healthc Policy*, 14, pp. 1551-1554.
120. Nguyễn Huy Điện, Lê Huy Chính, Trần Quang Phục, et al. (2009), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh tràn dịch màng phổi do lao tại Hải Phòng từ 2005-2008, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III*, pp. 323-330.
121. Jeon, D. (2014), Tuberculous pleurisy: an update, *Tuberc Respir Dis (Seoul)*, 76(4), pp. 153-9.
122. Hajjar, W.M., I. Ahmed, S.A. Al-Nassar, et al. (2016), Video-assisted thoracoscopic decortication for the management of late stage pleural empyema, is it feasible?, *Ann Thorac Med*, 11(1), pp. 71-8.

123. Bo-Young Kim, Bong-Suk Oh, Won-Chae Jang, et al. (2004), Video-assisted thoracoscopic decortication for management of postpneumonic pleural empyema, *American journal of surgery* 188(3), pp. 321-324.
124. Vikram Sindgikar (2022), Empyema Thoracis- The Role of Open Thoracotomy with Decortication in the Era of Video-assisted Thoracoscopic Surgery, *Annals of African Surgery*, Vol. 19 No. 4.
125. Chawla, R.K., D.J. Christopher, R. Dhar, et al. (2021), Thoracoscopic practices in India-a survey by Indian chest society, *Indian J Tuberc*, 68(4), pp. 485-490.
126. Kerti, C.A., I. Miron, G.V. Cozma, et al. (2009), The role of surgery in the management of pleuropulmonary tuberculosis - seven years' experience at a single institution, *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 8(3), pp. 334-7; discussion 337.
127. Đinh Văn Lượng, Nguyễn Chi Lăng, Lê Ngọc Thành (2010), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên, kết quả điều trị ngoại khoa ổ cận màng phổi tại khoa ngoại bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương từ 1-12/2008, *Y học Việt Nam tháng 11-số 1/2010*.
128. Elsayed, H.H., A. Mostafa, E. Fathy, et al. (2018), Thoracoscopic management of early stages of empyema: is this the golden standard?, *Journal of Visualized Surgery*, 4(5).

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã số BA.....Khoa:

01. Họ và tên.....

Tel liên hệ:

02.Giới: 02.01 Nam, 02.02 Nữ, 03.Tuổi:

04. Nhóm tuổi:

04.01 <15-<25 tuổi 04.02 25 -< 35 tuổi 04.03 35-< 45 tuổi

04.04 45-<5 5 tuổi 04.05 55-<65 tuổi 04.06 >65 tuổi

05. Địa chỉ:

06. Ngày vào viện..... 07. Ngày ra viện.....

08. Ngày mổ

Bệnh sử:

09. Lý do vào viện:

09.01 Ho 09.02 Mệt mỏi 09.03 Sốt 09.04 Khó thở

09.05 Tức ngực 09.06 Gầy sút 09.07 Hạch to

09.08 Lý do khác

10. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện:

10.01 ≤ 2 tuần 10.02 2 tuần -<1 tháng

10.03 1 tháng -<2tháng: 10.04 ≥ 2 tháng:

11. Chẩn đoán của tuyến trước:

11.01 Bệnh đường hô hấp 11.02 Lao phổi

11.03 U phổi, u trung thất 11.04 Bệnh khác(cụ thể)

12. Điều trị của tuyến trước:

12.01 Kháng sinh 12.02 Thuốc lao 12.03 Không điều trị

12.04 Phẫu thuật 12.05 Thủ thuật 12.06 KS + thuốc lao

13. Tiền sử mắc lao trong gia đình:

13.01 Có 13.02 Không 13.03 Không rõ

14. Bệnh phổi đã mắc: số lần (ghi cụ thể):

14.01 Hen phế quản 14.02 Lao phổi 14.03 Viêm PQ phổi

14.04 Chấn thương ngực 14.05 COPD 14.06 Ung thư phổi

14.07 Bệnh khác

15. Các phương pháp điều trị đã dùng trong các lần mắc trước

(ghi cụ thể):

