

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI NHIỀU

TRẦN HOÀNG THÀNH
Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi (nhiều, rất nhiều và toàn bộ). 2) Tìm hiểu nguyên nhân của tràn dịch màng phổi (nhiều, rất nhiều và toàn bộ). **Đối tượng nghiên cứu:** 67 bệnh nhân tràn dịch màng phổi nhiều, rất nhiều và toàn bộ nằm điều trị nội trú tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả. **Kết quả:** 70,1% trường hợp tràn dịch màng phổi gặp ở những người > 40 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ (61,2% và 38,8% tương ứng). TDMP bên phải gặp phổ biến hơn ở các nhóm (53,8%, 52,4% và 60% tương ứng). 60,9% TDMP do lao có dịch màu vàng chanh, 94,1% màu đỏ máu gặp trong TDMP do ung thư. TDMP nhiều và rất nhiều gặp chủ yếu do nguyên nhân lao màng phổi, trong khi TDMP toàn bộ lại gặp hầu hết do ung thư. TDMP do ung thư tái phát nhanh hơn TDMP do lao.

Từ khóa: tràn dịch màng phổi nhiều

SUMMARY

To study the clinical, paraclinical features and causes of the massive pleural effusion

Objective: 1) To study the clinical, paraclinical features and causes of the massive pleural effusion. 2) To know the causes of massive pleural effusion. **Material:** 67 with massive pleural effusion were treated in the Respiratory Department of Bach Mai hospital. **Method:** retrospective. **Results:** 70.1% cases with massive pleural effusion are over 40 year old and men predominant (61.2% and 38.8% respectively). Pleural effusion is in the right more than left (53.8%, 52.4% and 60% respectively). 60.9% cases of tuberculous pleural effusion has yellow color of fluid and 94.1% cases of tuberculous pleural effusion has blood color of fluid. Most of massive pleural effusion is tuberculous pleural effusion and all the most of total pleural effusion is malignant pleural effusion. Malignant pleural effusion often recurrent more than tuberculous pleural effusion.

Keyword: massive pleural effusion

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tràn dịch màng phổi là một biểu hiện bệnh lý khá thường gặp trong các cơ sở Y tế do các nguyên nhân khác nhau gây ra. Tuy nhiên, để chẩn đoán được nguyên nhân của TDMP trong nhiều trường hợp không phải lúc nào cũng dễ dàng. TDMP có thể với nhiều mức độ khác nhau. Người thì lượng dịch trong khoang màng phổi khá ít, nhưng cũng có người dịch lại rất nhiều kể cả dịch ngập đầy khoang màng phổi. Để giúp thầy thuốc đánh giá sơ bộ được nguyên nhân TDMP khi điều kiện chưa cho phép tiến hành thăm dò các xét nghiệm mang ý nghĩa quyết định. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi (nhiều, rất nhiều và toàn bộ).

2. Tìm hiểu nguyên nhân của tràn dịch màng phổi thuộc loại này.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1. Tất cả các bệnh nhân TDMP (nhiều, rất nhiều và toàn bộ) điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: các bệnh nhân có hình ảnh TDMP trên Xquang chuẩn với:

- TDMP nhiều: mức dịch trên phim Xquang đến liên sườn 3

- TDMP rất nhiều: mức dịch trên phim Xquang đến liên sườn 2

- TDMP toàn bộ: mờ toàn bộ một bên phổi (các khoang gian sườn giãn rộng, nằm ngang, trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện)

3. Tiêu chuẩn loại trừ: tất cả những trường hợp có hình ảnh TDMP dưới mức liên sườn 3 trên Xquang

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nguyên nhân TDMP:

5. Do lao:

- Có AFB trong dịch màng phổi hoặc

- Có hình ảnh tổn thương lao màng phổi trong mô bệnh học

6. Do ung thư:

- Tìm thấy tế bào ung thư trong dịch màng phổi hoặc

- Tổn thương ung thư trong mô bệnh học sinh thiết màng phổi

7. Do viêm phổi:

- Lâm sàng và cận lâm sàng có biểu hiện của viêm phổi trước khi xuất hiện hình ảnh TDMP trên Xquang

- Các xét nghiệm loại trừ lao, ung thư bằng kết quả mô bệnh học của màng phổi

8. Mủ màng phổi:

- Đại thể dịch có mủ hoặc tìm thấy các tế bào mủ trong dịch màng phổi hoặc

- Có rất nhiều bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch màng phổi

9. Do viêm mạn tính màng phổi:

- Kết quả sinh thiết màng phổi là viêm mạn tính không thấy các hình ảnh của viêm đặc hiệu do các nguyên nhân khác

10. Do các nguyên nhân khác: do suy tim (phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi), do xơ gan (hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hội chứng suy tế bào gan), suy thận (phù, đái ít, mức lọc cầu thận giảm, creatinin máu cao), suy dinh dưỡng (phù, protein máu giảm).

