

Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi màng phổi nội khoa trong chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ căn nguyên tại Bệnh viện Quân y 175

Evaluation of the effectiveness of medical thoracoscopy in diagnosing and treating undiagnosed exudative pleural effusions at 175 Military Hospital

Nguyễn Hải Công, Nguyễn Minh Thế,
Nguyễn Thành Trung

Bệnh viện Quân y 175

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi màng phổi nội khoa bằng ống bán cứng trong chẩn đoán căn nguyên tràn dịch màng phổi dịch tiết và kết quả bước đầu của gây dính màng phổi bằng Povidone ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang ở 30 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết, chưa rõ nguyên nhân và điều trị nội trú tại Khoa Lao và Bệnh phổi - Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $64,9 \pm 11,31$ tuổi, nam giới chiếm 73,3% và nữ giới chiếm 26,7%. Hiệu quả chẩn đoán nguyên nhân dựa vào kết quả mô bệnh học bệnh phẩm được sinh thiết qua nội soi màng phổi đạt 93,3%. Có 22 bệnh nhân được gây dính qua nội soi màng phổi và hiệu quả gây dính màng phổi tốt là 81,8%, trung bình là 18,2%. Biểu chứng hay gặp nhất là đau ngực tại chỗ chiếm 76,7%, tiếp theo tràn khí dưới da chiếm 13,3%. **Kết luận:** Nội soi màng phổi nội khoa bằng ống bán cứng là phương pháp có hiệu quả cao và an toàn trong chẩn đoán, điều trị tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi, nội soi màng phổi, gây dính màng phổi.

Summary

Objective: The objective of this study is to evaluate the effectiveness of the medical pleuroscopy technique utilizing a semi-rigid tube for diagnosing the etiology of exudative pleural effusion and to assess the initial outcomes of pleurodesis with Povidone in patients diagnosed with malignant pleural effusion at 175 Military Hospital. **Subject and method:** This study will be conducted as a prospective, cross-sectional study involving 30 patients diagnosed with exudative pleural effusion of unknown etiology who are receiving inpatient treatment at the Department of Tuberculosis and Lung Disease - 175 Military Hospital. Data collection will span from January 2021 to March 2023. **Result:** The average age of the study patients was 64.9 ± 11.31 years old, with 73.3% male and 26.7% female. The diagnostic efficacy, based on histopathological results of specimens biopsied through pleuroscopy, reached 93.3%. Among the 22 patients who underwent pleuroscopy, a favorable pleural adhesion effect was observed

Ngày nhận bài: 02/01/2024, ngày chấp nhận đăng: 11/01/2024

Người phản hồi: Nguyễn Hải Công, Email: Nguyen_med@ymail.com - Bệnh viện Quân Y 175

in 81.8%, with an average adhesion score of 18.2%. The most common complication was local chest pain, accounting for 76.7%, followed by subcutaneous emphysema, which occurred in 13.3% of cases.

Conclusion: Medical pleuroscopy with a semi-rigid tube demonstrates high effectiveness and safety in both diagnosing and treating pleural effusion of unknown etiology.

Keywords: Pleural effusion, pleuroscopy, exudative pleural effusion, medical pleuroscopy.

1. Đặt vấn đề

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là một trong các hội chứng bệnh lý thường gặp trong lâm sàng các bệnh nội khoa. Theo Aaron S và cộng sự (CS) (2014), ở Mỹ hàng năm có khoảng 1,5 triệu người bị TDMP [1]. Nguyên nhân chủ yếu do suy tim, lao màng phổi, các bệnh lý ác tính, viêm phổi hoặc tắc mạch phổi. Chẩn đoán đúng nguyên nhân là yếu tố quyết định, ảnh hưởng rất lớn đến hiệu quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân tràn dịch màng phổi, đặc biệt là các trường hợp TDMP ác tính.