- | | | |
|------------------|-----------------|----------------------|
| 15.01 Kháng sinh | 15.02 Thuốc lao | 15.03 Không điều trị |
| 15.04 Phẫu thuật | 15.05 Thủ thuật | |

16. Tiền sử mắc các bệnh khác (ghi cụ thể):

- | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------|
| 16.01 Không | 16.02 Có | 16.03 Dự ứng |
| 16.04 Hen phế quản | 16.5 Viêm PQ mạn tính | 16.7 COPD |
| 16.08 Lao phổi | 16.09 Tiền sử ung thư | |
| 16.10 Bệnh khác | | |

17. Tiền sử nghiện (ghi cụ thể chi tiết):

- | | | |
|----------------|-----------------|----------------|
| 17.01 Thuốc lá | 17.02 Thuốc lào | 17.03 Rượu bia |
| 17.04 Ma túy | | |

Khám lúc vào viện:

18. Triệu chứng cơ năng:

- | | | |
|----------------------------|---------------|-----------------|
| 18.01 Không có triệu chứng | 18.02 Ho khan | 18.03 Ho có đờm |
| 18.04 Ho ra máu | 28.05 Sốt | 18.06 Đau ngực |
| 18.07 Khó thở | | |

19. Ho ra máu-Thời gian xuất hiện đầu tiên

- | | | |
|----------------|-----------------|---------------|
| 19.01 < 2 tuần | 19.02 2-<4 tuần | 19.03 >4 tuần |
|----------------|-----------------|---------------|

20. Ho ra máu-Số lượng máu khạc 1 lần:

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 20.01 <50ml | 20.02 50-<100ml | 20.03 >100ml |
|-------------|-----------------|--------------|

21. Sốt:

- | | | |
|---------------|-----------------|-------------------|
| 21.01 < 38 ° | 21.02 >38 ° | |
| 21.03 Cả ngày | 21.04 chiều tối | 21.05 thất thường |

22. Đau ngực

- | | | |
|----------------|-----------------|----------------------------|
| 22.01 Phải | 22.02 Trái | 22.03 Có lan – Vị trí lan: |
| 22.04 Đột ngột | 22.05 Từ từ | 22.06 Đau dữ dội |
| 22.07 Đau âm ỉ | 22.08 Không đau | |

23. Khó thở:

ghi cụ thể thời gian xuất hiệnnăm,tháng

- | | | |
|-----------|------------------|--------------------------|
| 23.01 nhẹ | 23.02 Trung bình | 23.03 Nặng – phải hỗ trợ |
|-----------|------------------|--------------------------|

24. Gày sút

- | | | |
|-------------|-------------|-----------------------|
| 24.01 không | 24.02 <2 kg | 24.03 > 2 kg- cụ thể: |
|-------------|-------------|-----------------------|

Khám hô hấp:

25. Triệu chứng thực thể:

- | | | |
|-------------------------------|------------------------|-------------------------|
| 25.01 Không có triệu chứng | 25.02 Ran ẩm, ran nổ | 25.03 Ran rít, ran ngáy |
| 25.04 Hội chứng đông đặc | 25.05 Hội chứng 3 giảm | 25.06 Gõ đục cục bộ |
| 25.07 RRPN giảm cục bộ | 25.08 Lồng ngực phồng | 25.09 Lép lồng ngực |
| 25.10 Sốt | 25.11 Mạch | 25.12 Nhịp thở |
| 25.13 Tồn thương cơ quan khác | | |

26. Bệnh lý kèm theo (ghi cụ thể):

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| 26.01 Tim mạch | 26.02 Tiêu hóa | 26.03 Hạch ngoại biên |
| 26.04 Lao phổi | 26.05 Lao bộ phận khác (ghi cụ thể) | |
| 26.06 Bệnh khác (ghi cụ thể) | | |

Xét nghiệm:

