

SINH THIẾT HÚT KIM NHỎ CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC TẠI VIỆN QUÂN Y 6 TRONG 8 NĂM (2001 - 2008)

*Thái Danh Tuyên**; *Dương Văn Quyển***
*Trịnh Xuân Kiếm****

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 957 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bệnh lý u và hạch bằng phương pháp tế bào học sinh thiết hút kim nhỏ tại Viện Quân y 6 từ năm 2001 - 2008. Kết quả: bệnh lý hạch chiếm 16%, u vú 31%, còn lại là các loại u khác. 35,4% BN không chẩn đoán xác định được, phải gửi về tuyến sau. Bệnh lý hạch phổ biến là viêm cấp (26,4%), hạch phản ứng viêm dạng lympho kích thích (44%), lao hạch (15,7%), hạch ung thư di căn (2,5%) và ung thư hạch (11,3%). Trong đó u vú chiếm ưu thế là u xơ (67,9%), viêm cấp tuyến vú (21,5%), ung thư vú (3,6%) và u hạch ác tính (3,4%).

* Từ khoá: Bệnh lý u; Chẩn đoán tế bào học; Sinh thiết hút kim nhỏ.

NEEDLE BIOPSY IN DIAGNOSIS OF GANGLION, TUMOUR DISEASES AT N^o6 HOSPITAL IN 8 YEARS (2001 - 2008)

SUMMARY

Study was carried out on 957 patients who suffered from ganglion, tumour disease. They were diagnosed by needle biopsy at the Hospital number 6 since 2001 to 2008. The results show that: the kind of these diseases is abundant; ganglion disease is 16%, tumours of breast: 31%, remain is other kinds; ganglion disease: acute inflame (26.4%), scrofula (15.7%), metastasis (2.5%), Hodgkin and non-Hodgkin lymphomas (11.3%); tumours of breast: fibroma (67.9%), acute inflame (21.5%), cancer (3.6%); malignant and cancer tumours are 3.4%.

** Key words: Ganglion, tumour disease; Needle biopsy; Cytological diagnosis.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết hút kim nhỏ chẩn đoán tế bào học là phương pháp thường dùng trong chẩn đoán bệnh lý u, hạch. Cùng với các phương pháp xét nghiệm khác, phương pháp này rất có giá trị, giúp chẩn đoán quyết

định, định hướng chẩn đoán hay loại trừ một bệnh u, hạch.

Tại Viện Quân y 6 đã sử dụng phương pháp sinh thiết hút kim nhỏ chẩn đoán bệnh lý u, hạch trong nhiều năm.

Bệnh lý u, hạch là một nhóm bệnh lý rất hay gặp tại tuyến quân y khu vực Tây Bắc.

* Bệnh viện 103

* Viện Quân y 6

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đỗ Quyết

Khu vực này đa số là đồng bào dân tộc H'Mông, dân tộc Thái... sinh sống, với đặc

điểm về địa lý, thổ nhưỡng khác những vùng đồng bằng, ven biển khác các dân tộc khác

về tập quán sinh hoạt cũng như nhận thức, vì vậy đặc điểm bệnh lý cũng có sự khác biệt.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Xác định cơ cấu, tỷ lệ các loại bệnh lý u, hạch và giá trị của sinh thiết hút kim nhỏ trong chẩn đoán bệnh lý u, hạch tại Viện Quân y 6.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

957 BN có bệnh lý u, hạch được chẩn đoán và điều trị tại Viện Quân y 6 trong 8 năm (từ 2001 - 2008).

2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu tiêu bản lưu, đối chiếu với bệnh án, lâm sàng, xét nghiệm khác theo protocol nghiên cứu.

** Nội dung nghiên cứu:*

- Thống kê cơ cấu, tỷ lệ các loại bệnh lý u, hạch.

- Phân loại bước đầu theo các nhóm bệnh lý u, hạch.

- Xác định mối liên quan giữa bệnh lý u, hạch với giới tính, dân tộc.

- Đánh giá giá trị của xét nghiệm trong bệnh hạch to, u vú và các u khác.

- Đánh giá giá trị tầm soát ung thư của xét nghiệm.

** Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học.*

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung.

** Cơ cấu, tỷ lệ các loại bệnh lý u, hạch (n = 957):*

Bệnh lý hạch to: 159 BN (16,3%); bướu cổ thể nhân: 4 BN (0,4%); u nang tuyến giáp: 21 BN (2,1%); u máu: 12 BN (1,2%); u bã đậu: 20 BN (2%); u bao hoạt dịch: 12 BN (1,2%); u mỡ: 80 BN (8,2%); u vú: 303 BN (31); u khác (không chẩn đoán được): 346 BN (35,4%).

