

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA SINH THIẾT PHẪI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHẾ QUẢN NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thanh Xuân^{1*}, Hà Thúc Khánh¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.65.1

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn Cắt lớp vi tính trong chẩn đoán Ung thư phế quản nguyên phát. Xác định được tai biến và các yếu tố nguy cơ khi thực hiện phương pháp.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 55 bệnh nhân nghi ngờ ung thư phế quản nguyên phát, tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2. Được chụp X quang phổi và chụp CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch. Số liệu được thu thập và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân ung thư biểu mô vảy chiếm 30,9%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 58,2%. Bệnh nhân có vị trí thương tổn thùy trên chiếm 36,4%. Có 7 bệnh nhân tai biến trong đó tràn khí màng phổi chiếm 10,9%. Ho ra máu chiếm 1,8%.

Kết luận: Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phế quản nguyên phát là an toàn và có tỷ lệ tai biến thấp.

Từ khóa: Ung thư phế quản nguyên phát, sinh thiết phổi, cắt lớp vi tính

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF CT - GUIDED THORACOTOMY BIOPSY FOR DIAGNOSIS OF PRIMARY BRONCHIAL CANCER

Nguyen Thanh Xuan^{1*}, Ha Thuc Khanh¹

Objective: To evaluate the effectiveness of thoracotomy biopsy method under Computerized tomography guide for diagnosis of primary bronchial cancer. Identify hazards and risk factors when implementing the method.

Method: A cross-sectional descriptive study of 55 patients suspected of primary bronchial cancer, at Hue Central Hospital. 2. Radiography of the lungs and chest CT with contrast injection intravenous line. Data were collected and statistics using SPSS 20.0 software.

1 Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

- Ngày nhận bài (Received): 30/9/2020; Ngày phản biện (Revised): 05/10/ 2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 04 /12 /2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Xuân
- Email: thanhxuanbvh@gmail.com; ĐT: 0945 313 999

Results: 55 patients studied squamous cell carcinoma patients accounting for 30.9%. Adenocarcinoma accounted for 58.2%. Patients with lesions in the upper lobe account for 36.4%. There were 7 stroke patients in which pneumothorax accounted for 10.9%. Coughing up blood makes up 1.8%.

Conclusion: A thoracic thoracic lung biopsy under microscopic tomography guidelines for the diagnosis of primary bronchial cancer is safe and has a low incidence of catastrophes.

Key words: Primary bronchial cancer, lung biopsy, computed tomography

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những gánh nặng bệnh tật chính trên thế giới, trong đó ung thư phổi nguyên phát là một trong những trong ung thư thường gặp và là ung thư có tỷ lệ tử vong cao nhất. Theo thống kê năm 2016, ung thư phổi đứng hàng đầu ở nam giới và thứ hai ở nữ giới về tỷ lệ tử vong trên thế giới [1].

Theo tổ chức Y tế thế giới, năm 2018, ung thư phổi nguyên phát đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc mới với gần 2,1 triệu trường hợp trên toàn thế giới, chiếm tỷ lệ 11,6 % và tỷ lệ tử vong với 1,7 triệu trường hợp, chiếm 18,4 %. Tại Việt Nam, ung thư phổi nguyên phát đứng hàng thứ 2 ở nam giới, đứng hàng thứ 3 ở nữ giới và không thay đổi trong nhiều năm qua. Năm 2018, theo Globocan, nước ta có 23667 trường hợp ung thư phổi nguyên phát mắc mới, đứng thứ 2 sau ung thư gan, chiếm tỷ lệ 14,4 % [5].

Chẩn đoán hình ảnh với nhiều kỹ thuật như: X quang phổi chuẩn, siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, PET hay PET/CT,... đóng vai trò quan trọng trong tất cả các khâu từ sàng lọc, định hướng chẩn đoán, can thiệp chẩn đoán,... ung thư phổi nguyên phát, mỗi kỹ thuật đều có giá trị riêng.