Chẩn đoán TDMP dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng như X-quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực. Tuy nhiên, việc chẩn đoán nguyên nhân gây TDMP còn gặp nhiều khó khăn do sự đa dạng về nguyên nhân và trình độ chuyên môn, trang thiết bị của mỗi cơ sở y tế. Các kỹ thuật chẩn đoán phổ biến như xét nghiệm dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi mù, sinh thiết màng phổi có hướng dẫn siêu âm, CT scanner... đã góp phần cải thiện hiệu quả chẩn đoán. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 20-25% các trường hợp TDMP còn gặp khó khăn về chẩn đoán xác định nguyên nhân. Những trường hợp này, kỹ thuật nội soi màng phổi (NSMP) nội khoa là lựa chọn tối ưu giúp chẩn đoán căn nguyên với độ chính xác lên tới 90%, đặc biệt là các trường hợp TDMP ác tính [2].

NSMP nội khoa bằng ống bán cứng hiện đã được thực hiện ở một số bệnh viện lớn tại Việt Nam. Đây là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu để quan sát tổn thương khoang màng phổi và thực hiện sinh thiết màng phổi thành chẩn đoán, cũng như thực hiện các can thiệp điều trị. Khác với phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ bằng video ở chỗ nó có thể được thực hiện với gây tê tại chỗ không cần đặt nội khí quản hoặc thông khí một phổi. Độ chính xác chẩn đoán của thủ thuật này đạt 100% trong các trường hợp TDMP ác tính và lao. Tỷ lệ biến chứng

thấp (2% -5%) và thường nhẹ (khí phế thũng dưới da, chảy máu, nhiễm trùng), với tỷ lệ tử vong < 0,1% [3]. Các can thiệp điều trị, chẳng hạn như gây dính màng phổi bằng hóa chất, có thể được thực hiện trong quá trình NSMP đối với các trường hợp TDMP ác tính tái phát, có triệu chứng, với tỷ lệ thành công là 90%. Tại các bệnh viện lớn với trang thiết bị hiện đại cùng với đội ngũ nhân lực được đào tạo bài bản, NSMP là một thủ thuật an toàn với độ chính xác chẩn đoán và hiệu quả điều trị cao [4], [5].

Gây dính màng phổi là biện pháp làm mất khoang màng phổi bởi việc sử dụng một số chất gây viêm dính màng phổi. Trong các hóa chất gây dính màng phổi, bột talc và povidone iod được sử dụng phổ biến vì có hiệu quả gây dính tốt. Povidone iod là tác nhân gây dính màng phổi được sử dụng nhiều trên thế giới có hiệu quả cao và an toàn, giá thành rất rẻ, sẵn có hơn so với những tác nhân gây dính khác [6], [7].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi màng phổi nội khoa bằng ống bán cứng trong chẩn đoán và điều trị nguyên nhân gây tràn dịch dịch tiết tại Bệnh viện Quân y 175.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là 30 bệnh nhân TDMP dịch tiết, chưa rõ nguyên nhân, nhập điều trị tại Khoa Lao và Bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2023.

Tiêu chuẩn chẩn đoán TDMP dịch tiết theo tác giả Light RW [8]

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 dưới LDH huyết thanh bình thường.

TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân: Các trường hợp TDMP dịch tiết mặc dù đã được làm các xét nghiệm dịch màng phổi tìm tế bào ung thư, xét nghiệm tìm căn nguyên vi sinh, sinh thiết màng phổi mù nhưng vẫn chưa xác định được nguyên nhân gây TDMP.

Tiêu chuẩn chọn bệnh NSMP ống bán cứng chẩn đoán

Các bệnh nhân chẩn đoán TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân.

Kết quả mô bệnh học của bệnh phẩm sinh thiết màng phổi mù không xác định căn nguyên.

Không có chống chỉ định với NSMP.

Bệnh nhân đồng ý làm thủ thuật.

Tiêu chuẩn lựa chọn gây dính màng phổi

Tràn dịch màng phổi ác tính lượng nhiều, tái lập.