27. Thiếu máu:

- | | |
|---|-----------------------|
| 27.01 Thiếu máu | 27.02 Không thiếu máu |
| 27.03 Fibrin (ghi cụ thể) | |
| 27.04 Máu lắng sau 1h:.....mm, sau 2h:.....mm | |

28. Số lượng bạch cầu:

- | | | | |
|-----------------------|------------|------------|----------|
| 28.01 Tăng | 28.02 Giảm | 28.03 BT | |
| 29. Tỷ lệ trung tính: | 29.01 Tăng | 29.02 Giảm | 29.03 BT |
| 30. Tỷ lệ Lympho: | 30.01 Tăng | 30.02 Giảm | 30.03 BT |

31. Sinh thiết màng phổi mù

- | | | |
|-----------------|----------------|------------|
| 31.01 Lao | 31.02 Viêm mạn | 31.03 Khác |
| 31.04 Không làm | | |

32. Sinh thiết qua nội soi

- | | | |
|-----------------|----------------|------------|
| 32.01 Lao | 32.02 Viêm mạn | 32.03 Khác |
| 32.04 Không làm | | |

33. Chọc hút dịch MP

33.01 Số lần:

33.02 Số lượng dịch/lần (ghi cụ thể):

Chẩn đoán hình ảnh (đọc trên cả Xq chuẩn và CT)

42. Vị trí:

42.01 Phải 42.02 Trái 42.03 2 bên

43. Mức độ tràn dịch

43.01 ít 43.02 trung bình 43.03 nhiều

44. Đặc điểm

44.01 Tự do 44.02 Khu trú (ghi cụ thể vị trí)

44.03 Mở toàn bộ một bên phổi 44.04 Có đường cong Damoiseau

44.05 Đẩy Trung thất 44.06 Kéo Trung thất

45. Tổn thương phổi

45.01 Thâm nhiễm 45.02 Nốt 45.03 Hang

45.04 Xơ hang 45.05 Vôi 45.06 Đông đặc

45.07 Đẩy khí quản 45.08 Kéo khí quản

45.09 Xẹp phổi 45.10 Hạch rốn phổi

45.11 Giãn phế nang 45.12 Giãn phế quản

45.13 Hạch trung thất 45.14 Không có tổn thương

46. Tổn thương màng phổi

46.01 Dày rãnh liên thùy 46.02 Dày màng phổi

46.03 Vôi màng phổi 46.04 Ổ khí dịch MP

48. Siêu âm màng phổi:

48.01 Dịch MP tự do 48.02 Dày màng phổi 48.03 vách

48.04 dịch MP nhiều ổ 48.05 dịch màng tim

48.06 tổn thương khác (ghi cụ thể)

49. CT phổi: 49.01 Có chụp 49.02 Không chụp

51. Xét nghiệm chức năng hô hấp trước nội soi

SVC FVC FEV1 FEV1/FVC

52. Chẩn đoán trước nội soi

52.01 TDMP kéo dài CRNN 52.02 TDMP do lao vách hóa

52.03 Dày dính MP 52.04 OCMF

Nội soi lồng ngực can thiệp

55. Nội soi lồng ngực

55.01 Nội soi ống bán cứng 55.02 Nội soi ống cứng (kín) 55.03 VATS

71.1 Ung thư màng phổi 71.2 Ung thư phổi 71.3 U lympho ác tính

71.4 Ung thư không rõ nguồn gốc

72. Phân loại typ mô bệnh học

73. Xét nghiệm vi sinh mảnh sinh thiết:

73.1 AFB (+) 73.2 Bactec (+) 73.3 Nuôi cấy (+) 73.4 Vi khuẩn

74. Thời gian nội soi

74.01 <1h 74.02 1-2h 74.03 2-3h 74.04 > 3h

75. Thời gian dẫn lưu MP (từ khi nội soi đến rút hết sonde):ngày

76. Thời gian từ khi vào viện đến khi nội soi:ngày

77. Thời gian từ khi nội soi đến khi ra viện:ngày

78. Tử vong sau can thiệp:

78.01 <24h 78.02 >24h

79. Biến chứng

79.01 không biến chứng 79.02 rò khí kéo dài

79.03 chảy máu 79.04 mũ màng phổi

79.05 nhiễm trùng vết mổ 79.06 Khác

Ngày... tháng... năm 201

Người tổng kết

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “*Nghiên cứu kết quả nội soi lồng ngực chẩn đoán nguyên nhân và điều trị tràn dịch màng phổi*”