Hiện nay, kỹ thuật sinh thiết phổi dưới hướng dẫn Cắt lớp vi tính đóng vai trò chủ đạo trong việc chẩn đoán sớm, chẩn đoán chính xác ung thư phổi nguyên phát, để giúp nhà lâm sàng đưa ra chiến lược điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

Xuất phát từ tình hình đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phế quản nguyên phát” với hai mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn Cắt lớp vi tính trong chẩn đoán Ung thư phế quản nguyên phát.

2. Xác định được tai biến và các yếu tố nguy cơ khi thực hiện phương pháp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

55 bệnh nhân, đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu, điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân chụp X quang phổi chuẩn nghi ngờ u phổi.

Được chụp CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

Có chỉ định sinh thiết và có kết quả mô bệnh học.

Được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

U phổi đã điều trị.

Chống chỉ định

Bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được đưa lên bàn chụp cắt lớp vi tính.
- Bộc lộ toàn bộ phần ngực.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, sấp hoặc nghiêng tùy theo vị trí của tổn thương.
- Dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính ban đầu xác định lại tổn thương về vị trí, kích thước, tính chất.
- Chụp 1 phim Topogram.
- Trên máy chụp đưa đường đánh dấu lớp cắt về vị trí tổn thương.
- Bật đèn hướng dẫn, đưa vạch sáng màu đỏ về bờ trên của tổn thương trên thành ngực bệnh nhân.
- Dán lá kim lên đường kẻ này.

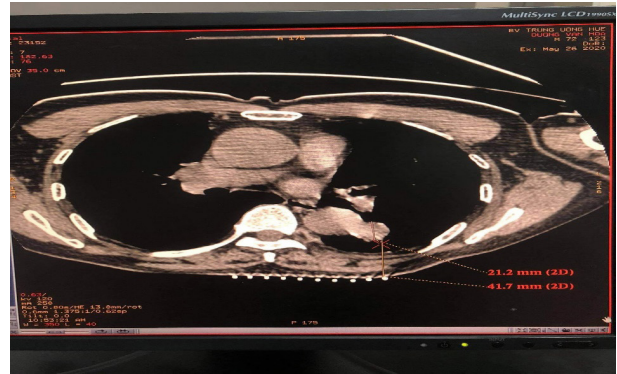
Bệnh viện Trung ương Huế

- Chụp cắt lớp khu vực dán lá kim.
- Chọn lớp cắt để sinh thiết.
- Đo khoảng cách từ mép ngoài của tổn thương đến da.
- Xác định góc được tạo bởi đường vuông góc với mặt bàn chụp và đường vào dự kiến.
- Đánh dấu vị trí điểm vào trên da.
- Trong suốt quá trình tiến hành từ khi chụp xác định vị trí đến khi sinh thiết bệnh nhân phải hoàn toàn ở một tư thế.
- Sát trùng rộng vùng định chọc hai lần bằng cồn iode. Trải sẵn có lỗ vô trùng lên ngực bệnh nhân để hở vùng sinh thiết.
- Gây tê tại chỗ từ da đến lá thành màng phổi.
- Dùng lưỡi dao mổ rạch một vết nhỏ qua da ở vị trí đưa kim sinh thiết vào để tạo thuận lợi cho quá trình chọc kim dẫn đường.
- Chọc kim dẫn đường qua da ở vị trí đánh dấu, kim đi sát bờ trên xương sườn, theo hướng tạo với đường thẳng góc với bàn chụp góc đã đo ở trên. Dẫn bệnh nhân thở ra rồi nín thở, lúc đó mới chọc kim qua lá tạng màng phổi vào vùng tổn thương, kim đi sâu tới mức ốc định vị ở sát mặt da.
- Kiểm tra lại trên phim chụp đầu kim đã vào đúng đến vị trí tổn thương chưa, và hướng kim đã đúng chưa. Nếu chưa đúng thì chỉnh lại kim.
- Nếu kim dẫn đường đã vào đúng vị trí thì rút nòng của kim dẫn đường ra đồng thời phải đưa ngay kim cắt đã chuẩn bị sẵn vào trong nòng của kim dẫn đường và tiến hành cắt để lấy bệnh phẩm. Sau khi rút kim sinh thiết ra khỏi nòng của kim dẫn đường thì phải lập tức đưa lại nòng của kim dẫn đường vào.
- Dùng một đầu kim nhỏ để lấy mảnh bệnh phẩm ra khỏi chỗ đựng bệnh phẩm ở đầu kim. Cho ngay bệnh phẩm vào lọ formon đã chuẩn bị sẵn và bệnh phẩm lên lam kính để xét nghiệm tế bào học.
- Tiếp tục sinh thiết các mảnh bệnh phẩm khác theo trình tự như trên nhưng theo nhiều hướng khác nhau.
- Kết thúc thủ thuật
- Rút kim chọc hút hoặc kim sinh thiết và kim dẫn đường
- Sát khuẩn và băng lại vị trí chọc