Bệnh nhân đồng ý thực hiện kỹ thuật điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân TDMP dịch thấm, dịch mủ, hoặc dịch dưỡng chấp.

Rối loạn đông máu.

Rối loạn huyết động.

Đang có suy hô hấp cấp.

Bệnh nhân không đồng ý điều trị.

2.2. Phương pháp

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

Kỹ thuật NSMP ống bán cứng và gây dính màng phổi

Tất cả bệnh nhân được tiến hành thực hiện NSMP ống bán cứng bằng ống soi màng phổi LTF 160 của hãng Olympus. Thủ thuật được làm tại phòng thủ thuật được khử khuẩn hàng ngày. Các bước tiến hành tuân thủ theo đúng "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp" của Bộ Y tế ban hành năm 2014 [9].

Bệnh nhân sau khi có kết quả mô bệnh học màng phổi xác định căn nguyên ác tính sẽ được bơm hỗn hợp gây dính gồm 20ml dung dịch Povidone-iod 10% pha loãng trong 80ml nước muối sinh lý qua ống dẫn lưu màng phổi để gây dính màng phổi [7]. Kẹp ống dẫn lưu chừng 2 giờ, thay

đổi tư thế của người bệnh 15 phút một lần, rồi đó hút dẫn lưu liên tục áp lực âm 10-12cmH₂O để đảm bảo hiệu quả gây viêm dính màng phổi. Sau 24 giờ nếu dẫn lưu không còn ra dịch, sẽ ngưng hút, kẹp ống dẫn lưu và chụp lại X-quang phổi sau 24 giờ để đánh giá hiệu quả gây dính và tình trạng tái lập dịch màng phổi [7]. Rút dẫn lưu và khâu đóng thành ngực nếu kết quả gây dính tốt hoặc tiến hành bơm gây dính bổ sung nếu kết quả gây dính trung bình hoặc kém.

Đánh giá hiệu quả chẩn đoán của NSMP

Chẩn đoán xác định được nguyên nhân gây TDMP: Dựa vào kết quả xét nghiệm mô bệnh học mảnh bệnh phẩm sinh thiết màng phổi thành qua NSMP.

Tỷ lệ tai biến, biến chứng gặp phải trong và sau NSMP.

Đánh giá hiệu quả gây dính màng phổi bằng dung dịch Povidone-iod

Tốt: Lá thành và lá tạng dính tốt, khoang màng phổi hết dịch hoặc dịch rất ít trên X-quang và hoặc trên siêu âm sau kẹp dẫn lưu màng phổi 24 giờ.

Trung bình: Dính một phần khoang màng phổi, còn dịch khu trú ít, triệu chứng nhẹ và không cần chọc dịch.

Kém: Màng phổi không dính, dịch màng phổi tái lập bằng hoặc nhiều hơn trước khi gây dính và cần chọc hút dịch.

Theo dõi sau nội soi màng phổi

Theo dõi lượng dịch chảy qua ống dẫn lưu.

Giảm đau đầy đủ cho bệnh nhân sau khi soi.

Chụp phim lồng ngực khi hết dịch và sau 24 giờ kẹp thủ dẫn lưu.

Rút ống dẫn lưu khi phổi nở hoàn toàn và không tái lập dịch sau 24 giờ.

Nhận xét những biến chứng của nội soi màng phổi:

Đau ngực.

Sốt.

Chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân.

Tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da.

