

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SINH THIẾT XUYÊN THÀNH NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN ĐÁM MỜ Ở PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

TRỊNH MẠNH HÙNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh thường gặp, có tỉ lệ mắc và tử vong đứng đầu trong các bệnh về ung thư. Việc chẩn đoán mô bệnh học có nghĩa vô cùng quan trọng trong việc điều trị và tiên lượng bệnh.

Soi phế quản (SPQ) là một phương pháp hữu ích khi nhìn thấy được tổn thương để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm. Tuy nhiên rất nhiều trường hợp SPQ không góp phần vào việc chẩn đoán bệnh, lúc này sinh thiết xuyên thành ngực (STXTN) là một biện pháp lí tưởng trong việc tiếp cận khối u. STXTN đã được tiến hành ở nhiều nước trên thế giới và thể hiện được nhiều ưu điểm. Tại bệnh viện Hữu nghị Hà Nội, kĩ thuật này được triển khai từ năm 2006 bằng kim Chiba, sau đó từ năm 2008 bằng kim Tro-cut có khả năng lấy mảnh tổ chức rất tốt. Sau 1 năm nghiên cứu chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau:

- Đánh giá kết quả bước đầu của STXTN trong chẩn đoán đám mờ ở phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính (CLVT).

- Xây dựng quy trình kĩ thuật.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu: 30 người bệnh được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị có chẩn đoán đám mờ ở phổi trên cắt lớp vi tính.

1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh :

- Có tổn thương hình đám mờ ngoại vi trên phim chụp CLVT.

- Tất cả tổn thương hình đám mờ khác trên CLVT mà SPQ không thấy khối u trong lòng phế quản, xét nghiệm giải phẫu bệnh qua SPQ không giúp ích cho chẩn đoán.

- Người không có chống chỉ định với STXTN.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Rối loạn đông cầm máu. Điều trị chống đông. Tăng áp lực động mạch phổi nặng. Suy hô hấp, suy tim, đang thở máy. Kén khí lớn cạnh khối u. Cắt thùy phổi bên đối diện khối u. Nghi tổn thương u mạch. Nghi ngờ nang nước. Người bệnh không kết hợp.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

3. Phương pháp tiến hành:

3.1. Chuẩn bị người bệnh :

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về sự cần thiết tiến hành kĩ thuật đồng thời kí vào giấy đồng ý làm thủ thuật.

- Trước khi tiến hành kĩ thuật phải có phim chụp phổi thẳng nghiêng, phim chụp CLVT, xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản.

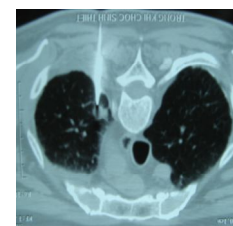
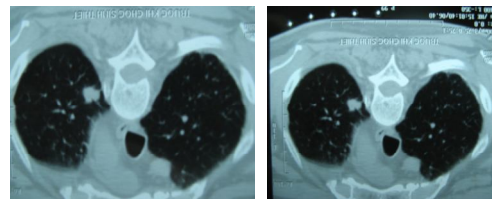
- Kĩ thuật được tiến hành tại phòng chụp CLVT.

- Người bệnh được nằm sấp, nghiêng hay ngửa tùy thuộc vào vị trí khối u hay là sự thuận lợi đối với thủ thuật viên.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ: - Kim sinh thiết. - Dao phẫu thuật. - Kim tiêm các loại, bơm tiêm 50ml. - Lọ đựng bệnh phẩm, lam kính. - Săng có lỗ và không lỗ, bông cotton, gạc, áo thủ thuật, mũ, khẩu trang. - Thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain hoặc Novocain.

3.3. Phương pháp tiến hành:

Định vị vị trí chọc trên CLVT, đo khoảng cách từ khối u đến mặt da, đo góc tạo bởi giữa mặt phẳng ngang và hướng kim. Sát khuẩn vị trí chọc khoảng 20 cm. Trải săng có lỗ lên vị trí sinh thiết. Gây tê tại chỗ. Tiến hành sinh thiết: Chọc kim sinh thiết vào vị trí đã được định vị: độ sâu, góc. Chụp CLVT lại để xác định vị trí đầu kim sinh thiết. Khi đầu kim sinh thiết vào vị trí khối u, tiến hành sinh thiết lấy 1-2 mảnh tổ chức.



Hình ảnh tiến hành sinh thiết

3.4. Theo dõi và xử trí tai biến:

- Khi sinh thiết xong chụp CLVT lại một lần nữa để kiểm tra tai biến sau quá trình sinh thiết: chảy máu, tràn khí màng phổi.

- Sau 4h cần chụp phim X quang thường để kiểm tra lại tai biến một lần nữa.

