

đến 8 tuần và kéo dài thêm từ 3 đến 6 tháng ở pha củng cố. [1, 2, 8].

Tóm lại, Melioidosis là một bệnh lý có bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và phức tạp, tỷ lệ tử vong cao dù được điều trị thích hợp. Bệnh chủ yếu gặp ở phía Bắc Australia và phía Đông Bắc Thái Lan. Ở Việt Nam, các trường hợp bệnh đã được ghi nhận từ thời thuộc Pháp và thời kỳ chiến tranh trên các đối tượng là lính pháp và sáu đó là lính Mỹ tham chiến tại Việt Nam. Đến nay chỉ có một vài báo cáo ca bệnh trong nước về melioidosis, vì vậy nên chưa có cái nhìn đầy đủ về dịch tễ học, cũng như các bệnh cảnh lâm sàng của một căn bệnh nguy hiểm mà Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wiersinga, W.J., B.J. Currie, and S.J. Peacock, Melioidosis.** New England Journal of Medicine, 2012. 367 (11): p. 1035-1044.
2. **Dance, D.,** Treatment and prophylaxis of melioidosis. Int J Antimicrob Agents, 2014. 43 (4): p. 310-8.
3. **Pons, R. and M. Advier,** Melioidosis in Cochinchina. The Journal of Hygiene, 1927. 26 (1): p. 28-30.
4. **Dance, D.A.,** Melioidosis: The tip of the iceberg? Clinical Microbiology Reviews, 1991. 4 (1): p. 52-60

5. **Chambon, L.,** [Isolation of Whitmore's bacillus from external environment]. Ann Inst Pasteur (Paris), 1955. 89 (2): p. 229-35.

6. **Parry, C.M., et al.,** Melioidosis in Southern Vietnam: clinical surveillance and environmental sampling. Clin Infect Dis, 1999. 29 (5): p. 1323-6.

7. **Phuong, D.M., et al.,** Clinical and microbiological features of melioidosis in northern Vietnam. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2008. 102 Suppl 1: p. S30-6.

8. **Cheng, A.C. and B.J. Currie, Melioidosis: Epidemiology, pathophysiology, and management.** Clin Microbiol Rev, 2005. 18 (2): p. 383-416.

9. **Currie, B.,** Pseudomonas pseudomallei-insulin interaction. Infect Immun, 1995. 63 (9): p. 3745.

10. **Simpson, A.J. and V. Wuthiekanun,** Interaction of insulin with Burkholderia pseudomallei may be caused by a preservative. J Clin Pathol, 2000. 53 (2): p. 159-60

11. **Currie, B.J., L. Ward, and A.C. Cheng,** The epidemiology and clinical spectrum of melioidosis: 540 cases from the 20 year Darwin prospective study. PLoS Negl Trop Dis, 2010. 4 (11): p. e900

12. Vi sinh y học, Học viện Quân y, 2011.

13. Vi sinh y học, NXB Y học, 2008.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ NỘI SOI PHẾ QUẢN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC TỔN THƯƠNG KHỐI TRUNG THẤT

NGUYỄN LÊ NHẬT MINH, VŨ KHẮC ĐẠI,  
CHỬ QUANG HUY, DƯƠNG DANH BỘ, NGUYỄN CHI LĂNG  
*Bệnh viện Phổi Trung ương*

#### TÓM TẮT

*Mục tiêu nghiên cứu: Nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phế quản là một phương tiện mới hiện đại có giá trị trong chẩn đoán các tổn thương trung thất tiếp giáp khí phế quản.*

*Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả chẩn đoán của nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán các tổn thương trung thất.*

*Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 58 bệnh nhân đã được nội soi phế quản siêu âm trong thời gian từ 6/2019-8/2020. Kết quả chẩn đoán xác định cuối cùng dựa trên kết quả của EBUS-TBNA, nội soi lồng ngực, phẫu thuật phổi, theo dõi lâm sàng.*