- Chụp một số lớp cắt qua vùng sinh thiết kiểm tra xem tình trạng chảy máu phổi, màng phổi, tràn khí màng phổi

- Dẫn người bệnh nằm tại giường trong 6 giờ, theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng trong 24 giờ.

Hình ảnh



2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	40	72,7
	Nữ	15	27,3
Tuổi	18-<40	10	18,2
	40-<60	32	58,2
	≥60	13	23,6
Nghề nghiệp	Nông dân	7	12,7
	Công nhân	11	20,0
	Buôn bán, Kinh doanh	17	30,9
	Cán bộ, Công nhân, viên chức	5	9,1
	Nội trợ, Thất nghiệp	9	16,4
	Già	6	10,9
Lý do vào viện	Ho ra máu	18	32,7
	Sốt, khó thở	13	23,6
	Suy hô hấp cấp	9	16,4
	Đau ngực	15	27,3

Nhận xét: Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân ít tuổi nhất 23 tuổi cao nhất là 76 tuổi trung bình là 55,7±9,6. Độ tuổi thường gặp là từ 40-60 tuổi chiếm 58,6%. Nam giới chiếm 72,7%. Có nghề nghiệp buôn bán, kinh doanh chiếm 30,9%, lý do vào viện ho ra máu chiếm 32,7%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ho	21	38,2
Khó thở	13	23,6
Ho ra máu	18	32,7
Đau ngực	15	27,3

Nhận xét: Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ho chiếm 38,2%, ho ra máu chiếm 32,7%. Đau ngực 27,3%, khó thở chiếm 23,6%.

3.3. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT

Bảng 3.3: Đặc điểm về kích thước, hình dạng và bờ tổn thương

Đặc điểm	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước	≤ 20 mm	20	36,4
	21-30 mm	15	27,3
	31-50 mm	13	23,6
	51-70 mm	7	12,7
Bờ Thương tổn	Nhẵn	11	20,0
	Không nhẵn	20	36,4
	Tua gai	23	41,8
	Bờ có mủi	1	1,8

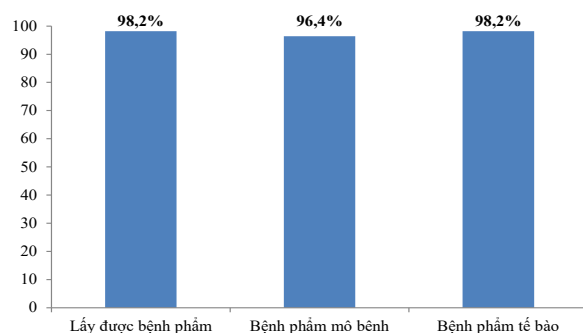
Bệnh viện Trung ương Huế

Nhận xét: Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân có kích thước ≤ 20 mm chiếm 36,4%. Bờ thương tổn tua gai 41,8%.

Bảng 3.4: Đặc điểm tư thế và độ sâu tổn thương sinh thiết

Đặc điểm	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tư thế bệnh nhân	Nằm ngửa	19	34,5
	Nằm sấp	36	65,5
Độ sâu tổn thương	≤ 30 mm	32	58,2
	30-50 mm	19	34,5
	>50 mm	4	7,3

Nhận xét: Độ sâu sinh thiết gặp chủ yếu trong nghiên cứu dưới 5cm chiếm 51/55 (92,7%) trong đó số trường hợp có độ sâu sinh thiết ≤ 3 cm là 32/55 (58,2%). Bệnh nhân sinh thiết được nằm sấp hoặc nằm ngửa, tư thế nằm sấp là 65,5%, tư thế nằm ngửa 34,5%.



