

Hiệu quả sớm của nội soi và gây dính màng phổi Trong điều trị tràn dịch màng phổi ác tính do căn nguyên

Tạ Bá Thắng*; **Nguyễn Huy Lực***
Đỗ Quyết*; **Đông Khắc Hưng****

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu trên 305 bệnh nhân (BN) tràn dịch màng phổi (TDMP) ác tính điều trị tại Khoa Lao và Bệnh phổi, Bệnh viện 103 từ 4 - 2004 đến 12 - 2009. BN được nội soi và gây dính màng phổi (MP) bằng talc. Theo dõi và đánh giá hiệu quả sớm của gây dính MP bằng các dấu hiệu lâm sàng, X quang sau 48 giờ. *Kết quả cho thấy:* gây dính MP đạt kết quả tốt 97,04%, thất bại 2,96%. Yếu tố tiên lượng thất bại của gây dính MP bằng talc gồm nồng độ glucose dịch MP < 3,3 mmol/l, thời gian tràn dịch MP ác tính > 3 tháng. Các biến chứng của gây dính MP: đau ngực 51,14%, sốt 20,32%, tràn khí dưới da 5,24%. Nội soi và gây dính MP bằng talc đạt hiệu quả cao, an toàn trong điều trị TDMP ác tính.

* Từ khoá: Tràn dịch màng phổi ác tính; Nội soi màng phổi; Gây dính màng phổi.

Early efficiency of thoracoscopy an pleurodosis in treatment of malignant pleural effusions

Summary

The prospective study was carried out on 305 patients with malignant pleural effusion treated in 103 Hospital from April, 2004 to December, 2009. Patients were performed thoracoscopy and talc pleurodosis. Monitoring and evaluating early efficiency of thoracoscopy and talc pleurodosis by clinical features and lung X-ray after 48 hours. Results: early efficiency of talc pleurodosis: 97.04% of patients with good result, 2.96% failure. Predictors of failure caused by talc pleurodosis: glucose concentration of pleural effusion < 3.3 mmol/l, the time of recurrent malignant pleural effusion > 3 months. Complications of talc pleurodosis: 51.14% chest pain, 20.32 fever, 5.24% pneumoderma. Thoracoscopy and talc pleurodosis had high efficiency and safe in the treatment of malignant pleural effusion.

* *Key words: Thoracoscopy; Pleurodosis; Malignant pleural effusion.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi ác tính gặp phổ biến trên lâm sàng. Nguyên nhân TDMP ác tính rất phong phú, trong đó chủ yếu do ung

thư phế quản [6]. Tiên lượng của TDMP ác tính thường xấu, thời gian sống thêm của BN ngắn và phụ thuộc chủ yếu vào kết quả điều trị TDMP. Hút dịch MP chỉ là biện pháp

* *Bệnh viện 103*

** *Học viện Quân y*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Xuân Triều

điều trị tạm thời TDMP ác tính. Phương pháp hiệu quả nhất hiện nay làm hết dịch MP trong điều trị TDMP ác tính là làm dính MP. Có nhiều chất làm dính MP, nhưng

theo các khuyến cáo hiện nay, bột talc là tác nhân gây dính MP được sử dụng nhiều và hiệu quả nhất [4, 6]. Nội soi MP (Medical pleural endoscopy) hoặc nội soi lồng ngực

(Thoracoscopy) có vai trò quan trọng trong điều trị TDMP ác tính. Qua nội soi MP có thể cắt các dải fibrine dính, giải phóng khoang MP, hút dịch MP triệt để, kiểm soát việc bơm các tác nhân gây dính MP và đặt dẫn lưu khoang MP thích hợp dẫn đến tăng hiệu quả của phương pháp gây dính MP [1, 2, 5]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của nội soi và gây dính MP trong điều trị TDMP ác tính.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