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: hồi cứu mô tả. Tất cả các thông tin thu thập được trong hồ sơ bệnh án được thống kê lại trong hồ sơ bệnh án mẫu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi6.01

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân bệnh theo tuổi (n = 67)

Nhóm tuổi > 40 là nhóm tuổi hay gặp nhất (70,1%), trong đó tỷ lệ gặp ở các nhóm TDMP là 55,4%, 76,7% và 85% tương ứng

2. Phân bố bệnh theo tuổi ở các nhóm căn nguyên khác nhau (n = 67)

| Nhóm tuổi Nguyên nhân | <40 | % | 40 - 60 | % | >60 | % | Tổng (%) |
|---------------------------------|-----|------|---------|------|-----|------|----------|
| TDMP do lao | 7 | 10,4 | 12 | 17,9 | 10 | 14,9 | 43,2 |
| TDMP do ung thư | 0 | 0 | 8 | 11,9 | 12 | 17,9 | 29,8 |
| TDMP do viêm màng phổi mạn tính | 5 | 7,5 | 1 | 1,5 | 0 | 0 | 9,0 |
| TDMP không rõ nguyên nhân | 1 | 1,5 | 3 | 4,5 | 0 | 0 | 6,0 |
| Mủ màng phổi | 2 | 3,0 | 1 | 1,5 | 0 | 0 | 4,5 |
| TDMP do xơ gan | 1 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,5 |

Nhận xét: ở nhóm tuổi >40, 32,8% TDMP do lao và 29,8% TDMP do ung thư, các nguyên nhân khác gặp với tỷ lệ khá thấp

3. Phân bố bệnh theo giới (n = 67)

Nam giới chiếm tỷ lệ 61,2%, trong đó TDMP nhiều, rất nhiều và toàn bộ gặp ở nam giới là 61,5%, 51,5% và 70% (tương ứng)

4. Phân bố theo nghề nghiệp (n = 67)

Nghề gặp nhiều nhất là nông dân với 41,8%, trí thức 32,8% và các nghề nghiệp khác. Phân bố theo các nhóm tràn dịch màng phổi nhiều, rất nhiều và toàn bộ thì trí thức lại là nghề hay gặp với tỷ lệ 34,6%, 42,6% và 45% (tương ứng)

5. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TDMP ở các nhóm

• Tính chất tái phát dịch

- Đối với TDMP do ung thư: 16/20 trường hợp được chọc tháo màng phổi (80%). Số lần chọc tháo trung bình là $4,54 \pm 0,16$ lần (có một bệnh nhân được chọc tháo nhiều nhất là 7 lần). Số lượng dịch trung bình là $825 \pm 12,5$ ml và khoảng cách các lần chọc tháo trung bình là $2,15 \pm 0,13$ ngày

- Đối với TDMP do lao: có 23/29 trường hợp được chọc tháo dịch màng phổi (79,3%). Số lần chọc tháo trung bình là $2,32 \pm 0,12$ lần (có một bệnh nhân được chọc tháo nhiều nhất là 9 lần). Số lượng dịch trung bình là $405 \pm 10,2$ ml và khoảng cách các lần chọc tháo trung bình là $4,33 \pm 0,11$ ngày

- Đối với mủ màng phổi: 3 trường hợp được chọc rửa màng phổi và số lần rửa trung bình là 5 lần

- Đối với TDMP do viêm mạn tính màng phổi: có 5/6 trường hợp được chọc tháo dịch màng phổi. Số lần chọc tháo trung bình là 2,5 lần và lượng dịch trung bình mỗi lần chọc là 425 ml.

- Đối với TDMP không rõ nguyên nhân: 4/4 trường hợp được chọc tháo (100%). Số lần chọc tháo trung bình là 2,25 lần và lượng dịch trung bình là 375 ml.