*Kết quả: Chúng tôi nghiên cứu trên 58 bệnh nhân, trong đó nam: 38/58 (65,5%), nữ 20/58 (34,5%). Độ tuổi trung bình 53,7±14,7 tuổi. Kết quả chẩn đoán cuối cùng có 19 trường hợp ung thư, 39 trường hợp lành tính. EBUS-TBNA chẩn đoán được 48 trường hợp trong tổng số 58 bệnh nhân: ung thư 15, lao 11, viêm không đặc hiệu 19, bướu giáp 1, sarcoidosis 1, bình thường 11. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA*

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Lê Nhật Minh  
Email: minhnguyenspq@gmail.com  
Ngày nhận: 19/10/2020  
Ngày phản biện: 13/11/2020  
Ngày duyệt bài: 25/11/2020

chung là 82,8%, đối với tổn thương lành tính là 84,6%, với tổn thương ác tính là 78,9%. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng.

**Kết luận:** EBUS-TBNA có giá trị cao trong chẩn đoán các tổn thương trung thất tiếp giáp với khí phế quản trung tâm.

**Từ khóa:** Nội soi phế quản siêu âm (EBUS), tổn thương trung thất.

#### **SUMMARY** STUDY THE RESULT OF ENDOBONCHIAL ULTRASOUND IN DIAGNOSING MEDIASTINAL LESIONS

**Objective:** Endobronchial ultrasound – guided tranbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) is a new method for the diagnosis of mediastinal lesions located adjacent to the central airway. The purpose of this study was to evaluate the result of EBUS-TBNA for the diagnosis of mediastinal lesions.

**Methods:** We descriptively studied the results of patients who underwent EBUS-TBNA between 6/2019 to 8/2020. Final diagnosis were determined by EBUS-TBNA, surgery and (or) clinical follow-up.

**Results:** A total of 58 patients, of whom 38 (65.5%) were male and 20 (35.5%) were female. The mean age was 53.7±14.7 years. The final diagnoses were 19 malignant mediastinal and 39 benign mediastinal. The EBUS-TBNA was diagnostic in 48 of 58 patients: malignant 15, tuberculosis 11, nonspecific inflammatory 19, mediastinal goiter 1, sarcoidosis 1, normal 11. The diagnostic accuracy of EBUS-TBNA was 82.8%, 84.6% for benign lesions and 78.9% for malignant lesions. There were no complications.

**Conclusions:** The diagnostic value of EBUS-TBNA is high for mediastinal lesions located adjacent to the central airway.

**Keywords:** Endobronchial ultrasound, mediastinal lymph nodes.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nội soi phế quản siêu âm chọc hút xuyên thành phế quản (EBUS-TBNA) là một phương pháp xâm lấn tối thiểu trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư phổi, chẩn đoán các tổn thương trung thất tiếp giáp đường thở chính. Đánh giá giai đoạn ung thư phổi di căn hạch bằng phẫu thuật hiện tại có tính xâm lấn nhiều hơn với các biến chứng hiếm gặp nhưng nặng, đòi hỏi phải gây mê toàn thân, trong phòng mổ và phẫu thuật viên. Vì vậy, ngày càng ít được sử dụng. Kết quả EBUS-TBNA tương đương với nội soi trung thất trong nhiều khía cạnh và vượt trội so với chọc hút xuyên thành phế quản thông thường (TBNA). EBUS cho phép quan sát và lấy mẫu bệnh phẩm các cấu trúc hạch nhóm 2,4,7,10 và 11. Độ nhạy của EBUS-TBNA trong

chẩn đoán ung thư phổi di căn hạch trung thất 90,8% và độ đặc hiệu và giá trị dự đoán dương tính là 100% [1]. Trong các trường hợp u phổi ở trung tâm tiếp giáp khí phế quản, không thể sinh thiết dưới hướng dẫn CT được và các trường hợp lao hạch trung thất, sarcoidosis, EBUS-TBNA có thể hỗ trợ chẩn đoán. Trong phân tích meta gần đây, độ chính xác chẩn đoán của EBUS-TBNA trong chẩn đoán sarcoidosis là 54-93% [2]. Trong lao hạch trung thất, EBUS cho thấy độ nhạy chẩn đoán là 85% [3].

