

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Lê Xuân Cường¹, Lê Ngọc Dung¹, Nguyễn Thị Xuân Ánh¹, Lê Ngọc Thành¹, Nguyễn Anh Tuấn¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMP) ác tính tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên 162 bệnh nhân TDMP nhập viện tại khoa Lao, BVTW Huế từ 04/2015 đến 9/2016. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là TDMP ác tính hoặc TDMP do lao. Xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 16.0. **Kết quả:** TDMP ác tính chiếm 24,07%, TDMP do lao chiếm 75,93%. Ở nhóm TDMP ác tính: tỉ lệ độ tuổi ≥ 60 cao hơn nhóm TDMP do lao (64,10% vs 19,51%: $p < 0,01$); Tỉ lệ sốt thấp hơn (23,08% vs 72,36%: $p < 0,01$); Dịch màng phổi: màu đỏ cao hơn (56,41% vs 05,69%: $p < 0,01$), có hiện diện hồng cầu cao hơn (69,23% vs 17,07%: $p < 0,01$), tế bào nội mô $> 20\%$ cao hơn (23,08% vs 01,63%: $p < 0,01$); X quang ngực: có co kéo trung thất cao hơn (12,82% vs 00,81%: $p < 0,05$); Siêu âm ngực: có tổn thương màng phổi cao hơn (58,97% vs 37,40%: $p < 0,05$). **Kết luận:** Có sự khác biệt có ý nghĩa về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa TDMP ác tính và TDMP do lao.

Từ khóa: Ác tính, tràn dịch màng phổi, Bệnh viện Trung ương Huế.

ABSTRACT

STUDY OF SOME CLINICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN MALIGNANT PLEURAL EFFUSION AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Le Xuan Cuong¹, Le Ngoc Dung¹, Nguyen Thi Xuan Anh¹, Le Ngoc Thanh¹, Nguyen Anh Tuan¹.

Objectives: To determine the percentage and evaluate some clinical and clinical characteristics in malignant pleural effusion at Hue Central Hospital. **Subjects and Method:** A cross-sectional, descriptive study on 162 patients, who were hospitalised to Tuberculosis department, Hue Central hospital from April, 2015 to September, 2016. Malignant pleural effusion or tuberculous pleural effusion were determined. Data were analysed by Epidata and SPSS 16.0. **Results:** Malignant pleural effusion accounted for 24.07%, tuberculous pleural effusion accounted for 75.93%. In malignant pleural effusion group: ≥ 60 years old is higher than tuberculous pleural effusion group (64.10% vs 19.51%: $p < 0.01$); Fever is lower than (23.08% vs 72.36%: $p < 0.01$); Pleural fluid: red is higher than (56.41% vs 05.69%: $p < 0.01$), erythrocyte existing is higher than (69.23% vs 17.07%: $p < 0.01$), endothelial cells $> 20\%$ is higher than (23.08% vs 01.63%: $p < 0.01$); Chest X-ray: mediastinum pulled is higher than (12.82% vs 0.81%: $p < 0.05$); Thoracic ultrasound: pleural lesion is higher than (58.97% vs 37.40%: $p < 0.05$). **Conclusion:** There are significant differences on the some characteristics between malignant pleural effusion with tuberculous pleural effusion.

Key words: Malignant, pleural effusion, Hue Central Hospital.

1. BVTW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 04/7/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Xuân Cường
- Email: lexuancuonghue@gmail.com; ĐT: 0914481236

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là một hội chứng bệnh lý thường gặp trong lâm sàng các bệnh nội khoa, chiếm 5-10% [6]. TDMP dịch tiết do rất nhiều nguyên nhân. Nếu một tràn dịch trong đó thành phần lymphocyte chiếm ưu thế (>50%) thì nguyên nhân có khả năng xảy ra nhất là bệnh lao và bệnh ác tính [7]. Bước đầu để phân biệt TDMP ác tính với TDMP do lao rất khó khăn. Do đó có nhiều trường hợp TDMP ác tính nhập viện tại Khoa Lao. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với các mục tiêu: Xác định tỉ lệ và đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMP) ác tính tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 162 bệnh nhân TDMP dịch tiết nhập viện tại khoa Lao từ 04/2015 đến 9/2016 gồm 39 bệnh nhân TDMP ác tính và 123 bệnh nhân TDMP do lao.

- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng:** bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán TDMP ác tính, do lao theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới và Chương trình Chống lao Quốc gia.