• Vị trí TDMP ở các nhóm

TDMP bên phải chiếm ưu thế ở các nhóm TDMP nhiều, rất nhiều và toàn bộ (53,8%, 52,4% và 60% tương ứng)

• Màu sắc dịch màng phổi

- Đối với nhóm TDMP nhiều (n = 26) và rất nhiều (n = 21): dịch màu vàng chanh chiếm ưu thế với 63,6%, 73,3% tương ứng và chủ yếu do lao màng phổi

- Đối với nhóm TDMP toàn bộ (n = 20): dịch màu đỏ máu chiếm ưu thế với 33,3% và chủ yếu do ung thư

- Xét màu sắc dịch màng phổi nói chung ở các nhóm TDMP (n = 67)

| Màu sắc Nguyên nhân | Vàng chanh | % | Dịch máu | % | Dịch đục | % |
|---------------------------------|------------|------|----------|----|----------|-----|
| TDMP do lao | 28 | 96,5 | 0 | 0 | 1 | 3,4 |
| TDMP do ung thư | 4 | 20 | 16 | 80 | 0 | 0 |
| Mủ màng phổi | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 100 |
| TDMP do viêm phổi | 3 | 75 | 1 | 25 | 0 | 0 |
| TDMP do xơ gan | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TDMP do viêm màng phổi mạn tính | 6 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TDMP không rõ nguyên nhân | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: màu vàng chanh là màu chiếm ưu thế trong TDMP do lao với 96,5% và màu đỏ máu là màu gặp hầu hết ở các trường hợp TDMP do ung thư với tỷ lệ 80%

• Nguyên nhân TDMP (n = 67)

| STT | Nguyên nhân | n | % |
|-----|---------------------------------|----|------|
| 1 | TDMP do lao | 29 | 43,3 |
| 2 | TDMP do ung thư | 20 | 29,9 |
| 3 | TDMP do viêm màng phổi mạn tính | 6 | 9,0 |
| 4 | Mủ màng phổi | 4 | 6,0 |
| 5 | TDMP không rõ nguyên nhân | 4 | 6,0 |
| 6 | TDMP do viêm phổi | 3 | 4,5 |
| 7 | TDMP do xơ gan | 1 | 1,5 |
| | Tổng | 67 | 100 |

Nhận xét: trong các nguyên nhân gây TDMP nhiều rất nhiều và toàn bộ thì lao và ung thư là 2 nguyên nhân hay gặp nhất (43,3% và 29,9% tương ứng)

- Đối với TDMP nhiều (n = 26): 15/26 (57,7%) trường hợp do lao và 4/26 (5,97%) do ung thư

- Đối với TDMP rất nhiều (n = 21): 11/21 (52,4%) trường hợp do lao và 7/21 (33,3%) do ung thư

- Đối với TDMP toàn bộ (n = 20): 9/20 (45%) trường hợp do ung thư và 3/20 (1,5%) do lao và cũng tương tự với tỷ lệ như vậy đối với mủ màng phổi và TDMP không rõ nguyên nhân

BÀN LUẬN

1. Phân bố bệnh theo tuổi: trong số 67 đối tượng nghiên cứu ở cả 3 nhóm TDMP nhiều, rất nhiều và toàn bộ có 70,1% trường hợp >40 tuổi trong đó TDMP do lao chiếm 32,8%, do ung thư chiếm 29,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả của Đỗ Châu Hùng^[4] với tỷ lệ gặp 46,34% TDMP do lao ở các bệnh

nhân <40 tuổi, của Trần Văn Sáu^[7] với tỷ lệ 70,53 và của Đào Khang Ninh và CS (1998) là 70,8%. Sự khác biệt này của chúng tôi có thể giải thích do chúng tôi chỉ chọn các đối tượng có TDMP nhiều, rất nhiều và toàn bộ.

Đối với TDMP do ung thư: chúng tôi gặp chủ yếu các đối tượng >40 tuổi 20/42 (42,5%). Kết quả của chúng tôi kết quả của Tô Kiều Dung, Nguyễn Việt Cồ, Nguyễn Thế Vũ^[3] với tỷ lệ 80%. Để cắt nghĩa sự khác biệt này chúng tôi cho rằng do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân TDMP nhiều, rất nhiều và toàn bộ nên đã loại đi một số lượng khá lớn các bệnh nhân TDMP do K nhưng chỉ có số lượng TDMP ít.

2. Phân bố bệnh theo giới: nam giới là đối tượng hay gặp hơn với tỷ lệ gặp 61,2%. Do hầu hết các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi TDMP đều do lao hoặc ung thư nên kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả như: Trần Văn Sáu^[7], Nguyễn Việt Cồ^[1], Đặng Hùng Minh^[6] với 63,2%, 77,2% và 58% tương ứng.

3. Phân bố bệnh về nghề nghiệp: trong các nhóm TDMP nông dân là đối tượng chiếm đa số. Tuy nhiên, nếu xét riêng cho từng nhóm TDMP thì TDMP rất nhiều và toàn bộ lại gặp ở trí thức là chủ yếu.

4. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Đặc điểm lâm sàng: tính chất tái phát của TDMP: đối với TDMP do lao thời gian phải chọc tháo dịch trung bình cách 4,05 ± 0,11 ngày điều này chứng tỏ tính chất tái phát dịch chậm, trong khi TDMP do ung thư dịch lại tái phát khá nhanh với thời gian trung bình phải chọc tháo cách 2,15 ± 0,13 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của các tác giả trong nước cũng như ngoài nước.