Tại Việt Nam, báo cáo về kết quả nội soi phế quản siêu âm còn hạn chế. Bệnh viện Phổi Trung ương là đơn vị đầu tiên và duy nhất tại Việt Nam cho đến năm 2020 sở hữu hệ thống máy nội soi phế quản siêu âm hiện đại. Vì vậy, chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu kết quả nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán tổn thương trung thất” với mục tiêu: “Đánh giá kết quả chẩn đoán của nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán các tổn thương trung thất”.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm các bệnh nhân có tổn thương trung thất tiếp giáp với thành khí phế quản xác định trên hình ảnh CT ngực, điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

##### **2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 58 bệnh nhân được nội soi phế quản siêu âm từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2020.

Sau khi các bệnh nhân đã được khám và làm xét nghiệm sàng lọc lâm sàng chẩn đoán xác định có tổn thương bất thường trong trung thất tiếp giáp thành khí phế quản, chưa phân loại mô học khối u. Bệnh nhân được tiến hành nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phế quản các tổn thương bằng máy BF-UC180F, Olympus. Bệnh phẩm sinh thiết sẽ được gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi sinh. Nếu EBUS-TBNA không chẩn đoán được, bệnh nhân sẽ được làm thêm có phương pháp khác: nội soi lồng ngực sinh thiết, phẫu thuật phổi, tùy theo từng trường hợp. Kết quả EBUS-TBNA sẽ được phân làm 2 nhóm: nhóm tổn thương ác tính và nhóm tổn thương lành tính. Kết quả chẩn đoán xác định cuối cùng dựa trên kết quả của EBUS-TBNA, nội soi lồng ngực, phẫu thuật phổi và kết quả theo dõi sau 6 tháng.

##### **3. Xử lý số liệu**

Số liệu được tập hợp và xử lý trên chương trình phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Số liệu được biểu diễn bằng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn. Ngưỡng thống kê được chọn

với độ tin cậy 95%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p \leq 0,05$ .

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm lâm sàng

- Giới: Nam 38/58 (65,5%), Nữ 20/58 (34,5%).
- Tuổi: Tuổi trung bình  $53,7 \pm 14,7$  tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 77 tuổi.
- Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng | N  | %    |
|-------------|----|------|
| Ho khan     | 21 | 36,2 |
| Ho đờm      | 34 | 58,6 |
| Ho ra máu   | 7  | 12,1 |
| Khó thở     | 10 | 17,2 |
| Sốt         | 9  | 15,5 |
| Đau ngực    | 26 | 44,8 |
| Sút cân     | 4  | 6,9  |
| Khàn tiếng  | 5  | 8,6  |

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ho khan: 36,2%, ho khạc đờm: 58,6%, đau ngực: 44,8%, các triệu chứng ít gặp hơn là: ho ra máu 12,1%, khó thở 17,2%, sốt 15,5%, sút cân 6,9%, khàn tiếng 8,6%.

### 2. Kết quả nội soi siêu âm

Bảng 2 Vị trí hạch trung thất

| Vị trí nhóm hạch | N  | Tỷ lệ % |
|------------------|----|---------|
| Hạch nhóm 2R     | 7  | 12,1    |
| Hạch nhóm 2L     | 2  | 3,4     |
| Hạch nhóm 4R     | 29 | 50      |
| Hạch nhóm 4L     | 8  | 13,8    |
| Hạch nhóm 7      | 38 | 65,5    |
| Hạch nhóm 10R    | 9  | 15,5    |
| Hạch nhóm 10L    | 4  | 6,9     |
| Hạch nhóm 11R    | 4  | 6,9     |

Nhận xét: vị trí nhóm hạch trung thất hay gặp nhất là nhóm 7: 65,5%, nhóm 4R: 50%.

Kích thước trung bình tổn thương:  $2,49 \pm 0,9$  cm, nhỏ nhất là 1 cm và lớn nhất là 5 cm.