Bảng 1: Liên quan các nhóm bệnh u, hạch với giới tính.

NHÓM BỆNH LÝ U, HẠCH	NAM		NỮ	
	n	%	n	%
Bệnh lý hạch to	82	51,6	77	48,4
Bướu cổ thể nhân	0	0	4	100
U nang tuyến giáp	7	33,3	14	66,7
U máu	9	75	3	25
U bã đậu	16	80	4	20
U nang bao hoạt dịch	4	33,3	8	66,7
U mỡ	65	81,3	15	18,7
U vú	21	6,9	282	93,6
U khác (không chẩn đoán được)	79	22,8	267	77,2
Cộng	287	29,9	670	70,1

Các bệnh hạch to: tỷ lệ nam nữ mắc ngang nhau (51,6% so với 48,4%).

- U vú, bướu cổ, u nang bao hoạt dịch gặp ở nữ nhiều hơn nam. Các u chưa xác định cũng gặp ở nữ nhiều hơn.

- U máu, u mỡ, u bã đậu gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Bảng 2: Liên quan giữa các nhóm bệnh lý u, hạch với dân tộc và giới.

Bảng 2a: Giới tính nam.

NHÓM BỆNH U, HẠCH	n	KINH		H'MÔNG, THÁI	
		n	%	n	%
Hạch to	82	56	68,3	26	31,7
U vú	21	20	45,2	1	4,8
U máu	9	6	66,6	3	33,4
U bao hoạt dịch	4	3	75	1	25
U bã đậu	16	14	87,5	2	12,5
U nang tuyến giáp	7	2	28,6	5	71,4
U khác (không chẩn đoán được)	79	53	67,1	26	32,9
Cộng	218	154		64	

Bệnh lý u, hạch ở nam người Kinh nhiều hơn nam người Thái, H'mông.

Bảng 2b: Giới tính nữ.

NHÓM BỆNH U, HẠCH	n	KINH		H'MÔNG, THÁI	
		n	%	n	%
Hạch to	77	41	53,2	36	46,7
U vú	282	137	48,6	145	51,4
U máu	3	1	33,3	2	66,7
U bao hoạt dịch	8	2	25	6	75
U bã đậu	4	3	75	1	25
U nang tuyến giáp	4	3	75	1	25
Bướu cổ thể nhân	4	1	25	3	75
U mỡ	15	12	80	3	20
U khác (chưa chẩn đoán được)	267	46	17,2	221	82,8
Cộng	664	246		418	

Nhóm bệnh lý hạch to, u vú, u tuyến giáp, u máu, u bao hoạt dịch ở nữ người Kinh tương đương nữ người H'mông, Thái.

- Nhóm các u khác chưa chẩn đoán được ở nữ người H'mông, Thái cao hơn so với nữ dân tộc Kinh.

2. Giá trị chẩn đoán của phương pháp sinh thiết hút kim nhỏ.

** Chẩn đoán bệnh lý hạch to (n = 159):*

Hạch viêm cấp mủ hóa: 42 BN (26,4%); hạch lao: 25 BN (15,7%); hạch phản ứng dạng lympho kích thích: 70 BN (44%); u lympho Hodgkin và non-Hodgkin: 18 BN (11,3%); ung thư di căn hạch: 4 BN (2,5%)

** Chẩn đoán u vú (n = 303):*

U xơ, viêm xơ: 206 BN (67,9%); ung thư vú: 11 BN (3,6%); viêm cấp tuyến vú: 65 BN (21,5%); phì đại tuyến vú nam giới: 21 BN (6,9%).

** Chẩn đoán các bệnh u, hạch ác tính (n = 957):*

U, hạch ác tính: 33 BN (3,4%); u, hạch lành tính: 824 BN (96,6%).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung bệnh lý u, hạch được chẩn đoán và điều trị tại Viện Quân y 6.

Nhóm các bệnh lý u, hạch nhiều nhất là u vú (31%), hạch to (16%), u mỡ (8,2%) (bảng 1). Sinh thiết hút kim nhỏ tuy đơn giản, nhanh chóng, tiện lợi và không gây tổn thương nhiều, có thể khảo sát nhiều vị trí một lúc, nhưng cũng có nhiều hạn chế, cần bổ sung bằng các xét nghiệm khác (siêu âm, chụp nhũ ảnh, xét nghiệm sinh hóa, hóa mô miễn dịch...) để bảo đảm độ chính xác cao trong chẩn đoán. Vì vậy, cần phát triển đồng bộ các kỹ thuật cận lâm sàng khác trong bệnh viện theo hướng hiện đại, nhằm hỗ trợ lẫn nhau trong chẩn đoán, điều trị. Tránh chủ quan chỉ dựa vào xét nghiệm tế bào học, coi như tiêu chuẩn vàng, không thể sai sót. Kèm theo, cần chú ý nâng cao trình độ về điều trị các loại bệnh lý u vú, bệnh lý hạch do tỷ lệ gặp khá nhiều (gần 50%).