+ Tràn dịch màng phổi ác tính: dịch tiết (nồng độ protein dịch > 30g/l, tỉ lệ protein dịch/protein huyết tương >0,5), tìm thấy tế bào ác tính trong dịch hoặc kết quả sinh thiết màng phổi / kết quả nội soi sinh thiết phế quản / sinh thiết lõi chủ mô phổi xác định bệnh cảnh ác tính.

+ Tràn dịch màng phổi do lao: dịch tiết, soi trực tiếp hoặc nuôi cấy tìm thấy AFB / PCR lao (+) / sinh thiết màng phổi chẩn đoán mô bệnh học thấy nang lao.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng TDMP ác tính.

Bảng 3.2. Độ tuổi

Độ tuổi	TDMP ác tính		TDMP do lao		P	Chung	
	n	%	n	%		n	%
<60 tuổi	14	35,90	99	80,49	<0,01	113	69,75
≥ 60 tuổi	25	64,10	24	19,51	<0,01	49	30,25
Tổng cộng	39	100%	123	100%		162	100%

Ở độ tuổi ≥ 60 , tỉ lệ TDMP ác tính cao hơn do lao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (64,10% so với 19,51%: $p < 0,01$).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

2.2.1. Nội dung nghiên cứu

Chẩn đoán xác định TDMP ác tính, TDMP do lao.

- Khai thác tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng.
- Thực hiện các xét nghiệm (XN): Công thức máu, Protein huyết tương, X quang phổi thẳng, Siêu âm bụng ngực, Dịch màng phổi (DMP): (màu sắc, nồng độ protein, phản ứng rivalta, tế bào - vi trùng, tế bào lạ, AFB, PCR lao), Sinh thiết màng phổi (nếu có chỉ định), Nội soi sinh thiết phế quản (nếu có chỉ định), Sinh thiết chủ mô phổi (nếu có chỉ định). Các XN này được làm tại các khoa XN ở Bệnh viện Trung ương Huế.

- Áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán TDMP ác tính, TDMP do lao.

Xác định tỉ lệ TDMP ác tính / TDMP vào viện.

Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của TDMP ác tính. So sánh với TDMP do lao.

2.2.2. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm Epidata và SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ bệnh nhân TDMP ác tính/TDMP dịch tiết vào viện

Bảng 3.1. Tỉ lệ bệnh nhân TDMP ác tính/TDMP dịch tiết vào viện

Bệnh nhân TDMP vào viện	n	%
TDMP ác tính	39	24,07
TDMP do lao	123	75,93
Tổng cộng	162	100%

TDMP ác tính chiếm 24,07% và TDMP do lao chiếm 75,93%.

Bảng 3.3. Triệu chứng ban đầu

Triệu chứng ban đầu	TDMP ác tính		TDMP do lao		P	Chung	
	n	%	n	%		n	%
Sốt	09	23,08	89	72,36	<0,01	98	60,49
Sụt cân	35	89,74	99	80,49	>0,05	134	82,72
Đau ngực	37	94,87	114	92,68	>0,05	151	93,21
Ho khan	28	71,79	89	72,36	>0,05	117	72,22
Khó thở	11	28,21	29	23,58	>0,05	40	24,69

Sốt ở TDMP ác tính chỉ chiếm 23,08%, do lao chiếm đến 72,36%: $p < 0,01$.

Bảng 3.4. Màu sắc dịch màng phổi

Màu sắc dịch màng phổi	TDMP ác tính		TDMP do lao		P	Chung	
	n	%	n	%		n	%
Vàng chanh	14	35,96	111	90,24	<0,01	125	77,16
Vàng đục	03	07,69	05	04,07	>0,05	08	04,94
Hồng, Đỏ	22	56,41	07	05,69	<0,01	29	17,90
Tổng cộng	39	100%	123	100%		162	100%

Tỉ lệ dịch có màu hồng/đỏ ở TDMP ác tính cao hơn do lao (56,41% so với 05,69%: $p < 0,01$).