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
1	Hoàng Thị C.	2010003603	2015627	11/2/2020	Chẩn đoán
2	Vũ Thanh T.	2011006531	2018041	12/2/2020	Chẩn đoán
3	Phạm Huy B.	2010006345	2016265	11/3/2020	Chẩn đoán
4	Lương Văn B.	2010002804	2015422	11/3/2020	Chẩn đoán
5	Nguyễn Gia T.	2007005177	2011275	8/4/2020	Chẩn đoán
6	Nguyễn Văn H.	2010003490	2015584	11/4/2020	Chẩn đoán
7	Nguyễn Ngọc B.	2005006391	2007948	6/5/2020	Chẩn đoán
8	Hoàng Văn L.	2007005765	2011401	8/5/2020	Chẩn đoán
9	Lương Văn L.	2008002786	2012547	10/5/2020	Chẩn đoán
10	Ngô Phúc C.	2005002774	2006946	22/05/2020	Chẩn đoán
11	Nguyễn Thị H.	2006004715	2009218	25/06/2020	Chẩn đoán
12	Phạm Thị Phương A.	2007003681	2011573	8/7/2020	Chẩn đoán
13	Phạm Đình K.	2008000380	2011655	8/7/2020	Chẩn đoán
14	Vũ Đức T.	2008000186	2011572	8/7/2020	Chẩn đoán
15	Nguyễn Đức L.	2007001309	2010185	17/07/2020	Chẩn đoán
16	Nguyễn Đình Thanh T.	2006006301	2009699	17/07/2020	Chẩn đoán
17	Nguyễn Thị D.	2007003412	2010731	24/07/2020	Chẩn đoán
18	Cù Văn T.	2008001028	2011930	28/07/2020	Chẩn đoán
19	Nguyễn Thị Q.	2007004564	2011081	28/07/2020	Chẩn đoán
20	Hoàng Văn M.	2006002821	2008692	28/07/2020	Chẩn đoán
21	Duy Hải A.	2007004929	2011167	31/07/2020	Chẩn đoán
22	Phạm Tiến Đ.	2005000806	2006369	5/8/2020	Chẩn đoán
23	Hà Thị Bích L.	2007004488	2011053	13/08/2020	Chẩn đoán
24	Hoàng Văn T.	2008000680	2011761	14/08/2020	Chẩn đoán

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
25	Bùi Thị Liên H.	2008001487	2012086	18/08/2020	Chẩn đoán
26	Trần Văn Đ.	2008000387	2011657	21/08/2020	Chẩn đoán
27	Hà Ngọc B.	2008001707	2012181	21/08/2020	Chẩn đoán
28	Trần Thế H.	2009000726	2013134	17/09/2020	Chẩn đoán
29	Bùi Nguyên T.	2009000161	2012934	21/09/2020	Chẩn đoán
30	Hoàng Thị P.	2009001463	2013368	23/09/2020	Chẩn đoán
31	Đỗ Thế T.	2009001625	2013423	24/09/2020	Chẩn đoán
32	Đỗ Văn T.	2009000583	2013077	25/09/2020	Chẩn đoán
33	Nguyễn Đức T.	2006001472	2008349	6/10/2020	Chẩn đoán
34	Nguyễn Trung Đ.	2009001112	2013253	9/11/2020	Chẩn đoán
35	Lê Thị A.	2011006977	2018164	12/11/2020	Chẩn đoán
36	Đoàn Đức H.	1908001716	2017239	24/11/2020	Chẩn đoán
37	Nguyễn Văn T.	2011000086	2016309	24/11/2020	Chẩn đoán
38	Mai Minh H.	2006001668	2008414	6/12/2020	Chẩn đoán
39	Đình Đức T.	2111006099	2112953	12/1/2021	Chẩn đoán
40	Trần Văn N.	2101002365	2100750	22/01/2021	Chẩn đoán
41	Dương Bá Y.	2101002529	2100780	22/01/2021	Chẩn đoán
42	Nguyễn Trọng T.	2101004507	2101284	25/01/2021	Chẩn đoán
43	Trần Công S.	1909006211	2100634	26/01/2021	Chẩn đoán
44	Nguyễn Quang N.	2101004276	2101223	28/01/2021	Chẩn đoán
45	Lê Thu H.	2103006093	2104686	4/2/2021	Chẩn đoán
46	Bùi Như Y.	2110007934	2111960	11/2/2021	Chẩn đoán
47	Đỗ Thị H.	2102002371	2102403	26/02/2021	Chẩn đoán
48	Đặng Đình Y.	2012005893	2019924	1/4/2021	Chẩn đoán
49	Phạm Hồng N.	2102003828	2102866	3/4/2021	Chẩn đoán
50	Trần Thảo N.	2105004117	2107651	6/4/2021	Chẩn đoán
51	Sùng A D.	2104002323	2105614	16/04/2021	CD và CT

