

- Triệu chứng thực thể: Ran nổ 71,4%, ran ngáy, rít 42,9%.

- Xét nghiệm khí máu: pH 7,44 ± 0,05, PaO₂ 78,60 ± 15,58, PaCO₂ 43,74 ± 15,48, HCO₃⁻ 29,14 ± 6,25.

- Hình ảnh X-quang ngực: Tổn thương bên phải 38%, tổn thương nhiều thùy 71,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2013). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available at <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> [Accessed 17 August 2014].

2. Ngô Quý Châu và CS (2002). Tình hình chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Thông tin Y học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 50 - 7.

3. Williams N.P., Coombs N.A., Johnson M.J. et al. (2017). Seasonality, risk factors and burden of community-acquired pneumonia in COPD patients: a population database study using linked health care records. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 12, 313 - 322.

4. Shin B., Kim S.-H., Yong S.J. et al. (2018). Early readmission and mortality in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease with community-acquired pneumonia. Chron Respir Dis, 16, 1479972318809480.

5. Huerta A., Crisafulli E., Menéndez R. et al. (2013). Pneumonic and nonpneumonic exacerbations of COPD: inflammatory response and clinical characteristics. Chest, 144(4), 1134 - 1142.

6. Yu S., Fang Q., and Li Y. (2018). Independent factors associated with pneumonia

among hospitalized patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Medicine (Baltimore), 97(42), e12844.

7. Titova E., Christensen A., Henriksen A.H. et al. (2018). Comparison of procalcitonin, C-reactive protein, white blood cell count and clinical status in diagnosing pneumonia in patients hospitalized with acute exacerbations of COPD: A prospective observational study. Chron Respir Dis, 16, 1479972318769762.

8. Ruby D. (2020). The Impact of Community-acquired Pneumonia on Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients as Regards In-hospital Complications and Early Readmission. Open Respir Med J, 14, 10 - 15.

9. Kang H.S., Rhee C.K., Kim S.K. et al. (2016). Comparison of the clinical characteristics and treatment outcomes of patients requiring hospital admission to treat eosinophilic and neutrophilic exacerbations of COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 11, 2467 - 2473.

10. Kim H., Choi S., Huh J. et al. (2016). Different pattern of viral infections and clinical outcomes in patient with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and chronic obstructive pulmonary disease with pneumonia. J Med Virol, 88(12), 2092 - 2099.

11. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp.

12. Tạ Thị Diệu Ngân (2016). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 172.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SINH THIẾT XUYÊN VÁCH PHẾ QUẢN TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

BÙI HƯNG THỊNH¹, PHAN THU PHƯƠNG²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu Nhận xét kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả tiến cứu 43 bệnh nhân có kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Bùi Hưng Thịnh

Email: buithinhbvhn@gmail.com

Ngày nhận: 22/7/2021

Ngày phản biện: 23/8/2021

Ngày duyệt bài: 10/9/2021

từ tháng 05/2020 - tháng 08/2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí sinh thiết thường thùy giữa phổi phải có 13/ 43 BN (30,2%), tiếp đến thùy dưới phải và dưới trái có 11/43 BN (25,6%). Kết quả thu được là ung thư 10/43 (23,3%), viêm lao 6/43 (13,9%), silicosis 1/43 (2,3%), Sarcaroid 2/43 (4,7%), viêm mạn tính 24/43 (55,8%). Các tai biến của kỹ thuật bao gồm: chảy máu có 4/43 BN (9,3%), chủ yếu chảy < 10ml, tràn khí màng phổi 2/43 BN (4,7%), sốt sau sinh thiết 2/43 BN (4,7%). Không có trường hợp nào có tai biến nặng hoặc tử vong.

Từ khóa: Sinh thiết xuyên vách phế quản, nội soi phế quản.

SUMMARY

This study was conducted with the objective of evaluating the results of transbronchial biopsy at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital. The study used a prospective descriptive design of 43 patients with transbronchial biopsy results at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital from May 2020 to August 2021. The study results showed that the biopsy site was usually in the right middle lobe in 13/43 patients (30.2%), followed by the right and lower left lobes in 11/43 patients (25.6%). The results obtained were cancer 10/43 (23.3%), tuberculosis 6/43 (13.9%), silicosis 1/43 (2.3%), Sarcoid 2/43 (4.7%), chronic inflammation 24/43 (55.8%). The complications of the technique include: bleeding in 4/43 patients (9.3%), mainly bleeding < 10ml, pneumothorax in 2/43 patients (4.7%), fever after biopsy 2/ 43 patients (4.7%). There were no cases of serious complications or death.

