

## GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA ỐNG SOI BÁN MỀM OLYMPUS LTF TRONG SOI LỒNG NGỰC CHẨN ĐOÁN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DỊCH TIẾT CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN SAU 2 LẦN SINH THIẾT MÀNG PHỔI KÍN ÂM TÍNH

*Nguyễn Huy Dũng\* ; Nguyễn Xuân Triều\*\* ; Bùi Xuân Tâm\*\**

### TÓM TẮT

Thực hiện 54 lần soi lồng ngực ống mềm nội khoa cho 54 bệnh nhân (BN) (39 BN nam, 15 BN nữ), tuổi trung bình  $57 \pm 13$  tuổi. Chẩn đoán xác định tràn dịch màng phổi (TDMP) ác tính cho 37/37 BN, lao màng phổi (MP) cho 9/11 BN, lao MP kết hợp TDMP ác tính cho 1/1 BN. Không có tử vong liên quan đến thủ thuật hay tai biến trong thủ thuật. Ống soi lồng ngực bán mềm Olympus LTF tít V2 cho phép tiếp cận rất tốt đến khoang MP. Đánh giá tiền cứu chứng minh nó là thiết bị chẩn đoán an toàn hữu ích.

\* Từ khóa: Tràn dịch màng phổi; Soi lồng ngực; Sinh thiết màng phổi.

## DIAGNOSTIC VALUE OF OLYMPUS LTF SEMIFLEXIBLE THORACOSCOPY IN THE UNDIAGNOSED EXUDATIVE PLEURAL EFFUSIONS AFTER SECOND CLOSED NEEDLE BIOPSY

**Nguyen Huy Dung**

**Nguyen Xuan Trieu**

**Bui Xuan Tam**

### SUMMARY

*54 medical thorascopies were performed on 54 patients (39 men, 15 female), median age was  $57 \pm 13$ . The definitive diagnosis was malignant pleural effusion in 37 of 37 patients, Pleural tuberculosis in 9 of 11 patients, Pleural tuberculosis associated with malignant pleural effusion in one patient. There were no procedure-related deaths or intraoperative accidents. The procedure was well tolerated and no complications were encountered.*

*The Olympus LTF type V2 semiflexible thoracoscopy allows excellent pleural access. Prospective evaluation demonstrated the safety, diagnostic utility.*

\* Key words: Pleural effusion; Thoracoscopy; Pleural biopsy.

---

\* Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh

\*\* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đỗ Quyết

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi lồng ngực là một kỹ thuật xâm lấn, thực hiện thường quy khi không đạt chẩn đoán xác định nguyên nhân TDMP dịch tiết bằng các phương pháp đơn giản như chọc dò MP đơn thuần, sinh thiết MP kín [3]. Kỹ thuật sử dụng ống soi cứng với góc nhìn thẳng hay góc nhìn nghiêng. Ống soi cứng có thể cung cấp ánh sáng nhìn rất tốt và cho mẫu sinh thiết có kích thước tốt, nhưng một số vùng quan trọng nhất trong lồng ngực khó có thể nhìn thấy và cần một đường vào thứ hai. Một vài nhà nghiên cứu cố gắng khắc phục trường hợp soi bị giới hạn về tầm nhìn của ống soi cứng bằng cách sử dụng ống soi phế quản sọ quang học mềm đưa vào khoang MP. Một phát triển mới đây trong kỹ thuật soi lồng ngực là sử dụng ống soi bán mềm lồng ngực nhằm phối hợp tính linh hoạt của ống soi phế quản sọ quang học với tính chất cứng của ống soi cứng phế quản kinh điển. Bài báo này nhằm đánh giá hiệu quả của dụng cụ hợp nhất này trong chẩn đoán các trường hợp TDMP không xác định căn nguyên sau 2 lần sinh thiết MP kín.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

BN điều trị tại Khoa Bệnh phổi C6, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 7 - 2005 đến 7 - 2007. Tất cả BN đều có TDMP dịch tiết theo tiêu chuẩn Light [6], với protein dịch MP/protein huyết thanh =  $0,60 \pm 0,13$ ,

LDH dịch MP/LDH huyết thanh =  $2,09 \pm 2,15$ , LDH dịch MP =  $1002,29 \pm 1028,69$  UI/l, sau hai lần sinh thiết MP kín đều không có chẩn đoán xác định mô học. Sau soi lồng ngực, tất cả BN có chẩn đoán viêm MP mạn tính không đặc hiệu sẽ được tiếp tục theo dõi diễn tiến bệnh.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Kỹ thuật soi lồng ngực (theo hướng dẫn của GS. TS. Bùi Xuân Tám [2]):

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, xét nghiệm máu đông, máu chảy, đếm tiểu cầu, điện tim và chức năng hô hấp khi cần thiết. BN đặt nằm nghiêng với phía lồng ngực có TDMP hướng lên trên, đầu thấp, cánh tay bên TDMP gác vào giá đỡ nhằm làm giãn các khe gian sườn.