- Đặc điểm cận lâm sàng:

- Vị trí TDMP: trong tổng số 67 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi TDMP bên phải chiếm ưu thế ở cả 3 nhóm (53,8; 52,4% và 60% tương ứng). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Trịnh Thị Hương^[5], Lê Thanh Chương^[2] với 53% và 54,6% tương ứng.

- Màu sắc dịch màng phổi: 68,7% (46/67) đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có dịch màu vàng chanh, trong đó có 41,8% (28/67) trường hợp do lao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của Trịnh Thị Hương^[5], Đặng Hùng minh và Lê Thanh Chương^[2] với 86,4%; 96,6% và 89,5% tương ứng. Để cắt nghĩa sự khác biệt này chúng tôi cho rằng do đối tượng của các tác giả trên chỉ chọn chủ yếu là TDMP do lao, trong khi của chúng tôi chỉ chọn các đối tượng TDMP nhiều, rất nhiều và toàn bộ.

- Nguyên nhân TDMP: trong số 67 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi TDMP do lao chiếm gần phân nửa (44,8%) tiếp theo sau là TDMP do ung thư với tỷ lệ 26,9%. Một điều lý thú là TDMP do lao lại chỉ xảy ra ở các nhóm TDMP nhiều và rất nhiều, trong TDMP do ung thư lại gặp chủ yếu ở nhóm TDMP toàn bộ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Maher và Berger^[8] với tỷ lệ 67% trong tổng số 46 bệnh nhân TDMP toàn bộ và của Pedro de Lelis^[9] với 71% trong số 84 bệnh nhân TDMP toàn bộ. Đối với nhóm TDMP toàn bộ do lao chúng tôi chỉ gặp với 15%. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi thấp hơn của các tác giả Tây Ban Nha với 24,54%, nhưng lại cao hơn rất nhiều so với các tác giả của Mỹ (Maher GG và Berger HW)^[8], chỉ gặp với tỷ lệ 2%. Để giải thích sự khác biệt đối với các tác giả Mỹ chúng tôi cho rằng rất có thể bệnh nhân của họ đến khám sớm nên khả năng TDMP toàn bộ là rất ít.

KẾT LUẬN

1. 70,1% bệnh nhân có tuổi >40 bị TDMP (nhiều, rất nhiều và toàn bộ) là do lao và ung thư
2. Nam gặp nhiều hơn nữ (61,2% và 38,8% tương ứng)
3. Nông dân là nghề nghiệp hay gặp nhất
4. TDMP bên phải chiếm ưu thế hơn bên trái
5. 60,9% dịch màng phổi có màu vàng chanh trong TDMP do lao
6. 94,1% dịch màng phổi máu đỏ máu gặp do ung thư
7. Mức độ TDMP nhiều và rất nhiều gặp chủ yếu do lao (57,7% và 52,4% tương ứng), trong khi TDMP toàn bộ gặp chủ yếu do nguyên nhân ung thư.
8. TDMP do ung thư tiến triển nhanh, dịch tái phát nhanh hơn các nguyên nhân khác

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Cồ, Trần Văn Sáu (1996). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TDMP do ung thư màng phổi nguyên phát nhận xét qua 22 bệnh nhân. Nội san lao và bệnh phổi, tr.87.
2. Lê Thanh Chương (2004). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân TDMP do lao điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2002 đến tháng 12 năm 2003. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
3. Tô Kiều Dung, Nguyễn Việt Cồ, Nguyễn Thế Vũ (2001). Chẩn đoán TDMP do ung thư qua nội soi lồng ngực. Nội san Lao và bệnh phổi, tr.37.
4. Đỗ Châu Hùng (1996). Lâm sàng, Xquang và một số đặc điểm sinh hóa tế bào trong TDMP do lao. Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Trịnh Thị Hương (2003). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân TDMP điều trị nội trú tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai năm 2001. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. Đặng Hùng Minh (2002). Hiệu quả của sinh thiết màng phổi bằng kim Castelain dưới định vị của siêu âm trong chẩn đoán nguyên nhân TDMP. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Trần Văn Sáu (1996). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phối hợp một số phương pháp điều trị TDMP thanh tơ do lao. Luận án PTS Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
8. Maher GG, Berger HW (1972). Massive pleural effusion malignant and nonmalignant causes 46 patients. Am Rev Respir Dis, 105, 458-460.
9. Pedro de Lelis F, Ortega G, Molina M et al (1984). Derrame pleural masivo: estudio 84 casos. Med clin (bare), S2, 581-583.