2.3. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến số định tính

được so sánh bằng test Chi bình phương, biến số định lượng bằng Student's t test cho 2 mẫu độc lập. Kết quả định tính được thể hiện bằng các tỷ lệ, kết quả định lượng được thể hiện bằng trị số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Giá trị p có được sau khi thực hiện các kiểm định thống kê, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Tất cả các khoảng tin cậy là khoảng tin cậy 95% ở 2 bên.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tuổi và giới tính: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,9 \pm 11,31$ tuổi. Cao nhất: 90; thấp nhất: 33 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 22/8.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Tiền sử	Hút thuốc lá	20	66,7
	Có bệnh nền	21	70
Triệu chứng cơ năng	Đau ngực	21	70,0
	Khó thở	22	73,3
	Ho khan	19	63,3
	Gầy sút cân	13	43,3
	Sốt	3	10,0
Mức độ TDMP	Trung bình	16	53,3
	Nhiều	14	46,7
Vị trí TDMP	Bên phải	18	60,0
	Bên trái	11	36,7
	Hai bên	1	33,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,9 \pm 11,31$ tuổi. Cao nhất: 90; thấp nhất: 33 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 22/8. Có 66,7% bệnh nhân có hút thuốc lá. 100% bệnh nhân là tràn dịch lượng vừa đến nhiều, trong đó tràn dịch lượng vừa chiếm 53,3%. TDMP phải hay gặp hơn chiếm 60,0%.

Bảng 2. Đặc điểm dịch màng phổi

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Màu sắc	Vàng chanh	12	40,0
	Huyết thanh máu	18	60,0
Dịch tiết		30	100
ADA, U/L	≥ 40	03	10,0
	< 40	27	90,0
Tỷ lệ tế bào Lympho/Neutrophil	$\geq 70\%$	08	26,7
	$< 70\%$	22	73,3
Tế bào bất thường trong dịch màng phổi		02	11,1
Xét nghiệm vi sinh	AFB	0	0
	PCR	0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân TDMP dịch tiết, trong đó dịch huyết thanh máu chiếm 60,0%, dịch vàng chanh chiếm 40,0%. Hầu hết bệnh nhân có kết quả ADA thấp (< 40) chiếm 90,0%. Các xét nghiệm AFB và PCR lao dịch màng phổi 100% âm tính.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm (n = 30)		n	Tỷ lệ %
Dấu ấn u trong huyết thanh tăng	Cyfra 21-1	09	30
	NSE	02	6,67
	CEA	11	36,7
Cắt lớp vi tính ngực	U phổi	11	36,7
	Nốt đơn độc	01	33,3
	Hạch trung thất	11	36,7
Nội soi phế quản ống mềm	Bình thường	12	40,0
	Xẹp phổi thụ động	11	36,7
	U sùi, chít hẹp trong long phế quản	07	23,3

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm các marker ác tính có xu hướng tăng, trong đó có 11 bệnh nhân tăng CEA chiếm 36,7%. Có 40% bệnh nhân có tổn thương nhu mô phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính và hạch bất thường trung thất chiếm 36,7%. Nội soi phế quản ống mềm 23,3% có tổn thương u sùi hoặc chít hẹp phế quản và xẹp phổi thụ động gặp 36,7%.

3.2. Kết quả bước đầu của nội soi màng phổi

Bảng 4. Kết quả nội soi màng phổi chẩn đoán

Kết quả (n = 30)		n	Tỷ lệ %
Có hình ảnh bất thường ở màng phổi		30	100
Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh	Ác tính	25	83,3
	Lao	03	10
Viêm không đặc hiệu		02	6,67

Nhận xét: Bất thường về hình ảnh đại thể màng phổi gặp 100%. Sinh thiết màng phổi chẩn đoán xác định nguyên nhân được 93,3%, trong đó 83,3% là ác tính và 10% là lao màng phổi. Có 6,67% kết quả mô bệnh màng phổi là viêm không đặc hiệu.

Bảng 5. Đánh giá kết quả gây dính màng phổi

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Tốt	18	81,8
Trung bình	04	18,2
Kém	0	0
Tổng cộng	22	100

Nhận xét: Kết quả gây dính màng phổi ở 22 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính có 81,8% kết quả tốt, trung bình 18,2%, không có trường hợp nào kết quả kém.

