

NGHIÊN CỨU NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ GÂY DÍNH MÀNG PHỔI QUA NỘI SOI MÀNG PHỔI Ở BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH

NGUYỄN HUY LỰC, MAI XUÂN KHẮN

TÓM TẮT

Qua nội soi màng phổi 51 bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMP) ác tính chúng tôi thu được kết quả sau:

- Hình ảnh nội soi màng phổi gặp chủ yếu là hình ảnh dày sần màng phổi: 26/30(86,7%); hình vết nứt 15/30(50%), u sùi 11/30(33,3%). Chẩn đoán nguyên nhân TDMP ác tính qua nội soi màng phổi đạt 90%, trong đó ung thư phế quản di căn màng phổi: 81,5%, u trung biểu mô màng phổi ác tính 3,7%. Bơm bột talc gây dính, màng phổi dính hoàn toàn 93,4%, hết dịch trong 1 tuần đầu(100%).

Từ khóa: tràn dịch màng phổi, bột talc gây dính.

SUMMARY

Thoracoscopy in patients with malignant pleural effusion, we had initial results follow up: Study on the causes and results of talc pleurodesis by thoracoscopy in patient with malignant pleural effusion We showed initial results: 93.4% of patient had good results, 6.6% of patient had monderat and bad results. There was low complications: fever 20%, subcultaneous pneumothorax 16.7%

- There are lesions on parietal pleura and visceral pleura, the most common images are thickning pleura (parietal pleura: 86.7%; visceral pleura: 70.0%), and others are tumours, wax traces. Lung cancer is the main cause of malignant pleural effusion.

Keywords: Thoracoscopy, talc powder, Malignant Pleural effusion.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi(TDMP) do nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó nguyên nhân ác tính chiếm tỷ lệ không nhỏ. Để chẩn đoán nguyên nhân của TDMP ác tính đang còn rất khó khăn. Đến nay sinh thiết màng phổi mù đạt được hiệu quả chẩn đoán từ 39-75% [3, 5]. Nội soi màng phổi trong TDMP ác tính đạt hiệu quả chẩn đoán tới 85-95% [2,4]. Điều trị TDMP ác tính bằng chọc hoặc dẫn lưu màng phổi hiệu quả hạn chế, dịch tồn tại kéo dài. Gây dính màng phổi bằng bột Talc, Tetracycline, Doxycycline, Bleomycin đã được áp dụng từ lâu trong điều trị TDMP ác tính[6]. Tỷ lệ thành công khi gây dính bằng bột Talc đạt từ 72 – 100% và tỷ lệ tái phát là khoảng 2%.. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Nhận xét hình ảnh nội soi màng phổi, nguyên nhân tràn dịch ác tính và kết quả gây dính màng phổi điều trị TDMP ác tính qua nội soi màng phổi

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 51 bệnh nhân TDMPAT điều trị tại khoa lao và bệnh phổi Bệnh viện 103 từ 9/2007 – 12/2008 gồm 2 nhóm:

+ Nhóm bệnh nhân được soi màng phổi và gây dính bằng bột Talc(Nhóm I): Gồm 30 BN bị TDMPAT được nội soi màng phổi và gây dính bằng bột Talc, tuổi thấp nhất 27, cao nhất 77 tuổi, tuổi trung bình 60 ± 5,8.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: TDMP lâm sàng nghi ngờ ác tính, xét nghiệm dịch có tế bào ác tính hoặc STMP mù dương tính với ung thư.

+ Nhóm bệnh nhân không soi màng phổi, không gây dính bằng bột Talc (Nhóm II): 21 BN chỉ hút dịch màng phổi đơn thuần, không soi màng phổi, không gây dính bột Talc. Những bệnh nhân này do không tự nguyện soi hoặc do những chống chỉ định của soi màng phổi.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán TDMP ác tính dựa vào sinh thiết màng phổi mù làm xét nghiệm mô bệnh dương tính với ung thư,

2. Nội dung và phương pháp nghiên cứu.

- Mô tả, cắt ngang, tiến cứu.- Các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm theo yêu cầu soi màng phổi, chọc dịch màng phổi xét nghiệm tế bào, sinh thiết màng phổi bằng kim Castelain chẩn đoán mô bệnh học.

- Soi màng phổi được tiến hành tại phòng phẫu thuật nội soi bệnh viện 103.

* Đánh giá kết quả: Hình ảnh tổn thương: các u sùi ở màng phổi, các vết nứt...