Bảng 3.5. Thành phần tế bào dịch màng phổi

Thành phần tế bào trong DMP		TDMP ác tính		TDMP do lao		P	Chung	
		n	%	n	%		n	%
Hồng cầu	(-)	12	30,77	104	82,93	<0,01	116	71,61
	≥(+)	27	69,23	19	17,07	<0,01	46	28,39
Lymphocyte	≤50%	00	00	00	00	>0,05	00	00
	>50%	39	100	123	100	>0,05	162	100
Neutrophile	≤50%	39	100	123	100	>0,05	162	100
	>50%	00	00	00	00	>0,05	00	00
Nội mô	≤10%	18	46,15	98	79,67	<0,01	116	71,61
	11-20%	12	30,77	23	18,70	>0,05	35	21,60
	>20%	09	23,08	02	01,63	<0,01	11	06,79

Tỉ lệ có hồng cầu và tế bào nội mô >20% trong DMP ở TDMP ác tính cao hơn do lao (69,23% so với 17,07%: $p < 0,01$ và 23,08% so với 1,63%: $p < 0,01$).

Bảng 3.6. Ảnh hưởng đến vị trí trung thất trên X quang phổi thẳng

Ảnh hưởng đến trung thất	TDMP ác tính		TDMP do lao		P	Chung	
	n	%	N	%		N	%
Kéo trung thất	05	12,82	01	00,81	<0,05	06	03,70
Đẩy trung thất	11	28,21	40	32,52	>0,05	51	31,48
Không ảnh hưởng	23	58,97	82	66,67	>0,05	105	64,82
Tổng cộng	39	100%	123	100%		162	100%

Bảng 3.7. Phát hiện tổn thương màng phổi trên siêu âm

Tổn thương màng phổi trên siêu âm	TDMP ác tính		TDMP do lao		P	Chung	
	n	%	n	%		n	%
Có tổn thương (dày, vách hóa..)	23	58,97	46	37,40	<0,05	69	42,59
Không có tổn thương	16	41,03	77	62,60	<0,05	93	57,41
Tổng cộng	39	100%	123	100%		162	100%

Tỉ lệ có tổn thương màng phổi ở TDMP ác tính cao hơn do lao (58,97% so với 37,40%: $p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ tràn dịch màng phổi ác tính, tràn dịch màng phổi do lao

Theo kết quả của bảng 3.1, tỉ lệ TDMP ác tính chiếm 24,07% và do lao chiếm 75,93%, tỉ lệ TDMP ác tính / TDMP do lao: 1/3. Theo nghiên cứu của Đặng Thị Hương từ năm 1987 - 1991, tỉ lệ ung thư màng phổi / TDMP do lao là 1/7 [3]. Điều này chứng tỏ TDMP ác tính ngày càng gia tăng. Theo tác giả Đỗ Quyết (2013), TDMP là dấu hiệu đầu tiên ở 25% các bệnh nhân TDMP ác tính [4].

4.2. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng TDMP ác tính với TDMP do lao

4.2.1. Độ tuổi

Kết quả bảng 3.2, ở độ tuổi ≥ 60 , tỉ lệ TDMP ác tính cao hơn do lao (64,10% so với 19,51%: $p<0,01$). Quá trình lão hóa liên quan với tăng số bệnh nhân mắc các bệnh khác nhau, đặc biệt các bệnh ác tính [5]. Mối liên quan giữa tuổi và tỉ lệ ung thư mới mắc đã được thể hiện như là tuổi biểu hiện hiệu quả tích lũy của thời gian tiếp xúc với những yếu tố gây ung thư [1].

4.2.2. Triệu chứng khởi đầu

Bảng 3.3 cho thấy đau ngực, sút cân, ho khan là ba triệu chứng hàng đầu của TDMP ác tính cũng như do lao. Một số tác giả trong và ngoài nước cũng đã nêu ra nhận định, triệu chứng ban đầu hay gặp nhất đối với TDMP do lao hay ung thư đều là đau ngực, ho khan [4]. Ngoài ra nghiên cứu này cho thấy trong TDMP ác tính, tỉ lệ có sốt ở giai đoạn đầu thấp hơn trong TDMP do lao (23,08% so với 72,36%: $p<0,01$).

4.2.3. Màu sắc dịch màng phổi

Ở bảng 3.4, tỉ lệ dịch màu hồng/đỏ ở TDMP ác tính cao hơn do lao (56,41% so với 05,69%: $p<0,01$). Tỉ lệ dịch màu vàng chanh ở TDMP ác tính

thấp hơn (35,96% so với 90,24%: $p<0,01$). Theo tác giả Nguyễn Đình Kim, dịch màu đỏ máu có nguồn gốc ung thư trong 90% trường hợp và dịch vàng chanh trong lao chiếm 88% [2].