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
52	Cao Văn T.	2103004598	2104277	19/04/2021	Chẩn đoán
53	Trần Huy L.	2104003006	2105772	20/04/2021	Chẩn đoán
54	Trần Văn K.	2104001604	2105363	23/04/2021	CD và CT
55	Nguyễn Minh C.	2104005245	2106468	28/04/2021	Chẩn đoán
56	Ngô Ngọc Q.	2104003108	2105816	28/04/2021	Chẩn đoán
57	Phạm Thị H.	2012005909	2101976	2/5/2021	Chẩn đoán
58	Đình Công T.	2105001238	2107217	13/05/2021	Chẩn đoán
59	Nguyễn Thị T.	2105000558	2107041	27/05/2021	CD và CT
60	Trần Thị D.	2101000078	2100043	1/6/2021	Chẩn đoán
61	Kiều Văn T.	2109007724	2110727	10/6/2021	Chẩn đoán
62	Nguyễn Bá R.	2106002365	2108218	23/06/2021	Chẩn đoán
63	Nguyễn Trọng T.	2106002040	2108160	25/06/2021	Chẩn đoán
64	Nguyễn Văn H.	2104005910	2106685	5/7/2021	Chẩn đoán
65	Nguyễn Văn H.	2103003752	2108088	19/07/2021	CD và CT
66	Bùi Đình Y.	2107002940	2109341	3/8/2021	CD và CT
67	Nguyễn Thị S.	2105004162	2107679	6/8/2021	Chẩn đoán
68	Tạ Quang V.	2107005500	2109701	11/8/2021	CD và CT
69	Trần Tuấn K.	2112000315	2113246	12/8/2021	Chẩn đoán
70	Nguyễn Lan P.	2003003026	2109912	18/08/2021	CD và CT
71	Lâm Mạnh H.	2108002384	2109957	20/08/2021	Chẩn đoán
72	Lê Khánh Phương H.	2108002313	2109944	23/08/2021	CD và CT
73	Nguyễn Văn M.	2103006188	2104746	4/9/2021	Chẩn đoán
74	Hồ Văn T.	2103006164	2104703	4/9/2021	Chẩn đoán
75	Trần Văn M.	2108009627	2110176	7/9/2021	CD và CT
76	Nguyễn T.	2109002249	2110373	21/09/2021	Chẩn đoán
77	Vũ Đức H.	2109005916	2110563	27/09/2021	Chẩn đoán
78	Phan Thị H.	2109008590	2110770	29/09/2021	Chẩn đoán