Biểu đồ 3.1: Hiệu quả lấy bệnh phẩm sinh thiết

Nhận xét: Trong 55 lượt STXTN dưới hướng dẫn của CLVT có 54/55 (98,2%) lượt lấy được bệnh phẩm. 54/55 (98,2%) lượt lấy được bệnh phẩm tế bào, 53/55 (96,4%) lượt lấy được bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học.

3.4. Kết quả mô bệnh học và xét nghiệm tế bào

Bảng 3.5: Kết quả mô bệnh học và xét nghiệm tế bào

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
K biểu mô vảy	17	30,9
K biểu mô tuyến	32	58,2
Viêm	6	10,9

Nhận xét: Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân ung thư biểu mô vảy chiếm 30,9%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 58,2%.

Bảng 3.6: Đặc điểm hình ảnh vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thùy trên	20	36,4
Thùy giữa	5	9,1
Thùy dưới	9	16,4
Phổi phải	13	23,6
Phổi trái	8	14,5

Nhận xét: Bệnh nhân có vị trí thương tổn thùy trên chiếm 36,4%.

3.5. Tai biến

Bảng 3.7: Các loại tai biến

Tai biến	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ho ra máu	1	1,8
Tràn khí màng phổi	6	10,9
Tràn máu màng phổi	0	0,0

Nhận xét: có 7 bệnh nhân tai biến trong đó tràn khí màng phổi chiếm 10,9%. Ho ra máu chiếm 1,8%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong số 55 bệnh nhân nghiên cứu có 40 nam và 15 nữ, bệnh nhân ít tuổi nhất là 23 cao nhất là 76 tuổi trung bình là $55,7 \pm 9,6$. Các bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi hay gặp nhất là từ 40 trở lên. Theo nghiên cứu của Beslic và CS (2012) trên 242 bệnh nhân có tổn thương ở phổi được STXTN dưới hướng dẫn của CLVT thấy bệnh nhân ít tuổi nhất là 13, cao tuổi nhất là 84 tuổi trung bình là 58,9 [5]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Hường và CS (2011) nghiên cứu trên 280 trường hợp STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT đa dãy, bệnh nhân ít tuổi nhất là 18, cao tuổi nhất là 85, tuổi trung bình là $63,7 \pm 11,4$ [3]. Hay theo nghiên cứu của Ngô Quý Châu và CS (2006) trên 265 bệnh nhân được STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT, bệnh nhân ít tuổi nhất là 16, cao tuổi nhất là 85, tuổi trung bình $57,1 \pm 11,4$ [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nam nhiều hơn nữ, nam chiếm 72,7%, nữ là 27,3%. Trong nghiên

cứu của Choi và CS (2012) nghiên cứu trên 161 bệnh nhân có tổn thương dạng u ở phổi được STXTN dưới hướng dẫn của CLVT thấy tỉ lệ nam nữ cũng gần tương tự như nhau, tỷ lệ bệnh nhân nam là 77/161 (47,8%) và nữ là 84/161 (52,2%) tuổi trung bình là 61 tuổi [6]. Trong nghiên cứu của Ngô Quý Châu và CS (2006) trên 265 trường hợp đám mờ ở phổi STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT thấy tỉ lệ nam là 66%, nữ là 34% [1]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hương và CS (2011) trên 280 bệnh nhân u phổi được STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT thấy tỉ lệ nam/nữ là 195/85 (2,29) [3].

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Các tổn thương dạng u ở phổi luôn là vấn đề được các nhà lâm sàng quan tâm vì ở giai đoạn sớm các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn thậm chí là không có triệu chứng. Khi đã có các triệu chứng thường các tổn thương đã lớn gây chèn ép hay với các bệnh ác tính đã có di căn hay có các biểu hiện của hội chứng cận ung thư. Trong nghiên cứu này các triệu chứng hay gặp nhất là đau ngực, ho và ho máu. Trong đó đau ngực chiếm tỉ lệ 27,3% các trường hợp, ho là 38,2% và ho ra máu gặp ở 32,7%.