305 BN được chẩn đoán là TDMP ác tính điều trị tại Khoa Lao và Bệnh phổi, Bệnh viện 103 từ tháng 4 - 2007 đến 12 - 2009, nam 238, nữ 67, thấp nhất 27 tuổi, cao nhất 77 tuổi, trung bình $60 \pm 5,8$ tuổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN: chẩn đoán TDMP ác tính dựa vào sinh thiết MP kín, làm xét nghiệm mô bệnh dương tính với ung thư, hoặc xét nghiệm dịch MP có tế bào ung thư kết hợp với lâm sàng có những dấu hiệu gợi ý nguyên nhân ác tính. Chỉ số Karnofski $\geq 60\%$.

Loại trừ BN có xẹp phổi kết hợp và có chống chỉ định với nội soi MP.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

- BN được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm: chụp X quang phổi; xét nghiệm sinh hóa, tế bào dịch MP; sinh thiết MP

chẩn đoán mô bệnh và các xét nghiệm theo yêu cầu của nội soi MP để lựa chọn BN nội soi và gây dính MP.

- Tiến hành soi MP tại phòng phẫu thuật nội soi, Bệnh viện 103: mở 02 lỗ vào khoang MP (gian sườn IV và V đường nách trước), một lỗ đưa ống soi cứng và một lỗ để đưa dụng cụ can thiệp điều trị (hút dịch, bơm chất gây dính). Đưa ống soi quan sát và đánh giá tổn thương của khoang MP, cắt các dải dính, hút hết dịch MP và tiến hành gây dính MP.

- Gây dính khoang MP: sau khi hút hết dịch MP, tiến hành bơm từ 3 - 5 g talc phủ khắp bề mặt khoang MP, đặt dẫn lưu khoang MP, rút ống soi, cố định và kẹp dẫn lưu và đưa BN về buồng bệnh. Sau 2 giờ, duy trì hút dẫn lưu liên tục với áp lực $-20 \text{ cmH}_2\text{O}$. Chụp lại X quang phổi kiểm tra khi hết dịch MP.

- Đánh giá hiệu quả của gây dính MP sau 48 giờ.

+ Kết quả tốt: nếu lượng dịch MP chảy qua dẫn lưu MP $< 150 \text{ ml}/24$ giờ (Boutin c, 1998) [2].

+ Thất bại: nếu lượng dịch MP chảy qua dẫn lưu MP $\geq 150 \text{ ml}/24$ giờ.

+ Các tai biến của gây dính MP: sốt, đau ngực, tràn khí dưới da.

+ Xác định các yếu tố tiên đoán thất bại của gây dính MP: tuổi, nồng độ glucose máu, thời gian TDMP ác tính.

- Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê Epi.info 6.0. Phân tích đa biến dựa vào phương trình hồi quy logistic.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm BN nghiên cứu.

Bảng 1: Tuổi, giới.

TUỔI \ GIỚI	NAM		NỮ		TỔNG	
	n	%	n	%	n	%
20 - 30	14	4,59	5	1,64	19	6,23
31 - 40	16	5,24	9	2,98	25	8,22
41 - 50	86	28,19	17	5,57	103	33,76
51 - 60	121	39,68	25	8,19	146	47,47
61 - 75	26	8,52	11	3,6	37	12,12
Tổng	238	78,03	67	21,97	305	100

Trong cả nam và nữ, BN ở nhóm tuổi từ 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao, nam gặp 78,03%, nữ 21,97%, tỷ lệ nam/nữ (238/67) = 3,5/1.

* Nguyên nhân tràn dịch MP ác tính:

Ung thư di căn: 302 BN (99,01%); ung thư phế quản: 243 BN (76,6%); ung thư đường tiêu hóa: 37 BN (12,13%); ung thư vú: 7 BN (2,29%); bệnh hạch ác tính: 6 BN (1,96%); các ung thư khác: 9 BN (2,95%); ung thư MP nguyên phát: 3 BN (0,99%)

Trong các nguyên nhân gây TDMP ác tính, ung thư phế quản là nguyên nhân gặp nhiều nhất (76,67%), tiếp đến ung thư đường tiêu hóa (12,13%), ung thư MP nguyên phát gặp tỷ lệ thấp nhất (0,99%).