- Nguyên nhân TDMP: Nội soi sinh thiết màng phổi làm xét nghiệm mô bệnh

* Đánh giá kết quả gây dính màng phổi theo tiêu chuẩn của Sha S. A (2004)[8]

+ Thời gian hết dịch rút xong tính theo ngày.

+ Đánh giá các tai biến biến chứng sau kỹ thuật: Sốt, đau tại chỗ, tràn khí dưới da.

+ Xử trí số liệu theo thuật toán thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả tuổi,giới và hình ảnh nội soi màng phổi.

Bảng 1: Tuổi và giới mắc bệnh

Tuổi	Nam(n = 42)		Nữ (n = 9)		Tổng (n = 51)	
	n	%	n	%	n	%
20 – 30	1	2,38	1	11,11	2	3,92
31 – 40	3	7,14	0	0	3	5,88
41 – 50	9	21,42	2	22,22	11	21,57
51 – 60	13	30,94	3	33,33	16	31,37
61 – 75	16	38,08	3	33,33	19	37,26
Tổng	42	100,00	9	100,00	51	100,00

Nhân xét: Nhóm tuổi từ 41 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất(46/51 = 90,16%). Tỷ lệ nam/ nữ: 42/9 = 4,6/1.

Bảng.2: Hình ảnh bệnh lý màng phổi thành qua nội soi

STT	Hình ảnh nội soi	n	%
1	Dày sần màng phổi	26	86,7
2	Có các mảng sùi	15	53,3
3	Hình trắng vết nền	15	50,0
4	Có u sùi	10	33,3
5	U nướu vú	1	3,3
6	Xung huyết	4	13,3

Nhận xét: Hình ảnh nội soi màng phổi gặp nhiều nhất là dày sần màng phổi, gặp 86,7%, tiếp đến là các mảng sùi (53,3%), u sùi cũng gặp 33,3%.

Bảng 3: Hình ảnh bệnh lý màng phổi tạng qua nội soi màng phổi

STT	Hình ảnh nội soi	n	%
1	Dày sần màng phổi	21	70,0
2	Mảng sùi	12	43,3
3	Màng Fibrin	12	40
4	U sùi	11	40
5	U tròn nhẵn	13	36,7
6	Xung huyết	10	33,3

Nhận xét: Hình ảnh dày màng phổi gặp nhiều nhất (70%), Mảng sùi và màng Fibrin gặp 40%, u sùi, xung huyết gặp 36,7% và 33,3%.

2. Kết quả nguyên nhân TDMP.

Hiệu quả chẩn đoán nguyên nhân chung của nội soi màng phổi sinh thiết: Dương tính: 27/30 (90,0% ; Âm tính: 3/30 (10%).

Bảng 4: Kết quả chẩn đoán các nguyên nhân TDMP

STT	Nguồn gốc ung thư gây TDMP	N = 27	%
1	Ung thư phế quản	22	81,5
2	U lympho Non- Hodgkin	1	3,7
3	U trung biểu mô màng phổi ác tính	1	3,7
4	Ung thư không phân loại được	3	11,1
5	Tổng	27	100,0

Nhận xét: Nguyên nhân ung thư gặp hàng đầu gây TDMP là ung thư phế quản(22/30 = 81,5%), không phân loại được gặp 3/30(11,1%), U lympho Non- Hodgkin, U trung biểu mô mỗi loại gặp 1 BN (3,7%).

3. Kết quả gây dính màng phổi.

Bảng 5: Kết quả gây dính màng phổi bằng bột Talc.

Mức độ khô	Nhóm I (n=30)		Nhóm II (n=21)		p
	SL	TL%	SL	TL%	
Tốt	28	93,4	2	9,5	< 0,05
Trung bình	1	3,3	4	19,0	< 0,05
kém	1	3,3	15	71,4	< 0,05
Cộng	30	100,0	21	100,0	< 0,05

Nhận xét: tỷ lệ đạt kết quả gây dính tốt ở nhóm I là 93,4% so với 9,5% ở nhóm II; tỷ lệ đạt kết quả kém ở nhóm I chỉ 3,3% so với 71,4% ở nhóm II. Khác biệt có ý nghĩa với p< 0,01.