- 30 phút trước khi soi lồng ngực nội khoa, tiền tê bằng atropin 0,25 mg x 1 ống tiêm dưới da, diazepam 5 mg x 1 viên uống. Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%, từ 4 - 6 ml tiêm tại nơi rạch da trên thành ngực. Sử dụng đường vào thứ nhất (cổng quan sát) thường ở khe gian sườn V-VI đường nách giữa, rạch da dài 1,5 - 2 cm, bóc tách các cơ gian sườn cho đủ rộng, sau đó ấn trocar 10 mm từ từ thẳng góc vào khoang MP. Dùng loại ống soi bán mềm Olympus TLF type V2: đưa qua trocar này vào khoang MP, quan sát trên màn hình các vùng tổn thương đại thể ở cả MP thành và MP tạng để có hướng chẩn đoán đại thể. Thực hiện đường vào thứ hai để sinh thiết MP qua nội soi (cổng sinh thiết): sau khi gây tê rạch da 1 cm ở cách lỗ vào thứ nhất 1 - 2 khe gian sườn, bóc tách các cơ gian sườn, ấn troca

5 mm từ từ thẳng góc vào khoang MP, đặt kim sinh thiết qua trocar 5 mm, sinh thiết các tổn thương qua hướng dẫn của nguồn sáng ống soi bán mềm. Không chọn cổng sinh thiết quá gần cổng quan sát vì khó thực hiện thao tác. Cần chọn cổng sinh thiết đối diện và ở phía ngược lại cổng quan sát. Khi có sang chấn ở phía sau cổng quan sát, chọn cổng sinh thiết ở đường nách trước. Khi có sang chấn ở phía trước cổng quan sát, chọn cổng sinh thiết ở đường nách sau. Khi có sang chấn ở cạnh bên cổng quan sát, chọn cổng sinh thiết ở đường song song đường nách trước đi qua núm vú. Mỗi lần sinh thiết MP lấy 8 mảnh mô MP, gồm 4 mẫu MP thành, 4 mẫu MP tạng. Các mảnh bệnh phẩm này được cố định trong dung dịch formol 10% để làm tiêu bản chẩn đoán mô bệnh. Qua trocar của lỗ vào thứ nhất, đặt ống dẫn lưu MP 28F, sau đó rút trocar ra, khâu bít chặt lại quanh ống dẫn lưu. Sau khi rút trocar cổng sinh thiết ra ngoài, khâu bít chặt lại cổng sinh thiết, đưa BN về buồng bệnh tiếp tục theo dõi, hướng dẫn BN thở, nối hệ thống ống dẫn lưu 3 chai với hệ thống hút áp lực 20 cmH<sub>2</sub>O để phổi nở ra hoàn toàn.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 7 - 2005 đến 7 - 2007, thực hiện 54 lần nội soi lồng ngực cho 54 BN, 39 BN nam, 15 nữ, tuổi trung bình 57 ± 13 tuổi. 31 thủ thuật thực hiện bên phổi phải, 23 thủ thuật thực hiện bên phổi trái.

\* Tiền sử bệnh lý của 54 BN TDMP tham gia nghiên cứu soi MP sinh thiết:

Không ghi nhận tiền căn bệnh lý: 28 BN (51,85%); đang điều trị lao MP: 11 BN (20,37%); lao phổi cũ: 3 BN (5,56 BN); BN bị tăng huyết áp (THA): 4 BN (7,41%); tai biến mạch máu não cũ/THA: 1 BN (1,85%); THA/tiểu đường: 1 BN (1,85%); tai biến mạch máu não cũ và thoát vị bẹn trái: 1 BN (1,85%); thiếu máu cơ tim: 1 BN (1,85%); tiểu đường: 1 BN (1,85%); sarcoma xương đã cắt cụt nhập viện 5 năm: 1 BN (1,85%); ung thư vú đã hóa trị và xạ trị: 1 BN (1,85%); ung thư tử cung đang xạ trị: 1 BN (1,85%).

*Bảng 1:* Kết quả nội soi sinh thiết MP và kết quả chẩn đoán xác định sau cùng.