4.3. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT

Trong các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu gặp các u có kích thước $\leq 30\text{mm}$ là 35/55 (63,6%), trong đó các bệnh nhân có u có kích thước $\leq 20\text{mm}$ gặp nhiều nhất 20/55 (36,4%). U có kích thước nhỏ nhất là 9mm x 9mm, u có kích thước lớn nhất là 70 x 50mm. Qua đó cho thấy các khối u có kích thước lớn có nguy cơ ung thư cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Li và CS (1996) nghiên cứu STXT dưới hướng dẫn của CLVT trên 97 bệnh nhân, các tổn thương kích thước từ 4-82mm [10].

Bờ của u có thể phân chia thành bờ nhẵn, không nhẵn, bờ có múi và bờ tua gai. Mặc dù các tổn thương lành tính thường có bờ nhẵn, nét nhưng

đó không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán vì 21% các tổn thương ác tính cũng có bờ nhẵn, nét [16]. Tổn thương bờ có múi thường hay gặp ở u ác tính, tuy nhiên 25% các u lành tính có bờ có múi. Một u bờ không nhẵn, có tua gai, mạch máu xung quanh xoắn vặn thường là tổn thương ác tính [7].

Các tổn thương có bờ không nhẵn gặp nhiều nhất 20/55 (36,4%), chỉ gặp 1 trường hợp bờ có múi. Các loại u lành tính và ác tính đều gặp các dạng bờ tổn thương như nhẵn, không nhẵn, bờ tua gai. Bờ có múi có 1 trường hợp là bệnh nhân ung thư. Theo nghiên cứu của Takashima và CS nghiên cứu trên 80 trường hợp nốt đơn độc ở phổi phát hiện được qua sàng lọc các đối tượng có yếu tố nguy cơ bằng chụp CLVT liều thấp thấy tỉ lệ bờ có múi ở nhóm lành tính là 41%, nhóm ác tính là 50%, bờ tua gai ở nhóm lành tính là 34%, nhóm ác tính là 22%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ bờ không nhẵn ở nhóm u lành tính là 48%, nhóm ác tính là 25%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [15]. Qua đó ta thấy không thể chủ quan trước một tổn thương có kích thước nhỏ, bờ nhẵn, cũng như một tổn thương có bờ tua gai chưa chắc đã là tổn thương ác tính.

3.4. Kết quả mô bệnh học và xét nghiệm tế bào

Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân ung thư biểu mô vảy chiếm 30,9%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 58,2%.

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là thùy trên 2 bên, thùy trên phải gặp 20/55 (36,4%), thùy trên trái gặp 9/55 (16,4%), sau đó đến thùy dưới 2 bên. Thùy giữa ít gặp nhất. Có thể do các bệnh nhân được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu là những bệnh nhân có tổn thương ở phổi mà NSPQ không xác định được chẩn đoán. Khi NSPQ khó tiếp cận những tổn thương ở đỉnh phổi. Ở vị trí này ống soi khó đưa lên được. Ngoài ra NSPQ khó tiếp cận những tổn thương ở ngoại vi do đường kính ống soi không có khả năng đi vào những nhánh phế quản nhỏ. Kỹ thuật STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT giúp bổ xung chẩn đoán cho các trường hợp u phổi ngoại

vi khó chẩn đoán được bằng NSPQ. Do đó trong nghiên cứu này ta thấy phân bố tổn thương ở đỉnh phổi 2 bên nhiều nhất. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của Choi và CS (2012) nghiên cứu 173 lượt STXTN dưới hướng dẫn của CLVT trên 161 trường hợp thấy tổn thương ở đỉnh 2 bên và thùy giữa chiếm tỉ lệ cao hơn thùy dưới 106/173 (61,3%) [6]. Nghiên cứu của Hiraki và CS (2009) trên 1000 bệnh nhân STXTN dưới hướng dẫn của CLVT huỳnh quang thấy tổn thương ở thùy đỉnh và thùy giữa là 60,3% [9]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Hường và CS (2011) nghiên cứu trên 280 trường hợp STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT thấy tỉ lệ thùy trên là cao nhất 56,79%, thùy giữa thấp nhất 7,50%, tỷ lệ gặp khối u thùy trên trái là cao nhất 32,15%[3].