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
79	Hoàng Văn T.	2112001827	2113459	12/10/2021	Chẩn đoán
80	Lê Thị M.	2109011236	2110975	15/10/2021	Chẩn đoán
81	Đỗ Thị L.	2110003853	2111493	21/10/2021	Chẩn đoán
82	Nguyễn Quang T.	2110005127	2111573	27/10/2021	Chẩn đoán
83	Nguyễn Thị Hiền S.	2111004277	2112735	26/11/2021	Chẩn đoán
84	Nguyễn Thế A.	2110000411	2111075	10/12/2021	Chẩn đoán
85	Trần Thị Ngọc H.	2112003560	2113640	15/12/2021	Chẩn đoán
86	Nguyễn Văn T.	2110008282	2113557	22/12/2021	CD và CT
87	Nguyễn Thị L.	2110004434	2113746	24/12/2021	Chẩn đoán
88	Trần Văn T.	2112004193	2113678	29/12/2021	CD và CT
89	Trần Khắc Đ.	2201002366	2200255	17/01/2022	Chẩn đoán
90	Phạm Sỹ Q.	2112008374	2114094	18/01/2022	Chẩn đoán
91	Nguyễn Chí H.	2202001681	2201094	17/02/2022	Chẩn đoán
92	Phan Đình H.	2202006420	2201725	22/03/2022	CD và CT
93	Lê Văn L.	2202005404	2202423	24/03/2022	CD và CT
94	Phạm Thị K.	2203006917	2202849	30/03/2022	Chẩn đoán
95	Trần Đức H.	2203005542	2202639	1/4/2022	CD và CT
96	Nguyễn Bá H.	2203007648	2202988	6/4/2022	CD và CT
97	Đỗ Văn Đ.	2206008188	2209187	7/4/2022	Chẩn đoán
98	Trần Thu H.	2206006191	2208664	7/4/2022	Chẩn đoán
99	Nguyễn Thu H.	2204001991	2203553	14/04/2022	CD và CT
100	Lê Chính H.	2204008224	2204653	29/04/2022	Chẩn đoán
101	Đỗ Văn H.	2203005827	2202681	4/5/2022	Chẩn đoán
102	Trần Thị D.	2211012041	2220469	12/5/2022	Chẩn đoán
103	Đoàn Tuyết M.	2205003522	2205826	13/05/2022	Chẩn đoán
104	Hoàng Thị N.	2204010592	2205057	5/6/2022	Chẩn đoán
105	Nguyễn Văn T.	2206008909	2209383	7/6/2022	Chẩn đoán

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
106	Nguyễn Đức M.	2208007177	2215505	10/6/2022	Chẩn đoán
107	Lê Văn T.	2204005768	2207124	15/06/2022	CĐ và CT
108	Giang Văn N.	2206003698	2208058	17/06/2022	Chẩn đoán
109	Nguyễn Thị T.	1903001015	2208122	17/06/2022	CĐ và CT
110	Trần Quốc D.	2203007952	2208643	29/06/2022	CĐ và CT
111	Thạch Văn T.	2206007300	2208966	30/06/2022	Chẩn đoán
112	Trần Mỹ H.	2204001377	2203479	4/7/2022	Chẩn đoán
113	Phùng Văn X.	2202005851	2208757	4/7/2022	CĐ và CT
114	Phạm Sơn T.	2208007638	2213779	9/7/2022	Chẩn đoán
115	Trần Thị N.	2211000361	2218803	11/7/2022	Chẩn đoán
116	Triệu Hữu N.	2206008509	2209266	11/7/2022	CĐ và CT
117	Vũ Duy H.	2211013662	2220888	12/7/2022	Chẩn đoán
118	Vũ Đức A.	2207002436	2210100	13/07/2022	Chẩn đoán
119	Trần Đại N.	2207000340	2209557	14/07/2022	CĐ và CT
120	Lưu Trần H.	2207002641	2210176	18/07/2022	CĐ và CT
121	Lê Trọng N.	2112005859	2210689	19/07/2022	Chẩn đoán
122	Nguyễn Thị T.	2207006891	2211183	29/07/2022	Chẩn đoán
123	Nguyễn Hữu H.	2207008816	2211676	11/8/2022	CĐ và CT
124	Doãn Văn B.	2208003759	2212821	18/08/2022	Chẩn đoán
125	Nguyễn Hữu Q.	2208004532	2212988	19/08/2022	Chẩn đoán
126	Nguyễn Thị M.	2208004121	2212900	22/08/2022	Chẩn đoán
127	Phùng Văn T.	2208005916	2213330	31/08/2022	CĐ và CT
128	Hán Thị Kim N.	2208008549	2214125	7/9/2022	CĐ và CT
129	Lưu Sỹ D.	2208007368	2213726	9/9/2022	Chẩn đoán
130	Trần Thị O.	2212000597	2221047	12/9/2022	Chẩn đoán
131	Đinh Văn C.	2211012566	2220603	12/9/2022	Chẩn đoán
132	Đỗ Văn H.	2208008173	2215251	15/09/2022	CĐ và CT