Bảng 6. Tai biến và biến chứng nội soi màng phổi

Tai biến và biến chứng	n	Tỷ lệ %
Đau tại chỗ	23	76,7
Tràn khí dưới da	04	13,3

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất là đau ngực tại chỗ chiếm 76,7%, tràn khí dưới da gặp 13,3%, không gặp biến chứng nặng khác.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân. Các bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm như X-quang phổi, CT scanner ngực, xét nghiệm dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi mù nhưng chưa xác định được căn nguyên. Có 22 bệnh nhân nam chiếm 73,3%, 08 nữ chiếm 26,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là: $64,9 \pm 11,31$ tuổi. Cao nhất: 90 tuổi; thấp nhất: 33 tuổi. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kiani A và cộng sự (2015), có 192 trường hợp (64%) là nam giới, và 108 trường hợp (36%) là nữ giới. Tuổi trung bình là $51 \pm 14,7$, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 73 tuổi [10].

Trong nghiên cứu nhận thấy, triệu chứng cơ năng hay gặp là khó thở: 73,3%, đau ngực: 70,0%, ho khan: 63,3%, gầy sút: 43,3%. Các triệu chứng cơ năng gặp với tỷ lệ cao, ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. TDMP bên phải chiếm 60,0%, bên trái chiếm 36,7%. Mức độ TDMP trung bình gặp 53,3%, mức độ nhiều là 46,7%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Dũng (2012), khi nghiên cứu 214 bệnh nhân, các triệu chứng cơ năng thường gặp của TDMP chưa rõ nguyên nhân: Đau ngực 83,2%, ho kéo dài: 65,42%, khó thở: 16,82%; TDMP bên phải 56,54%, bên trái: 43%; mức độ tràn dịch trung bình chiếm 30% và mức độ nhiều chiếm 60% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được lấy dịch màng phổi xét nghiệm

sinh hóa, tế bào, vi sinh để tìm nguyên nhân, tuy nhiên đều không xác định được nguyên nhân. Màu sắc dịch màng phổi có giá trị định hướng chẩn đoán căn nguyên, màu vàng chanh đa số gặp trong lao, dịch huyết thanh máu chủ yếu gặp trong TDMP ác tính. Trong nghiên cứu nhận thấy, dịch màng phổi vàng chanh gặp 40,0%, dịch huyết thanh máu (hồng hoặc đỏ) chiếm 60,0%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Huy Dũng, khi nghiên cứu trên 214 bệnh nhân TDMP dịch tiết, kết quả dịch vàng chanh 48%, dịch hồng và đỏ máu: 52% [11].

Hiệu quả chẩn đoán chung của NSMP ống bán cứng trong nghiên cứu cho thấy, trong 30 trường hợp TDMP chưa rõ nguyên nhân thì nội soi sinh thiết chẩn đoán xác định được 28 trường hợp, trong đó ác tính 25 trường hợp (83,3%); lao 3 trường hợp (10%); chưa xác định căn nguyên: 2 trường hợp (6,67%). Từ đó cho thấy hiệu quả chẩn đoán của NSMP ống bán cứng cao hơn so với các phương pháp chẩn đoán trước đây như sinh thiết màng phổi mù, hoặc sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm, CT scanner. Ưu điểm vượt trội của NSMP là cho phép thủ thuật viên giúp quan sát trực tiếp được tổn thương và sinh thiết đúng vị trí tổn thương, sinh thiết được tại nhiều vị trí tổn thương. Theo Maturu VN và CS (2015), khi so sánh giá trị chẩn đoán giữa NSMP với sinh thiết màng phổi kín trong chẩn đoán TDMP chưa rõ nguyên nhân, kết quả cho thấy giá trị chẩn đoán của NSMP cao hơn hẳn so với sinh thiết màng phổi kín (93,2% so với 84,5%) [12]. Giá trị chẩn đoán của NSMP cũng cao hơn so với sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn của CT scanner. Theo Niu XK và CS (2015), khi tiến hành sinh thiết tổn thương màng phổi dưới hướng dẫn của CT scanner cho 88 bệnh nhân, kết quả cho thấy giá trị chuẩn đoán là 89,2%

[13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016), trong 130 trường hợp TDMP chưa rõ nguyên nhân thì NSMP sinh thiết chẩn đoán được 123 trường hợp bào gồm ác tính: 83/130 (63,8%); lao: 35/130 (26,9%); viêm: 5/130 (3,9%). Giá trị chẩn đoán chung của NSMP là 94,6% [14].