		KẾT QUẢ NỘI SOI SINH THIẾT MP			
		Viêm mạn tính	Lao	Ung thư	Lao + ung thư
Kết quả chẩn đoán xác định	Viêm mạn tính	5	0	0	0
	Lao	2	9	0	0
	Ung thư	0	0	37	0
	Lao + ung thư	0	0	0	1

8 trường hợp tìm thấy tế bào ác tính trong dịch MP, 5 trường hợp nội soi lồng ngực có chẩn đoán mô học là ung thư MP, 3 trường hợp còn lại là viêm MP mạn tính không đặc hiệu (sau hơn 1 năm theo dõi không điều trị đặc hiệu cho thấy chẩn đoán phù hợp nhất là viêm MP mạn tính không đặc hiệu). Trong 46 trường hợp xét nghiệm

dịch MP có kết quả tế bào lành tính, 32 trường hợp nội soi lồng ngực có chẩn đoán mô học là ung thư MP, 9 trường hợp lao MP, 4 trường hợp còn lại là viêm MP mạn tính không đặc hiệu, 1 trường hợp vừa có tổn thương lao MP vừa có tổn thương ung thư MP.

**Bảng 2:** Kết quả xét nghiệm tế bào học dịch MP và kết quả chẩn đoán xác định sau cùng.

		KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM TẾ BÀO HỌC DỊCH MP	
		Lành tính	ác tính
Kết quả chẩn đoán xác định	Viêm mạn tính	4	3
	Lao	9	0
	Ung thư	32	5
	Lao + ung thư	1	0

Tất cả BN đều được soi phế quản, 3 BN có chẩn đoán mô bệnh học đặc hiệu của phế quản (ung thư). 1 BN có tiền căn bị sarcoma xương nhưng kết quả nội soi lồng ngực và sinh thiết hạch đều cho kết quả ung thư tế bào biểu mô tuyến. Không xảy ra biến chứng có liên quan đến thủ thuật nội soi lồng ngực nội.

### BÀN LUẬN

Tràn dịch MP là vấn đề thường gặp trong lâm sàng. Nếu cần sinh thiết MP để lấy mẫu chẩn đoán mô học, bác sĩ phải chọn lựa giữa sinh thiết MP kín và sinh thiết MP qua soi lồng ngực. Không có thủ thuật nào là không có biến chứng [4]. Phần lớn chỉ thực hiện sinh thiết MP qua nội soi lồng

ngực khi sau 2 lần sinh thiết MP kín không xác định được căn nguyên của TDMP dịch tiết [3]. Trong trường hợp TDMP dịch tiết chưa có chẩn đoán, về mặt lâm sàng nghi ngờ nhiều đến khả năng ác tính, có thể tiến hành soi lồng ngực ngay nếu cơ sở điều trị có đủ trình độ và trang thiết bị để tiến hành thủ thuật này. Liên quan đến lợi ích của soi lồng ngực trong chẩn đoán căn nguyên TDMP dịch tiết, hầu hết các y văn đều cho rằng sinh thiết MP qua soi lồng ngực có khả năng chẩn đoán xác định căn nguyên TDMP dịch tiết từ > 90%, (95 - 97%) [3]. Tổng quan số liệu nghiên cứu của Harris và CS trên 182 trường hợp TDMP có độ nhạy 95% đối với bệnh lý ác tính, 100% đối với bệnh lý lành tính, Light cho rằng không có chẩn đoán xác định bằng soi lồng ngực trên BN TDMP lành tính: 58 BN TDMP lành tính bao gồm mũ MP, tràn máu MP, TDMP cạnh viêm phổi đã có chẩn đoán xác định bằng những phương pháp chẩn đoán không xâm lấn. Ngoài ra, 26 BN được cho là TDMP tự phát (idiopathic pleural effusion). Light cũng dẫn chứng nghiên cứu của Kendall và CS trên 620 BN TDMP, chỉ có 48 BN (8%) không có chẩn đoán sau khi làm những thủ thuật ít xâm lấn. Khi soi lồng ngực 48 BN này, chẩn đoán ác tính chỉ thấy ở 24 BN (50%) [6]. Nghiên cứu này đánh giá khả năng chẩn đoán của sinh thiết MP qua nội soi lồng ngực bằng ống soi bán mềm, trên BN TDMP dịch tiết do các căn nguyên có tổn thương mô học đặc hiệu là 96% (47/49 BN). Trong đó khả năng chẩn đoán ung thư màng phổi là 100% (38/38 BN), lao màng phổi là 83,3% (10/12 trường hợp). Kết quả

chẩn đoán sinh thiết MP qua nội soi lồng ngực bằng ống soi bán mềm của chúng tôi cao do sinh thiết cả MP thành và MP tạng. Kỹ thuật này làm tăng khả năng chẩn đoán căn nguyên TDMP của nội soi lồng ngực. Theo Nguyễn Xuân Triều, có thể sinh thiết MP (lá thành, lá tạng, hoặc MP vùng trung thất) và vòm hoành những vùng này sinh thiết MP mà không thể làm được. Cho nên, soi MP cho hiệu quả chẩn đoán bệnh rất cao (90 - 100%) [1].