Bệnh lý u, hạch chưa chẩn đoán được chiếm 35,4%, do hạn chế về nhân lực và kỹ thuật.

U nang tuyến giáp, bướu cổ thể nhân, u máu và u bao hoạt dịch chiếm tỷ lệ nhỏ (1 - 2%). Nhóm bệnh lý này tuy ít gặp nhưng các khoa lâm sàng và cận lâm sàng khác rất cần chú ý trong điều trị, chẩn đoán.

Về giới tính: các bệnh hạch to có tỷ lệ nam/nữ mắc ngang nhau (51,6% và 48,4%), cho thấy việc quan tâm khám bệnh khi phát hiện hạch to của cả 2 giới như nhau. Đây là tâm lý bình thường của người bệnh, lo lắng khi có thay đổi về hệ thống hạch ngoại vi.

Trong nghiên cứu này, bệnh u vú, bướu cổ, u nang bao hoạt dịch gặp ở nữ nhiều hơn nam, tương tự y văn đã mô tả.

Liên quan đến dân tộc: bệnh lý u, hạch ở nam người Kinh nhiều hơn nam người Thái, H'mông. Có thể người Kinh quan tâm đến sức khỏe hơn, khoảng cách đến bệnh viện gần hơn, kinh tế cũng khá giả hơn. Nhóm bệnh lý hạch to, u vú, u tuyến giáp, u máu, u bao hoạt dịch ở nữ người Kinh tương đương nữ người H'mông, Thái (bảng 2b). Có thể do phụ nữ các dân tộc cư trú trên địa bàn khá quan tâm đến sức khỏe khi thấy có biểu hiện bệnh lý u, hạch.

2. Giá trị của sinh thiết hút kim nhỏ trong chẩn đoán bệnh u, hạch ở Viện Quân y 6.

** Hiệu quả trong tầm soát ung thư:*

Phát hiện sớm ung thư rất có giá trị, có thể điều trị khỏi bệnh và kéo dài cuộc sống người bệnh. Chúng tôi chú ý sử dụng xét nghiệm sinh thiết hút chẩn đoán tế bào học, phát hiện sớm ung thư và những dấu hiệu nghi ngờ ung thư cho người bệnh.

Trong 957 BN mắc bệnh u, hạch, 3,4% bệnh ác tính, trong đó 11 trường hợp là ung thư vú, 22 là bệnh hạch ác tính và ung thư di căn hạch.

Trong 159 BN hạch to, 2,5% hạch di căn ung thư, đây là những trường hợp có u nguyên phát và các đám tế bào ung thư trong tổ chức hạch bình thường; 11,3% BN bệnh hạch ác tính (u lympho Hodgkin và non - Hodgkin). Chẩn đoán Hodgkin do phát hiện thấy tế bào Sternberg điển hình; u lympho bệnh non-Hodgkin được chẩn đoán qua hình thái ác tính của tế bào lympho.

Trong 303 trường hợp u vú, 3,6% ung thư vú. Như vậy, số lượng BN ung thư phát hiện ở tuyến cơ sở không nhiều. Có thể do địa bàn bệnh viện phụ trách thưa dân, đi lại khó khăn, người đến khám ít. Mặt khác cũng cho thấy, dân cư sống trong điều kiện môi trường ít bị ô nhiễm, khả năng gây ra những bệnh lý ung thư thấp hơn vùng đồng bằng, thành phố; hoặc giả thiết khác là người dân không có điều kiện kinh tế và không có tập quán đi chữa khi bị bệnh; hoặc có thể là cả 2 khả năng trên.

** Hiệu quả trong chẩn đoán bệnh lý hạch to:*

Sinh thiết hút kim nhỏ trong chẩn đoán bệnh lý hạch to (hạch đồ) rất có giá trị do không gây sang chấn, kiểm tra nhanh và nhiều hạch một lúc, giá thành rẻ, kết quả chẩn đoán khá chính xác. Tuy nhiên, đòi hỏi tay nghề thầy thuốc phải khéo léo, kỹ thuật thành thạo, người đọc tiêu bản có kiến thức, giàu kinh nghiệm.

25/159 BN hạch to là lao hạch, chiếm 15,7%. Các trường hợp này được chẩn đoán do phát hiện tế bào khổng lồ Langhans (+), chất hoại tử bã đậu, kèm theo tế bào dạng biểu mô, tế bào bán liên trong tổ chức hạch. Các BN này đều được điều trị lao khỏi hoàn toàn.