Như vậy, nội soi màng phổi ống bán cứng giúp quan sát được các tổn thương trong màng phổi rõ ràng qua đó ta có thể sinh thiết chính xác vào vị trí tổn thương để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và xét nghiệm vi sinh chẩn đoán căn nguyên cho hiệu quả cao hơn hẳn kỹ thuật sinh thiết màng phổi mù qua thành ngực do không xác định được chính xác vị trí tổn thương. Tuy vậy, kỹ thuật vẫn có một số hạn chế như nguy cơ các tai biến và biến chứng liên quan quá trình nội soi xâm lấn, đòi hỏi trang thiết bị đắt tiền và trình độ của bác sĩ cao. Đặc biệt trong các trường hợp tràn dịch khu trú, khoang màng phổi dày dính hoặc có nhiều vách ngăn sẽ cản trở quá trình quan sát tổn thương và sinh thiết lấy bệnh phẩm.

NSMP nội khoa là một thủ thuật an toàn và hầu hết không có các biến chứng nặng xảy ra. Các biến chứng có thể gặp sau khi nội soi như: Phù phổi sau khi phổi nở lại, đau ngực, tràn khí dưới da, nhiễm trùng vết mổ, mũ màng phổi, tràn khí màng phổi dai dẳng. Tỷ lệ tử vong hết sức hiếm gặp (0,01%). Tai biến NSMP trong nghiên cứu của chúng tôi gồm có 76,7% bệnh nhân có biểu hiện đau tại nơi là thủ thuật, tuy nhiên, mức độ đau không nhiều, thường kéo dài vài ngày, đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường. Có 4 trường hợp xuất hiện tràn khí dưới da chiếm 13,3%. Các trường hợp này tràn khí dưới da mức độ nhẹ, và tự hấp thu. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Vũ Khắc Đại (2016), tác giả nghiên cứu 130 bệnh nhân được NSMP ống bán cứng, không có tai biến, biến chứng nặng nề xảy ra. Trong đó, đau tại chỗ chiếm 60,8%, sốt 4,6%, chảy máu chân dẫn lưu 3,1%, tụ máu dưới da [14].

Kết quả gây dính màng phổi ở 22 trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính cho thấy, có 81,8% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần 18,2%, không có trường hợp nào thất bại. Có nhiều tác nhân gây dính màng phổi được sử dụng như bột talc, Povidon-iod,

máu tự thân hoặc gây tổn thương niêm mạc màng phổi thành bằng phương pháp cơ học. Trong đó bột talc và Povidon-iod là các tác nhân phổ biến nhất. Kết quả gây dính màng phổi bằng Povidon-iod trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả gây dính tốt và ít gặp các biến chứng như nhiễm trùng màng phổi, đau...

Một nghiên cứu của chúng tôi năm 2019 ở 16 bệnh nhân TDMP ác tính được gây dính màng phổi bằng Povidon-iod 10% qua dẫn lưu màng phổi ống nhỏ. Kết quả cho thấy hiệu quả gây dính tốt đạt 81,3% và trung bình là 18,7%, không có trường hợp nào gây dính thất bại [15]. Nghiên cứu của Ayush Makkar (2017), nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của gây dính màng phổi bằng povidone iod ở 104 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính và theo dõi dọc thì hiệu quả gây dính hoàn toàn là 79% [7].