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
133	Triệu Thị Lan A.	2209002683	2215052	20/09/2022	Chẩn đoán
134	Vừ Mí T.	2209002108	2214862	20/09/2022	CD và CT
135	Đỗ Đức T.	2208007437	2213749	21/09/2022	CD và CT
136	Phạm Văn H.	2207003586	2214977	21/09/2022	CD và CT
137	Nguyễn Như H.	2209006109	2215910	29/09/2022	Chẩn đoán
138	Phan Thị Thu H.	2209006655	2216087	30/09/2022	Chẩn đoán
139	Trần Huyền A.	2205007836	2216204	4/10/2022	CD và CT
140	Tạ Ngọc A.	2209005354	2215774	7/10/2022	CD và CT
141	Vũ Thị N.	2205004839	2211937	8/10/2022	Chẩn đoán
142	Hoàng Trung M.	2211005440	2219018	11/10/2022	Chẩn đoán
143	Phan Văn D.	2210002318	2217098	14/10/2022	Chẩn đoán
144	Nguyễn Đức T.	2210001276	2216816	18/10/2022	CD và CT
145	Lò Văn C.	2210001083	2216825	19/10/2022	CD và CT
146	Lương Thị B.	2210000719	2216685	19/10/2022	CD và CT
147	Trần Thị H.	2210001250	2216811	20/10/2022	CD và CT
148	Nguyễn Thế V.	2210004171	2217510	21/10/2022	Chẩn đoán
149	Nguyễn Văn M.	2205008454	2218171	27/10/2022	Chẩn đoán
150	Đặng Văn S.	2210004604	2217674	1/11/2022	CD và CT
151	Nguyễn Văn H.	2210005124	2218651	3/11/2022	CD và CT
152	Nguyễn Văn B.	2211006020	2219120	10/11/2022	CD và CT
153	Trần Trung H.	2210006786	2218752	10/11/2022	CD và CT
154	Đặng Văn K.	2211006407	2219225	16/11/2022	CD và CT
155	Đình Văn B.	2211007092	2219363	24/11/2022	CD và CT
156	Vũ Thị T.	2211009277	2219724	25/11/2022	Chẩn đoán
157	Nguyễn Phụng H.	2211009839	2219880	25/11/2022	CD và CT
158	Nguyễn Thị T.	2210006533	2220352	29/11/2022	Chẩn đoán
159	Đỗ Văn N.	2211011606	2220355	30/11/2022	CD và CT

STT	Tên BN	Mã BN	Mã BA	Ngày làm nội soi	Cách thức NSLN
160	Nguyễn Văn H.	2206008075	2209114	7/12/2022	Chẩn đoán
161	Phạm Anh T.	2208001016	2212133	8/12/2022	Chẩn đoán
162	Nguyễn Ngọc T.	2212002498	2221566	21/12/2022	Chẩn đoán
163	Lò Văn T.	1903005549	2221214	21/12/2022	CD và CT

Hà Nội, ngày 07 tháng 09 năm 2023

**Xác nhận của
Bệnh viện Phổi Trung Ương**

Người thực hiện đề tài

Vũ Đỗ