Bảng. 6.: So sánh thời gian hết dịch màng phổi giữa hai nhóm bệnh nhân

Thời gian hết dịch màng phổi	Nhóm I(n=30)		Nhóm II(n= 21)		p
	SL	TL%	SL	TL%	
2 ngày	15	50,0	0	0	
3 ngày	4	13,4	0	0	
4 ngày	8	26,7	2	9,52	<0,05
5 ngày	2	6,6	4	19,0	<0,05
> 5 ngày - < 7 này	1	3,3	8	38,08	<0,05
7 ngày	0	0	7	33,3	
Ngày hết dịch trung bình	3,5 ngày		5,2		

Nhận xét. Thời gian hết dịch ở nhóm I trong vòng 2 ngày là 15/30BN(50%), trong khi ở nhóm II không có BN nào. Ở nhóm I trên 5 ngày chỉ có 1BN, trong khi ở nhóm II lên tới 15BN. Khác nhau có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 7: Các tai biến trong khi soi ở nhóm nội soi gây dính.

Các tai biến	Số lượng	Tỷ lệ%
Tràn khí dưới da	4/30	13,3
Chảy máu nhẹ trong khoang màng phổi	5/30	16,7

Nhận xét: có 4/30 BN tràn khí dưới da trong khi đang tiến hành soi do BN ho nhiều 5 BN chảy máu ít trong khoang màng phổi và cầm máu dễ dàng bằng đốt đi.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu và kết quả chẩn đoán nội soi.

* Tuổi và giới: Trong 51 bệnh nhân TDMPAT chúng tôi gặp nam

42/ 51 BN chiếm 82,32%; nữ giới chiếm 9/51 BN (17,68%). Lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 51 trở lên, tiếp theo là lứa tuổi trên 40. Nếu tính từ lứa tuổi 41 trở lên thì gặp tới 90,16%. Theo Nguyễn Huy Dũng tuổi mắc bệnh nhân TDMP do ung thư phổi gặp ở tuổi từ 60 trở lên là nhiều nhất (67,3%)[1]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự tác giả.

* Hình ảnh nội soi màng phổi: Trong 30 bệnh nhân TDMPAT được soi màng phổi, chúng tôi đã gặp các hình ảnh tổn thương bệnh lý như: Dày sần lá tạng là thành màng phổi là 86,7%, dày sần lá tạng là 70%. Hình ảnh này phù hợp với nhận xét của các tác giả cho rằng trong tràn dịch màng phổi ác tính thì hình ảnh dày sần màng phổi là gặp nhiều nhất[2, 4].

Chúng tôi gặp một trường hợp u trung biểu mô màng phổi ác tính có hình ảnh tổn thương nội soi là u, cục với các đường kính khác nhau từ 5 – 30mm, kèm theo có dày sần màng phổi. Theo Boutin.C 1998 u trung biểu mô màng phổi ác tính có hình ảnh nội soi là u cục chiếm tới 90%.[5]. Chúng tôi cũng gặp các hình ảnh mảng sùi, u sùi tới 40 – 43%; Nguyễn Huy Dũng (1997), soi màng phổi ở các bệnh nhân TDMPAT cũng gặp các hình ảnh u sùi mảng sùi, các mảng trắng ngà, dày sần màng phổi là nhiều nhất. [1].

* Về kết quả chẩn đoán nguyên nhân TDMPAT chúng tôi xác định được 27/30 trường hợp là ung thư(90%), có 3 trường hợp không xác định được chiếm 10%. Trong 27 BN này chúng tôi đã xác định được nguyên nhân gây TDMPAT do ung thư phế quản là 22/27BN (81,5%), có 1/27BN là u trung biểu

mô màng phổi ác tính(3,7%), có 1/27BN là u lympho non Hodgkin(3,7%); và có 3/27 BN không phân loại được tủy mô bệnh. Theo một số tác giả khối u ác tính ở bất kỳ cơ quan nào cũng có thể di căn đến màng phổi và gây nên TDMP tuy nhiên ung thư phế quản là gặp nhiều nhất, và ít gặp nhất là u trung biểu mô màng phổi ác tính[2,8].

2. Kết quả gây dính màng phổi bằng bột talc.

Ở các bệnh nhân TDMPAT được soi màng phổi gây dính bằng bột Talc đã đạt kết quả dính màng phổi tốt là 28/30 BN(93,3%), trung bình là 1/30 BN(3,3%), kém là 1/30BN(3,3%), trong khi ở nhóm BN TDMPAT không soi màng phổi mà chỉ hút dịch đơn thuần, kết quả tốt chỉ có 2/21 BN(9,5%), trung bình có 4/21 BN (19,0%), kém có tới 15/21(71,4%). Theo Boutin C(1998)[5] kết quả nội soi màng phổi gây dính bằng bột Talc có kết quả tốt là 88%, trung bình 8%), và kém là 4%. Crnjac A (2004) tiến hành nội soi màng phổi gây dính bột talc cho 44BN có TDMPAT và đạt hiệu quả gây dính 93,2%, trong khi đó đặt dẫn lưu hút đơn thuần không gây dính, kết quả thành công chỉ đạt 25%, không thành công 75%[6].