5. Kết luận

Nghiên cứu bước đầu ở 30 bệnh nhân TDMP dịch tiết chưa rõ căn nguyên được thực hiện NSMP nội khoa chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Quân y 175. Kết quả có 93,3% được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả mô bệnh học từ mẫu sinh thiết qua NSMP. Trong đó căn nguyên ác tính gặp 83,3% và 10% là do lao màng phổi. Biến chứng hay gặp nhất là đau ngực tại chỗ chiếm 76,7%, tràn khí dưới da gặp 13,3%, không gặp biến chứng nặng khác. Hiệu quả gây dính màng phổi bằng Povidone kết quả dính tốt là 81,8%, trung bình là 18,2%. Nghiên cứu bước đầu cho thấy, NSMP nội khoa bằng ống bán cứng là một kỹ thuật can thiệp chẩn đoán hiệu quả cao và an toàn cho bệnh nhân TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Saguil A, Wyrick K, Hallgren J (2014) *Diagnostic approach to pleural effusion*. Am Fam Physician 90(2): 99-104.
2. Rodríguez-Panadero F (2008) *Medical thoracoscopy*. Respiration 76(4): 363-372.
3. Michaud G, Berkowitz DM, Ernst A (2010) *Pleuroscopy for diagnosis and therapy for pleural effusions*. Chest 138(5): 1242-1246.

4. Anevlavis S, Froudarakis ME (2018) *Advances in pleuroscopy*. Clin Respir J 12(3): 839-847.
5. Liu XT (2022) *Diagnostic value and safety of medical thoracoscopy for pleural effusion of different causes*. World J Clin Cases 10(10): 3088-3100.
6. Kahrom H, Aghajanzadeh M, Asgari MR et al (2017) *Efficacy and Safety of Povidone- iodine Pleurodesis in Malignant Pleural Effusions*. Indian J Palliat Care 23(1): 53-56.
7. Makkar A, Patni S, Joad AK et al (2017) *An observational study on safety and efficacy of povidone-iodine for pleurodesis in cancer patients*. South Asian J Cancer 6(2): 79-80.
8. Light RW, MacGreggor I, Luchsinger PC et al (1972) *Pleural effusions: The diagnostic separation of transudates and exudates*. Ann Intern Med 77: 507-513.
9. Bộ Y tế (2014) *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp*. Ban hành kèm theo Quyết định số 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014, tr. 62-72.
10. Kiani A, Abedini A, Karimi M, Samadi K, Sheikhy K, Farzanegan B, Pour Abdollah M, Jamaati H, Jabardarjani HR, Masjedi MR (2015) *Diagnostic yield of medical thoracoscopy in undiagnosed pleural effusion*. Tanaffos 14(4): 227-231.
11. Nguyễn Huy Dũng (2012) *Nghiên cứu giá trị của soi lồng ngực sinh thiết trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa rõ nguyên nhân*. Luận án tiến sĩ y khoa, Học viện Quân y.
12. Maturu VN, Dhooria S, Bal A et al (2015) *Role of medical thoracoscopy and closed-blind pleural biopsy in undiagnosed exudative pleural effusions: A single-center experience of 348 patients*. J Bronchology Interv Pulmonol 22(2): 121-129.
13. Niu XK, Bhetuwal A, Yang HF et al (2015) *CT-guided core needle biopsy of pleural lesions: Evaluating diagnostic yield and associated complications*. Korean J Radiol 16(1): 206-212.
14. Vũ Khắc Đại (2016) *Nghiên cứu vai trò của nội soi màng phổi ống bán cứng trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi*. Luận án tiến sĩ y khoa, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
15. Nguyễn Minh Thế, Hoàng Thanh Toàn, Phạm Thị Như Ý, Nguyễn Hải Công (2019) *Đánh giá hiệu quả gây dính màng phổi bằng Povidone iod qua ống dẫn lưu nhỏ trong điều trị tràn dịch màng phổi do ung thư*. Tạp chí Y Dược thực hành 175, số 18, tr. 44-50.