Bảng 3 Kết quả chẩn đoán của EBUS-TBNA

| Bệnh                | Chẩn đoán EBUS | Chẩn đoán cuối |
|---------------------|----------------|----------------|
| Bệnh ác tính        | 15             | 19             |
| Ung thư phổi        | 15             | 17             |
| U lympho            | 0              | 1              |
| U tuyến ức          | 0              | 1              |
| Bệnh lành tính      | 43             | 39             |
| Lao hạch trung thất | 11             | 13             |
| Sarcoidosis         | 1              | 3              |
| Viêm không đặc hiệu | 19             | 11             |
| Bướu giáp           | 1              | 1              |
| U xơ thần kinh      | 0              | 1              |
| Kén phế quản        | 0              | 1              |
| Bình thường         | 11             | 9              |

Nhận xét: Trong 19 trường hợp viêm không đặc hiệu, có 4 trường hợp chẩn đoán cuối là ung thư và 2 trường hợp chẩn đoán cuối là lao.

Trong 11 trường hợp bình thường, có 1 trường hợp chẩn đoán cuối là u xơ thần kinh và 1 là sarcoidosis.

Trong 58 trường hợp, qua nội soi siêu âm chẩn đoán xác định được 48 trường hợp, trong đó có 15 trường hợp bệnh ác tính và 33 trường hợp bệnh lành tính. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA chung là 82,8%, tổn thương lành tính là 84,6%, tổn thương ác tính là 78,9%. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng

Trong 58 bệnh nhân nghiên cứu, có 38 bệnh nhân nam chiếm 65,5% và 20 nữ chiếm 34,5%. Tuổi trung bình  $53,7 \pm 14,7$  tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 77 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong nghiên cứu của Yasufuku K và cộng sự năm 2011, tỉ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữ (76/64), tuổi trung bình là 56,7 tuổi, thấp nhất là 13 tuổi và cao nhất là 81 tuổi [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ho khan: 36,2%, ho khạc đờm: 58,6%, đau ngực: 44,8%. Các triệu chứng ít gặp hơn là: ho ra máu 12,1%, khó thở 17,2%, sốt 15,5%, sút cân 6,9%, khàn tiếng 8,6%. Không có triệu chứng thực thể nào đặc biệt, có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân có tổn thương trung thất đa số là các khối hạch trung thất, có kích thước nhỏ.

### 2. Kết quả nội soi EBUS-TBNA

- Vị trí nhóm hạch trung thất: vị trí hay gặp nhất là nhóm 7: 65,5%, nhóm 4R: 50%, các vị trí ít gặp hơn là nhóm 2R: 12,1%, nhóm 2L: 3,4%, nhóm 4L: 13,8%, nhóm 10R: 15,5%, nhóm 10L: 6,9% và nhóm 11R: 6,9%. Kích thước trung bình tổn thương:  $2,49 \pm 0,9$ cm, nhỏ nhất là 1cm và lớn nhất là 5cm. Kết quả của chúng tôi cũng giống với kết quả nghiên cứu của Ortakoylu và cộng sự (2015), cho thấy hạch nhóm 7 hay gặp nhất là 101/159 trường hợp, hạch nhóm 4R là 55/159 trường hợp; hạch nhỏ nhất có kích thước là 3 mm, lớn nhất là 50 mm [5].

- Kết quả chẩn đoán của EBUS-TBNA: Tất cả 58 bệnh nhân được làm EBUS-TBNA đều lấy được bệnh phẩm đủ để làm mô bệnh học. Kết quả mô bệnh học cho thấy có 15 trường hợp ung thư (ung thư phổi) và 43 trường hợp lành tính, trong đó có 11 trường hợp lao hạch trung thất, 19 viêm không đặc hiệu, 1 sarcoidosis, 1 bướu giáp và 11 trường hợp bình thường. Đối với các trường hợp nghi ngờ, kết quả mô bệnh học qua EBUS-TBNA không tương ứng với lâm

sàng sẽ được phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết các tổn thương. Trong 19 trường hợp viêm không đặc hiệu, có 4 trường hợp được phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết hạch trung thất cho chẩn đoán cuối là ung thư và 2 trường hợp chẩn đoán cuối là lao. Trong 11 trường hợp bình thường, có 1 trường hợp chẩn đoán cuối là u xơ thần kinh và 1 là sarcoidosis.