- Người bệnh cần thiết phải được theo dõi trong 24h để phát hiện kịp thời những tai biến muộn có thể xảy ra.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN:

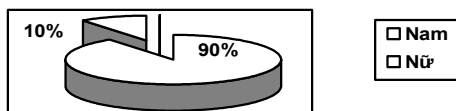
- Phân bố người bệnh theo tuổi: Bảng 1

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
50 – 59	5	16,6
60 – 69	8	26,6
70 – 79	15	50
≥ 80	2	6,8
Tổng số	30	100

Tuổi cao nhất: 82, tuổi thấp nhất: 54

Trong 30 trường hợp có đám mờ trên CLVT, lứa tuổi chúng tôi hay gặp nhất ở độ tuổi từ 60-79, đây là điểm đặc trưng của Bệnh viện Hữu nghị đa phần điều trị cho ng-êi bệnh cao tuổi.

1. Phân bố người bệnh theo giới:



Ngoài đặc điểm về tuổi, chúng tôi thấy trong nhóm nghiên cứu có sự chênh lệch rõ rệt giữa nam và nữ trong đó nam giới chiếm 90%.

2. Số lượng đám mờ trên phim: Bảng 2

Số lượng đám mờ trên phim	Số người bệnh	Tỷ lệ %
1	21	70
2 – 3	5	16,7
≥3	4	13,3
Tổng	30	100

Đa phần các người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tổn thương 1 đám mờ trên CLVT (chiếm 70%), tổn thương trên 3 đám mờ chỉ chiếm 13,3%.

3. Khoảng cách từ tổn thương đến mặt da: Bảng 3

Khoảng cách nhỏ nhất	Khoảng cách lớn nhất
3 cm	8 cm

Đặc điểm về kích thước khối u:

Kích thước	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Kích thước ngang	10 mm	5cm
Kích thước dọc	10 mm	6 cm

Kích thước đám mờ lớn nhất: 6 x 6cm. Kích thước đám mờ nhỏ nhất: 10 x 10cm.

Từ kết quả trên cho thấy STXT có khả năng thăm dò đám mờ phổi còn rất nhỏ để phát hiện sớm các bệnh lý đặc biệt ung thư phổi khi khối u còn chưa xâm lấn ra các tạng xung quanh.

4. Kết quả tế bào học: Bảng 4

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Viêm mạn tính	27	90
Ung thư	2	17
Nấm	1	3
Lao	0	0
Tổng	30	100

Kết quả tế bào học cho thấy viêm mạn tính chiếm tỷ lệ lớn nhất 90%, tìm thấy tế bào ung thư 2 ca, chiếm 17%, 1 ca phát hiện ra nấm.

5. Kết quả mô bệnh học: Bảng 5

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Ung thư	18	60
Viêm mạn tính	9	30
Lao	2	6,7
Nấm	1	3,3
Tổng số	30	100

Kết quả mô bệnh học phát hiện 18 ca ung thư chiếm 60% trong nhóm nghiên cứu, trong khi đó tỷ lệ viêm mạn tính chỉ chiếm 30%, lao 6,7% và nấm 3,3%.

6. Phân loại typ ung thư: Bảng 6

Typ	Số lượng	Tỷ lệ %
K biểu mô tuyến	8	44,4
K tế bào vảy	7	38,8
K tế bào nhỏ	2	11,1
K tế bào sang	1	5,5
Tổng số	18	100

Kết quả mô bệnh học cho thấy K biểu mô tuyến vẫn chiếm hàng đầu trong K phổi với 44,4% trong nhóm nghiên cứu, K tế bào vảy chiếm tỷ lệ 38,8%, K tế bào nhỏ chiếm 11,1%. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ngô Quý Châu – Bệnh viện Bạch mai.

7. Tai biến: Bảng 7

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ %
Tràn khí màng phổi	7	87,5
Ho ra máu	1	12,5
Tổng số	8	100

Tai biến gặp nhiều nhất là tràn khí màng phổi chiếm tỷ lệ 87,5%, ho ra máu là 12,5%. Trong 8 ca tai biến không phải xử trí ca nào, điều này cho thấy STXT là một kỹ thuật tương đối an toàn.

KẾT LUẬN

- Trong 30 ca có tổn thương đám mờ trên CLVT, tiến hành STXTN cho kết quả chẩn đoán đặc hiệu là 70%, trong đó ung thư phổi là 18 ca, 2 ca lao phổi và 1 ca nấm phổi.

- Tỷ lệ tai biến là 26% (8/30), trong đó 7 ca tràn khí màng phổi, 1 ca ho ra máu sau đó bệnh nhân ổn định.

- Đây là 1 kỹ thuật lấy bệnh phẩm nhanh, chính xác, tương đối an toàn, đặc biệt hiệu quả chẩn đoán cao.

- Kỹ thuật này có thể thực hiện được đối với những tổn thương nhỏ, vị trí nguy hiểm và bệnh nhân thể trạng yếu.

- Tai biến thường là nhẹ.

- Kỹ thuật này chỉ nên thực hiện ở những cơ sở y tế chuyên sâu.