3.5. Tai biến

Trong gần 40 năm qua, nhiều nghiên cứu đã chứng minh tính chính xác và an toàn của STXTN dưới hướng dẫn của Xquang. Việc sử dụng bộ sinh thiết đồng trục có ưu điểm là giảm số lần đi qua màng phổi do đó làm giảm tần suất TKMP [12], [11]. Tuy nhiên, TKMP vẫn là tai biến thường gặp nhất của STXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT [8]. Qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tai biến TKMP dao động từ 8% đến 64% [1]. Mặc dù hầu hết các thủ thuật viên có xu hướng sử dụng kim có kích thước từ 19G trở lên để giảm tỷ lệ tai biến chảy máu, nhưng theo các y văn nghiên cứu trên những mẫu bệnh nhân lớn thấy kích thước kim ít ảnh hưởng đến tỉ lệ TKMP.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 3 loại tai biến sớm là TKMP ho máu và tràn máu màng phổi. Tổng số các loại tai biến là 7, trong đó tràn khí màng phổi chiếm 10,9%. Ho ra máu chiếm 1,8%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Dung và CS (2009) trên 180 trường hợp STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT tỉ lệ tai biến TKMP là 15%, ho máu là 4,4%, chảy máu theo vị trí kim sinh thiết là 5,6% [2]. Theo nghiên cứu của Lê Thượng Vũ (2007) nghiên cứu STCXTN trên 16 bệnh nhân tỉ lệ TKMP 37,5%,

tỉ lệ mở MP dẫn lưu khí là 6,5% [13]. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Geraghty và CS (2003) nghiên cứu trên 846 bệnh nhân được STXTN dưới hướng dẫn của CLVT bằng kim sinh thiết cắt 18 và 19G thấy tỉ lệ tai biến chung là 252 (30%) bao gồm TKMP là 226/846 (27%), 17 trường hợp ho máu nhưng không phải truyền máu, 3 bệnh nhân có phản ứng cường phế vị, 1 trường hợp tràn máu màng phổi, 1 trường hợp có cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, 1 trường hợp tử vong [11]. Theo nghiên cứu tổng hợp của Wiener và CS (2011) nghiên cứu trên 22.176 lượt STXTN ở 4 bang của Mỹ thấy tỉ lệ chảy máu là 1,0% (95% CI 0,9-1,2%), tỉ lệ TKMP là 15,0% (95% CI 14,0-16,0%) trong đó tỉ lệ TKMP phải đặt dẫn lưu màng phổi là 6,6% (95% CI 6,0-7,2%) [14].

Tai biến trong kỹ thuật STXTN liên quan đến nhiều yếu tố như kích thước kim sinh thiết, tuổi của bệnh nhân, số lần chọc kim qua lá tạng màng phổi, thời gian thực hiện kỹ thuật, kích thước tổn thương và độ sâu của tổn thương, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và nhiều yếu tố khác nữa [11].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân chẩn đoán Ung thư phế quản nguyên phát bằng phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn Cắt lớp vi tính chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân ít tuổi nhất 23 tuổi cao nhất là 76 tuổi trung bình là $55,7 \pm 9,6$. Độ tuổi thường gặp là từ 40-60 tuổi chiếm 58,6%. Nam giới chiếm 72,7%. Có nghề nghiệp buôn bán, kinh doanh chiếm 30,9%, lý do vào viện ho ra máu chiếm 32,7%.

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ho chiếm 38,2%, ho ra máu chiếm 32,7%. Đau ngực 27,3%, khó thở chiếm 23,6%.

- Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân có kích thước ≤ 20 mm chiếm 36,4%. Bờ thương tổn tua gai 41,8%.

- Độ sâu sinh thiết gặp chủ yếu trong nghiên

cứu dưới 5cm chiếm 51/55 (92,7%) trong đó số trường hợp có độ sâu sinh thiết ≤ 3 cm là 32/55 (58,2%). Bệnh nhân sinh thiết được nằm sấp hoặc nằm ngửa, tư thế nằm sấp là 65,5%, tư thế nằm ngửa 34,5%.