2. Kết quả gây dính MP.

Kết quả sớm của gây dính MP bằng talc: kết quả tốt 296 BN (97,04%), thất bại gặp ở 9 BN (2,96%).

Bảng 2: Các yếu tố tiên đoán thất bại của gây dính MP.

CÁC YẾU TỐ	NGUY CƠ TƯƠNG ĐỐI (OR)	KHOẢNG TIN CẬY 95%
Tuổi > 60	1,6	0,81 - 3,12
Thời gian TDMP ác tính > 3 tháng	2,4	1,31 - 5,06
Glucose dịch MP < 3,3 mmol/l	3,7	1,27 - 9,86

3 yếu tố tiên đoán thất bại của gây dính MP: thời gian TDMP ác tính > 3 tháng và nồng độ glucose dịch MP có liên quan đến thất bại của gây dính MP (nguy cơ tương đối 2,4 và 3,7 với khoảng tin cậy 95% là 1,31 - 5,06 và 1,27 - 9,86).

* Các biến chứng của gây dính MP bằng talc: sốt: 62 BN (20,32%); đau ngực: 156 BN (51,14%); tràn khí dưới da: 16 BN (5,24%).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm BN nghiên cứu.

Chúng tôi thấy cả 2 giới, lứa tuổi gặp nhiều từ 41 - 60, nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Kết quả này cũng tương tự như nhận xét của Diacon A.H và CS (2001), Sahn S.A và CS (2004) [4, 6].

Trong các nguyên nhân gây TDMP ác tính: ung thư phế quản là nguyên nhân gặp nhiều nhất (76,67%), tiếp đến ung thư đường tiêu hóa (12,13%), ung thư MP nguyên phát gặp tỷ lệ thấp nhất (0,99%). Theo Sahn S.A. và CS (2001), nguyên nhân hàng đầu TDMP ác tính là ung thư phế quản đối với cả nam và nữ [6]. Đây là yếu tố tiên lượng xấu cho BN vì BN ung thư phế quản có TDMP ác tính đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn IIIB-IV).

2. Kết quả gây dính MP bằng talc.

Tất cả BN đều được nội soi MP, hút hết dịch và gây dính MP bằng talc, kết quả tốt chiếm đa số (97,04%), 9 BN thất bại (2,96%). Như vậy, kết quả gây dính MP của talc rất cao.

Boutin. C (1998) [2] cho thấy kết quả nội soi MP gây dính bằng talc có kết quả tốt 88%, trung bình 8% và kém 4%. Crnjac. A (2004) tiến hành nội soi MP và gây dính MP bằng talc cho 44 BN có TDMP ác tính cũng đạt hiệu quả gây dính rất cao (93,2%) [3]. Kết quả gây dính MP của chúng tôi tương tự của các tác giả. Theo Boutin. C (1998), kết quả nội soi và gây dính MP phụ thuộc vào nhiều yếu tố: kích thước dẫn lưu MP, tư thế xoay BN, chất gây dính MP.v.v. [2]. Các nghiên cứu cho thấy hiệu quả gây dính MP của talc cao nhất, tiếp đến là doxycyclin (72%), corynebacterium parvum 67% và bleomycin chỉ đạt 54% [1, 2, 6].