Về thời gian hết dịch giữa hai nhóm bệnh nhân: Nhóm I hết dịch trong vòng 2 ngày là 15/30 BN (50%) trong khi nhóm II không có bệnh nhân nào hết dịch trong vòng hai ngày đầu. Ở nhóm I chỉ có 1/30 BN hết dịch sau 5 ngày trong khi ở nhóm II có tới 15/ 30 BN dịch còn tồn tại sau 5 ngày không hết dịch(p< 0,05). Boutin C và cs 1998[5], thời gian hết dịch trung bình ở BN nội soi gây dính là 3,2 ± 1,3 ngày, ở BN hút dịch đơn thuần là 5,2 ngày.

3. Các tai biến và biến chứng của soi màng phổi gây dính.

gặp 4 BN tràn khí màng phổi ít dưới da do trong quá trình soi BN kích thích ho và khí lách theo vết mổ gây tràn khí dưới da. 5 BN có chảy máu ít trong khoang màng. Diacon A.H và cs nghiên cứu 1820 BN soi màng phổi đã gặp tỷ lệ tử vong 2%, thủng phổi 3,2%, chảy máu không cầm do bệnh về máu 1%, viêm phổi 1%, mũ màng phổi 0,6%[7].

KẾT LUẬN

Qua nội soi màng phổi chẩn đoán nguyên nhân và điều trị gây dính màng phổi bằng bột talc ở bệnh nhân TDMP ác tính chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi bị bệnh vào trong bệnh viện điều trị gặp nhiều nhất là từ trên 40 tuổi(> 90%)

- Hình ảnh nội soi màng phổi gặp chủ yếu là hình ảnh dày sần màng phổi: 26/30(86,7%); hình vệt nén 15/30(50%), u sùi 11/30(33,3%)

- Chẩn đoán nguyên nhân TDMP ác tính qua nội soi màng phổi đạt 90% ; (27/30) trong đó ung thư phế quản di căn màng phổi: 22/27 (81,5%) u trung biểu mô màng phổi ác tính 1/27 bệnh nhân(3,7%).

- Kết quả màng phổi dính hoàn toàn đạt 93,4%, thời gian hết dịch nhanh trong vòng 1 tuần đầu(100%). - Soi màng phổi gây dính có 56,7% bệnh nhân đau ngực, 20% BN có sốt, 16,7% tràn khí dưới da, không gặp các tai biến, biến chứng nặng nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Dũng(1997), “ Bước đầu nghiên cứu giá trị của soi màng phổi sinh thiết, hình ảnh nội soi, lâm sàng trong chẩn đoán nguyên nhân TDMP”. Luận án thạc sỹ y khoa, HVQY.

2. Antony V.B (2004), “ Close pleural biosies in pathophysiology and diagnosis ò pleural diseases”, Baum's Textbook of pulmonary disease 7th Ed Eds by Crapo J.D; Jefferey Glassroth et al, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, p 1357- 1368.

3. Ayed A.K (2003), “ VATS lung biopsy in the diagnosis of difuse interstitial lung disease”. Aprospective study. J Cardiovasc Surg, 44(1): 115 – 8.

4. Blance F.X; Atasi K(2002), “ Diagnosis value of medical thoracoscopy in pleural disease”, Chest 12(5): 1677 – 83.

5. Boutin C (1998), “ Thoracoscopy talc poudrage in malignant pleural effusion: effective pleurodesis despit low pleural pH”, Chest, 113(4), 1007-12.

6. Crnjac A,(2004), “ The signficance of thoracoscopic chemical pleurodesis for th treatment of malignant pleural effusion”. Wien Klin Wochenschr, 116 supple 2: 28 – 32.

7. Diacon A.H, Bolliger C.T, Tamm M,(2001), “ Prospective randomized comparision of thoracoscopic talc poudrage under local anesthesia versus bleomycin instillation for pleurodesis in malignant pleural effusion”, Am J Respir Crit care Med 162 (4 pt 1): 1445 – 9.

8. Sahn S.A, Heffner J.E(2004), “ Malignant pleural effusion in managment of pleural disease”, 7th Ed, Eds Crapo J.D et al, Lippincott Williams and Wilkins, Phyladelphia, P 1369 – 1405.