- Trong 55 lượt STXTN dưới hướng dẫn của CLVT có 54/55 (98,2%) lượt lấy được bệnh phẩm. 54/55 (98,2%) lượt lấy được bệnh phẩm tế bào,

53/55 (96,4%) lượt lấy được bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học.

- Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân ung thư biểu mô vảy chiếm 30,9%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 58,2%. Bệnh nhân có vị trí thương tổn thùy trên chiếm 36,4%.

- Có 7 bệnh nhân tai biến trong đó tràn khí màng phổi chiếm 10,9%. Ho ra máu chiếm 1,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu và CS (2006). Sinh thiết phổi với kim Tru-cut xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ ở phổi trên 265 bệnh nhân. TCNCYH. 46 (6), 145-148.
2. Nguyễn Văn Dung, Trần Hồng, (2009). Ứng dụng CT-Scanner trong sinh thiết xuyên thành ngực. Y học Việt Nam tháng 9. 2, 200-204.
3. Nguyễn Đình Hương, (2011). Chọc sinh thiết xuyên thành ngực các khối u phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính đa dãy: nhận xét qua 280 trường hợp tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Y học thực hành. 773 (7), 41-43.
4. Lê Thượng Vũ, (2007). Sử dụng kim Tru-cut sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán u phổi với kết quả nội soi phế quản sinh thiết âm tính. Tạp chí Thông tin y dược. Số chuyên đề lao và bệnh phổi, 376-380
5. Beslic, S., F. Zukic, and S. Milisic, (2012). Percutaneous transthoracic CT guided biopsies of lung lesions; fine needle aspiration biopsy versus core biopsy. Radiol Oncol. 46 (1), 19-22.
6. Choi, J.W., et al., (2012). C-arm cone-beam CT-guided percutaneous transthoracic needle biopsy of small (≤ 20 mm) lung nodules: diagnostic accuracy and complications in 161 patients. AJR Am J Roentgenol. 199 (3), W322-30.
7. Gurney, J.W., (1993). Determining the likelihood of malignancy in solitary pulmonary nodules with Bayesian analysis. Part I. Theory. Radiology. 186 (2), 405-13.
8. Haramati, J.H. Austin, (1991). Complications after CT-guided needle biopsy through aerated versus nonaerated lung. Radiology. 181 (3), 778.
9. Hiraki, T., et al., (2009). CT fluoroscopy-guided biopsy of 1,000 pulmonary lesions performed with 20-gauge coaxial cutting needles: diagnostic yield and risk factors for diagnostic failure. Chest. 136 (6), 1612-7.
10. Huang Li; Phillip M. Boisselle, (1996). Diagnostic accuracy and safety of CT-guided percutaneous needle aspiration biopsy of the lung: Comparison of small and large pulmonary nodules. American Roentgen Ray society. 167, 105-109.
11. Laurent F, Vergier B, Michel P, (2000). Percutaneous CT-guided biopsy of the lung: comparison between aspiration and automated cutting needles using a coaxial technique. Cardiovasc Intervent Radiol 23, 266- 272.
12. Li, H., et al., (1996). Diagnostic accuracy and safety of CT-guided percutaneous needle aspiration biopsy of the lung: comparison of small and large pulmonary nodules. AJR Am J Roentgenol. 167 (1), 105-9.
13. Renda Soylemez Wiener, Lisa M. Schwartz, (2011). Population-based risk of complications following transthoracic needle lung biopsy of a pulmonary nodule. Ann Intern Med. August 2 (155(3)), 137-144.
14. Renda Soylemez Wiener, Lisa M. Schwartz,

- (2011). Population-based risk of complications following transthoracic needle lung biopsy of a pulmonary nodule. *Ann Intern Med.* August 2. 155, 3, 137–144.
15. Takashima, S., et al., (2003). Indeterminate solitary pulmonary nodules revealed at population-based CT screening of the lung: using first follow-up diagnostic CT to differentiate benign and malignant lesions. *AJR Am J Roentgenol.* 180 (5), 1255-63.
16. Zwirewich, C.V., et al., (1991). Solitary pulmonary nodule: high- resolution CT and radiologic-pathologic correlation. *Radiology.* 179 (2), 469-76.