Tỷ lệ thất bại của gây dính MP của nghiên cứu này là 2,96%. Chúng tôi tìm hiểu 3 yếu tố tiên đoán thất bại của gây dính MP và nhận thấy: thời gian TDMP ác tính > 3 tháng và nồng độ glucose dịch MP < 3,3 mmol/l có liên quan đến thất bại của gây dính MP (nguy cơ tương đối 2,4 và 3,7 với khoảng tin cậy 95% là 1,31 - 5,06 và 1,27 - 9,86). Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, nồng độ glucose dịch MP càng thấp, khả năng gây dính MP thất bại càng cao. Các tác giả cũng nhận thấy, nồng độ glucose dịch MP thấp tương quan với mức độ lan rộng của ung thư trong khoang MP [2, 3, 7]. Sahn S.A và CS (2008) thấy, thất bại của gây dính MP phụ thuộc chủ yếu vào sự lan rộng của ung thư trong khoang MP, “phổi mắc cạn”, pH dịch MP [6]. Ở nghiên cứu này, những BN TDMP ác tính > 3 tháng cũng là yếu tố tiên đoán thất bại gây dính MP. Điều này có thể giải thích: do thời gian mắc bệnh lâu, mức độ lan rộng của ung thư trong khoang MP càng lớn và TDMP ác tính lâu cũng gây dày MP làm phổi giảm khả năng đàn hồi và nở ra sau khi hút dịch.

Về biến chứng của nội soi và gây dính MP: biến chứng gặp sau gây dính MP là sốt, đau ngực, tràn khí dưới da, trong đó đau ngực gặp nhiều nhất (51,14%), sốt 20,32%, tràn khí dưới da chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,24%). Diacon A.H và CS (2001) nghiên cứu các biến chứng ở 1.820 BN soi MP gặp tỷ lệ tử vong 2%, thủng phổi 3,2%, chảy máu 1%, viêm phổi 1%, mũ MP 0,6% [4]. Boutin. C (1999) gặp các biến chứng sau gây dính MP: sốt 10 - 59%, hay gặp sau làm thủ thuật 12 giờ và hết sau 48 giờ; đau ngực gặp 7 - 45%; các biến chứng khác ít gặp như mũ MP (2%), phù phổi (4%), lưu dẫn lưu kéo dài (5%), suy hô hấp cấp (1%) [7]. Chúng tôi chỉ gặp các biến chứng nhẹ và không gặp các biến chứng nguy hiểm.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu nội soi và gây dính MP bằng talc ở BN TDMP ác tính, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Gây dính MP đạt kết quả tốt 97,04%, thất bại 2,96%. Yếu tố tiên lượng thất bại của gây dính MP bằng talc gồm nồng độ glucose dịch MP < 3,3 mmol/l, thời gian TDMP ác tính > 3 tháng.

- Các biến chứng sau gây dính MP: đau ngực 51,14%, sốt 20,32%, tràn khí dưới da 8,19%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Asamura H.* Thoracoscopic procedures for intrathoracic diseases: the present status. *Respirology*. 1999, 4, pp.9-17.
2. *Boutin C.* Thoracoscopy talc poudrage in malignant pleural effusion: effective pleurodesis despite low pleural pH. *Chest*. 1998, 113 (4), pp.1007-1012.
3. *Crnjac A.* The significance of thoracoscopic chemical pleurodesis for the treatment of malignant pleural effusion. *Wien Klin Wochenschr*. 2004, 116 suppl 2, pp.28-32.
4. *Diacon A.H, Bolliger C.T, Tamm M.* Prospective randomized comparison of thoracoscopic talc poudrage under local anesthesia versus bleomycin instillation for pleurodesis in malignant pleural effusion, *Am J Respir Crit Care Med*. 2001, 162 (4 pt 1), pp.1445-1449.
5. *Loddenkemper R.* Thoracoscopy - state of the art. *Eur Respir J*. 1998, 11, pp.213-221.
6. *Sahn S.A, Heffner J.E.* Malignant pleural effusion in management of pleural disease. 7th Ed, Eds Crapo J.D et al. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2008, pp.1369-1405.
7. *Boutin C, Guerin JC,* Thoroscopie médicale interventionnelle. [Interventional medical thoracoscopy.]. *Rev Mal Respir*. 1999, 16, pp.703-708.