Như vậy, trong 58 trường hợp, qua nội soi siêu âm chẩn đoán xác định được 48 trường hợp, trong đó có 15 trường hợp bệnh ác tính và 33 trường hợp bệnh lành tính. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA chung là 82,8%, đối với tổn thương lành tính là 84,6%, với tổn thương ác tính là 78,9%. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả: Ortakoylu và CS (2015) trên 159 bệnh nhân, cho thấy độ chính xác chẩn đoán của EBUS-TBNA chung là 84%, đối với tổn thương lành tính là 84% và ác tính là 77% [5]. Murthi M và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 143 trường hợp, kết quả cũng cho thấy độ chính xác chẩn đoán chung là 81,2% [6].

#### KẾT LUẬN

EBUS-TBNA có giá trị cao trong chẩn đoán các tổn thương trung thất tiếp giáp với khí phế quản trung tâm. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA chung là 82,8%, đối với tổn thương lành tính là 84,6%, với tổn thương ác

tính là 78,9%. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bailey N, Krisnadi Z, Kaur R, Mulrennan S, Phillips M, Slavova-Azmanova N. A pragmatic application of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: a single institution experience. *BMC Pulm Med.* 2019;19 (1):155.
2. Agarwal R, Srinivasan A, Aggarwal AN, Gupta D. Efficacy and safety of convex probe EBUS-TBNA in sarcoidosis: a systematic review and meta-analysis. *Respir Med.* 2012;106 (6):883-92.
3. Sun J, Teng J, Yang H, Li Z, Zhang J, Zhao H, et al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in diagnosing intrathoracic tuberculosis. *Ann Thorac Surg.* 2013; 96 (6):2021-7.
4. Yasufuku K, Nakajima T, Fujiwara T, Yoshino I, Keshavjee S. Utility of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of mediastinal masses of unknown etiology. *Ann Thorac Surg.* 2011;91 (3):831-836.
5. ORTAKOYLU, Mediha Gonenc et al. Diagnostic value of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in various lung diseases. *J. bras. pneumol.* 2015, vol.41, pp.410-414.
6. Murthi, M., Donna, E., Arias, S., Villamizar, N. R., Nguyen, D. M., Holt, G. E., & Mirsaedi, M. S. (2020). Diagnostic Accuracy of Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration (EBUS-TBNA) in Real Life. *Frontiers in medicine*, 7, 118.

## BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CỐT HÓA NIÊM MẠC KHÍ PHẾ QUẢN

CHỪ QUANG HUY, DƯƠNG DANH BỘ,  
NGUYỄN ĐỨC PHƯƠNG, NGUYỄN CHI LĂNG  
*Bệnh viện Phổi Trung ương*

#### TÓM TẮT

*Tracheobronchopathia osteochondroplastica (TO) là một rối loạn hiếm gặp chưa rõ nguyên nhân ảnh hưởng lớn đến đường hô hấp. Bệnh thường gặp ở người lớn với tỷ lệ nam nữ mắc*

*như nhau. Bệnh được đặc trưng bởi sự phát triển của nhiều nhân xương và sụn ở lớp dưới niêm mạc của khí quản và phế quản lớn. Tổn thương là các nốt nhỏ lồi vào trong lòng khí phế quản, đôi khi các nốt tập trung thành nốt lớn gây tắc nghẽn đường thở.*

*Chịu trách nhiệm: Chừ Quang Huy  
Email: dr.chuquanghuy87@gmail.com  
Ngày nhận: 06/10/2020  
Ngày phản biện: 10/11/2020  
Ngày duyệt bài: 23/11/2020*

*Bệnh thường ổn định trong nhiều năm, hoặc tiến triển rất chậm, chỉ có một số ít trường hợp bệnh tiến triển gây tắc nghẽn đường hô hấp trên, cần chỉ định các phương pháp xâm lấn để loại bỏ tổn thương, làm thông thoáng đường*