Trong chẩn đoán TDMP ác tính, nghiên cứu của Loddenkemper và CS cho thấy khả năng chẩn đoán của nội soi lồng ngực là 95%. Nếu tính riêng cho TDMP ác tính, trong nghiên cứu của Menzies [9] và Hucker [5], soi lồng ngực giúp chẩn đoán 99 trong 117 trường hợp (85%) TDMP ác tính còn nghiên cứu này, có 38 trường hợp ung thư MP loại tế bào biểu mô tuyến có chẩn đoán xác định sau cùng là ung thư MP loại tế bào biểu mô tuyến, khả năng chẩn đoán của nội soi lồng ngực trong TDMP ác tính là 100%. Kết quả này cao hơn so với Loddenkemper [7], Menzies [9] và Hucker [5].

Soi lồng ngực chẩn đoán đôi khi mới áp dụng trong chẩn đoán lao MP. Khả năng chẩn đoán căn nguyên TDMP do lao của sinh thiết MP qua nội soi lồng ngực > 99% [3]. Chúng tôi gặp 10/12 BN có kết quả mô học tìm thấy tổn thương đặc hiệu lao được chẩn đoán xác định sau cùng lao MP, khả năng chẩn đoán của nội soi lồng ngực trong TDMP do lao là 83,3%. Tỷ lệ này thấp hơn báo cáo của Buchanan [3].

Trong nghiên cứu này, tính chung cả tổn thương mô học đặc hiệu (lao, ung thư), nội soi lồng ngực giúp chẩn đoán 95,9% (47/49) các trường hợp TDMP có tổn thương mô học đặc hiệu. Nội soi lồng ngực giúp xác định 1 trường hợp lao và ung thư cùng tồn tại trên 1 khoang MP, 3 trường hợp dương tính giả khi xét nghiệm tìm tế bào ác tính trong dịch MP không tìm được căn nguyên TDMP sau 2 lần sinh thiết MP kín và chỉ có 3 BN có kết quả mô học soi phế quản ung thư, giúp gợi ý TDMP ác tính (3 trường hợp này có kết quả chẩn đoán mô học mẫu MP qua nội soi lồng ngực là ung thư MP). Rõ ràng, nội soi lồng ngực có vai trò chẩn đoán căn nguyên TDMP dịch tiết nổi trội hơn rất nhiều so với sinh thiết MP kín và soi phế quản và không có tai biến do thủ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi.

## KẾT LUẬN

Bác sĩ nội khoa hô hấp có thể sử dụng ống soi bán mềm lồng ngực trong chẩn đoán các trường hợp TDMP chưa rõ bản chất mô học sau hai lần sinh thiết MP kín mà không có biến chứng. Mặc dù tính chất quang học không tốt như trong soi phế quản ống cứng có thể thấy một vùng rộng lớn của MP từ cổng vào. Trong bệnh lý MP có tổn thương đặc hiệu, khả năng chẩn đoán mô học của soi lồng ngực bằng ống soi bán mềm tốt hơn sinh thiết MP kín.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Triều. Nội soi sinh thiết MP. Bệnh phổi và lao. 2008, tr.200-201.

2. *Bùi Xuân Tám*. Soi lồng ngực nội khoa. Bệnh hô hấp. 1999, tr.295-312.

3. *Buchanan D. R., Neville E.* Current indications for thoracoscopy. Thoracoscopy for physicians. A practical guide. 2004, pp.57-70.

4. *Ernst A., Hersh C. P., Herth F., Thurer R., LoCicero J., Beamis J., Mathur P.* A novel instrument for the evaluation of the pleural space: An experience in 34 patients. Chest. 2002, 122, pp.1530-1534.

5. *Hucker J., Bhatnagar N.K., al-Jilaihawi A.N., Forrester-Wood C.P.* Thoracoscopy in the diagnosis and management of recurrent pleural effusions, Ann Thorac Surg. 1991, 52 (5), pp.1145-1147.

6. *Light R.W.* Diagnostic principles in pleural disease. Eur Respir J. 1997, 10, pp.476-481.

7. *Loddenkemper R.* Thoracoscopy: results in non-cancerous and idiopathic pleural effusions, Poumon Coeur. 1981, 37, pp.261-264.

8. *McLean A. N., Bicknell S. R., McAlpine L. G., Peacock A. J.* Investigation of pleural effusion: An evaluation of the new olympus LTF semiflexible thoracofiberscope and comparison with abrams needle biopsy. Chest. 1998, 114, pp.150-153.

9. *Menzies R., Charbonneau M.* Thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease. Ann Intern Med. 1991, 114 (4), pp.271-216.