Trong 159 BN hạch to, 70,4% hạch viêm, 44% là hạch phản ứng viêm dạng lympho kích thích, số còn lại là hạch viêm cấp mủ hóa. Đây là các trường hợp dễ chẩn đoán do có căn nguyên viêm nhiễm khu vực hoặc toàn thân, kết hợp hình ảnh tế bào học hạch đồ điển hình. Không có trường hợp nào nhầm với các bệnh lý hạch ác tính. 26,4% hạch viêm cấp mủ hóa, ngoài biểu hiện lâm sàng sưng nóng đỏ đau, chọc hạch thấy nhiều tế bào viêm, chất hoại tử mủ, dày đặc xác bạch cầu trung tính, khác hoàn toàn với chất hoại tử bã đậu trong lao hạch. Những trường hợp này thường đến bệnh viện muộn, dùng kháng sinh không đủ liều, thậm chí không dùng kháng sinh. Sau khi chích rạch tháo mủ, rửa sạch chất hoại tử, dẫn lưu kết hợp với tiêm kháng sinh liều cao, BN khỏi hoàn toàn.

** Hiệu quả trong chẩn đoán u vú:*

Đây là nhóm bệnh lý rất hay gặp ở Viện Quân y 6. Trong 303 BN, 67,9% u xơ và viêm xơ vú, 21,5% viêm cấp tuyến vú, 3,6% trường hợp ung thư vú và 6,9% trường hợp phì đại tuyến vú nam giới. Như vậy, đa số u vú thông thường không phải gửi về tuyến sau.

** Hiệu quả trong chẩn đoán u khác:*

Ngoài hạch đồ, u vú, tầm soát ung thư, đã phát hiện các loại u khác như: u mỡ 8,2%, u bao hoạt dịch 1,2%, u nang tuyến giáp 2,1%, u bã đậu 2%, bướu cổ thể nhân lạnh tính 0,4%, u máu 1,2%. Những trường hợp này được chẩn đoán chính xác, không trường hợp nào chẩn đoán sai.

Tuy nhiên, 35,4% BN chưa xác định chẩn được. Đây là những trường hợp khó, phải gửi về tuyến sau. Đa số các trường hợp này không theo dõi được là bệnh gì để rút kinh nghiệm công tác chuyên môn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu 957 BN (287 nam và 670 nữ) có bệnh u, hạch, chẩn đoán bằng sinh thiết hút kim nhỏ tại Viện Quân y 6, kết quả cho thấy:

Cơ cấu các mặt bệnh lý u, hạch đa dạng, phong phú, trong đó: bệnh lý hạch 16%, u vú 31%, u mỡ 8,2%, u bao hoạt dịch 1,2%, u nang tuyến giáp 2,1%, u bã đậu 2%, bướu cổ thể nhân lành tính 0,4%, u máu 1,2%.

Tỷ lệ nam và nữ mắc bệnh lý hạch to ngang nhau (51,6% so với 48,4%); u vú, bướu cổ gặp ở nữ nhiều hơn nam. Nam người Kinh có bệnh u, hạch nhiều hơn nam người Thái, H'mông; nữ người Kinh mắc bệnh u, hạch tương đương nữ người H'mông và Thái.

Sinh thiết hút kim nhỏ là xét nghiệm rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý hạch, u:

- 159/957 BN hạch to: 26,4% hạch viêm cấp, 44% hạch phản ứng viêm dạng lympho kích thích, 15,7% lao hạch, 2,5% hạch di căn ung thư và 11,3% u lympho non-Hodgkin.

- 303/957 BN u vú, trong đó 11/303 (3,6%) là ung thư vú; 67,9% u xơ, viêm xơ vú và 21,5% viêm cấp tuyến vú.

- Số trường hợp u, hạch ác tính chiếm tỷ lệ đáng lưu ý (3,4%), gồm: bệnh hạch ác tính, ung thư di căn hạch và ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Linh, Nguyễn Thanh Vân. Tổng kết 1.000 trường hợp làm "hạch đồ" tại Viện Chống lao. Tổng hội Y học Việt Nam. 1979, 1, tr.37.

2. Nguyễn Bá Đức. Đặc tính giải phẫu bệnh học u lympho ác tính điều trị tại Bệnh viện K Hà Nội trong 5 năm (1987 - 1991). Hội nghị Huyết học Truyền máu Việt Nam. Hà Nội. 1994, tr.17.

3. Suzanne Monivong Cheanh Beaupha. The role of fine needle aspiration in diagnosis of lymphadenopathy. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2008, 4 (2), pp.100-102.