4.2.4. Thành phần tế bào trong dịch màng phổi

Kết quả bảng 3.5, tỉ lệ có hồng cầu và tỉ lệ tế bào nội mô $>20\%$ ở TDMP ác tính cao hơn do lao (69,23% so với 17,07%: $p<0,01$ và 23,08% so với 01,63%: $p<0,01$). Sự hiện diện hồng cầu cũng như tỉ lệ tế bào nội mô cao trong DMP ở TDMP ác tính là do có nhiều u sùi trên mặt màng phổi thành cũng như màng phổi tạng và có những điểm xuất huyết trên những u sùi này [3].

4.2.5. Ảnh hưởng đến vị trí trung thất trên X quang phổi thẳng

Bảng 3.6 cho thấy trong TDMP ác tính, tỉ lệ có co kéo trung thất về phía tràn dịch cao hơn do lao (12,82% so với 00,81%: $p<0,05$). Điều này được giải thích trong TDMP ác tính, có một diện tích lớn của màng phổi bị ung thư xâm nhiễm và trở nên cứng nên mặc dù có một khối lượng dịch lớn nhưng tim và trung thất không bị đẩy sang bên đối diện, thậm chí lồng ngực bên bị bệnh lép do các khoảng gian sườn bị co hẹp [3].

4.2.6. Phát hiện tổn thương màng phổi trên siêu âm

Bảng 3.7 cho thấy tỉ lệ phát hiện tổn thương màng phổi trên siêu âm ở TDMP ác tính cao hơn do lao (58,97% so với 37,40%: $p<0,05$). Điều này được giải thích bởi tình trạng màng phổi dày lên và trở nên cứng trong TDMP ác tính, dễ phát hiện qua siêu âm. Tác giả J.G. Mc Vie ghi nhận rằng chẩn đoán u màng phổi có thể nghi ngờ khi chụp phổi thấy dày màng phổi, mờ màng phổi và có thể có hiện diện

của vôi hóa[8]. Trên siêu âm, N R Qureshi đã chứng minh 95% độ đặc hiệu cho chẩn đoán ác tính khi lá thành màng phổi dày >1 cm và 100% đối với lá tạng màng phổi dày lên[9].

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ tràn dịch màng phổi ác tính, tràn dịch màng phổi do lao

- TDMP ác tính chiếm 24,07% và do lao chiếm 75,93% TDMP dịch tiết vào viện.

5.2. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng TDMP ác tính với do lao

- Tỷ lệ độ tuổi ≥ 60 ở TDMP ác tính cao hơn do

lao ($p < 0,01$).

- Tỷ lệ sốt trong giai đoạn đầu ở TDMP ác tính thấp hơn do lao ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ dịch màng phổi màu hồng/đỏ ở TDMP ác tính cao hơn do lao ($p < 0,01$).

- Tỷ lệ hiện diện tế bào hồng cầu và tế bào nội mô >20% trong dịch ở TDMP ác tính cao hơn do lao ($p < 0,01$).

- Trên X quang: tỷ lệ có co kéo trung thất ở TDMP ác tính cao hơn do lao ($p < 0,05$).

- Trên siêu âm ngực: tỷ lệ phát hiện có tổn thương màng phổi ở TDMP ác tính cao hơn do lao ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiệp hội Quốc tế chống Ung thư, *Ung thư học lâm sàng*, 1991, tr. 64.
2. Nguyễn Đình Kim, "Tràn dịch màng phổi", *Bệnh học lao và bệnh phổi*, 1994, Tập 1, tr. 332-335.
3. Nguyễn Đình Kim, "Khối u màng phổi", *Bệnh học lao và bệnh phổi*, 1994, Tập 2, tr. 320-328.
4. Đỗ Quyết, *Bệnh màng phổi*, 2013, tr. 103-104, 153.
5. Lương Chí Thành, Đoàn Yên, "Các vấn đề Y tế của tuổi già", *Lão khoa xã hội*, 3002, tr.84.
6. Trần Hoàng Thành, *Bệnh lý màng phổi*, 2007, tr. 24.
7. Hooper C., Lee Y.C.G., Maskell N., "Investigation of a unilateral pleural effusion in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010". *Thorax*, 2010;65:4-17.
8. J.G. McVie, "Cancer of the lung and pleura", *Manual of Clinical Oncology*, 1990, pp. 217-227
9. N. R. Qureshi, N. M. Rahman, F.V. Gleeson, "Thoracic ultrasound in the diagnosis of malignant pleural effusion", *Thorax*, 2009;64: 139-143.