Keywords: Transbronchial biopsy, bronchoscopy

ĐẠT VĂN ĐỀ

Sinh thiết xuyên vách phế quản (STXVPQ) qua nội soi phế quản (NSPQ) là kỹ thuật để chẩn đoán một số bệnh lý ở phế quản phổi có tổn thương phổi, được biết khá sớm sau sự ra đời của ống soi mềm^[1]. Với các tổn thương phổi khu trú và lan tỏa kết quả chẩn đoán đạt được từ 42,31% - 88,5%. Với u phổi ngoại vi STXVPQ có hiệu quả chẩn đoán từ 55,1% - 65,1%^[2]. STXVPQ qua NSPQ dễ thực hiện và có tỷ lệ biến chứng thấp. So với các kỹ thuật lấy bệnh phẩm khác, kỹ thuật STXVPQ trong chẩn đoán một số bệnh lý phổi có nhiều ưu điểm hơn hẳn các kỹ thuật lấy bệnh phẩm khác. Kỹ thuật cho phép chẩn đoán nhiều bệnh lý nhu mô phổi mà trước đây phải lấy bệnh phẩm qua sinh thiết phổi mở^[3]. Vì vậy việc kết hợp các kỹ thuật lấy bệnh phẩm khi soi để có bằng chứng chẩn đoán nguyên nhân mà tai biến giảm thiểu là xu hướng phổ biến hiện nay. Ở Việt Nam cho đến nay, kỹ thuật STXVPQ qua nội soi phế quản ống mềm để chẩn đoán các tổn thương phổi khu trú ở ngoại vi và tổn thương phổi lan tỏa là kỹ thuật có giá trị chẩn đoán cao. Cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về kết quả của kỹ thuật này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nhận xét kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu

1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Gồm 43 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

a. Triệu chứng lâm sàng

+ Đau ngực: Vị trí đau ngực, đau 1 bên hay đau cả hai bên.

+ Ho khan có thể ho khạc đờm.

+ Có thể có sốt.

+ Nghe phổi: tiếng ran ẩm, ran nổ.

b. Triệu chứng cận lâm sàng

Trên phim X-quang phổi thẳng, nghiêng hoặc trên phim chụp HRCT lồng ngực có tổn thương nhu mô phổi

+ Hình ảnh kính mờ, đám mờ

+ Hình ảnh tổn thương phế nang lan tỏa.

+ Hình ảnh tổn thương phổi kẽ

Nội soi phế quản không thấy tổn thương trong lòng phế quản

Bệnh nhân được thực hiện nội soi phế quản ống mềm có sinh thiết xuyên vách phế quản.

Tất cả những bệnh nhân có tổn thương nhu mô phổi lan tỏa ở ngoại vi phổi chưa rõ nguyên nhân.

Bệnh lý ác tính nhu mô phổi.

Hình ảnh đám mờ, kính mờ nhu mô phổi

Hình ảnh tổn thương đồng đặc nhu mô phổi lan tỏa

Nhiễm khuẩn: Viêm phổi tái phát hoặc cải thiện chậm.

Các tổn thương phổi ngoại vi dạng đồng đặc phế nang lan tỏa, lòng phế quản thông thoáng.

1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định nội soi phế quản có sinh thiết xuyên vách phế quản.

- Có rối loạn về đông máu (tỷ lệ prothombin < 50%, tiểu cầu < 50G/l).

- Bệnh nhân HIV (+)

- Có trực khuẩn kháng cồn - kháng toan trong đờm.

- Chức năng thông khí kém (FEV1 < 1 lít).

- Phổi giãn phế nang, nhiều bóng khí.

- Bệnh nhân không hợp tác.

1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05/2020 - tháng 08/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu theo cách thuận tiện (chọn 43 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu).

2.2. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án mẫu thống nhất, dựa vào các thông số lâm sàng, cận lâm sàng.

3. Phân tích kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản bằng ống soi mềm

Kết quả xét nghiệm mô bệnh học mảnh bệnh phẩm qua sinh thiết

4. Xử lý số liệu

- Thiết kế và nhập dữ liệu dựa trên phần mềm SPSS 16.0.

- Làm sạch số liệu: Phân tích sơ bộ, đánh giá sự thuần nhất của dữ liệu, kiểm tra lại những bệnh nhân có số liệu không phù hợp.

- Phân tích, tính tần xuất các biến trong nghiên cứu.

- Phân nhóm, kiểm định χ^2 , t- test so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia. Những thông tin về bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị bệnh nhân và nghiên cứu khoa học. Bệnh nhân được tư vấn, hướng dẫn điều trị, quản lý và theo dõi.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Vị trí phân thùy phổi được sinh thiết xuyên vách

Bảng 8. Vị trí phân thùy phổi được STXVPQ (n = 43)

Vị trí sinh thiết	Phổi phải		Phổi trái	
	n	%	n	%
Thùy đỉnh	6	13,95	2	4,7
Thùy giữa	13	30,2	0	0
Thùy đáy	11	25,6	11	25,6

Nhận xét:

- Sinh thiết thùy giữa phải 13/43 (30,2%).
- Sinh thiết thùy đáy phải và thùy đáy trái là 11/43 (25,6%).

- Sinh thiết thùy trên phải 6/43 (13,95%).

- Sinh thiết thùy đỉnh trái ít nhất.

2. Kết quả mô bệnh học của sinh thiết xuyên vách phế quản

Bảng 9. Kết quả mô bệnh học của sinh thiết xuyên vách phế quản (n = 43)

Kết quả mô bệnh học	n	%
Ung thư	10	23,3
Viêm lao	6	13,9
Silicosis	1	2,3
Sarcaroid	2	4,7
Viêm mạn tính	24	55,8
Tổng số	43	100,0

Nhận xét: Kết quả thu được là ung thư 10/43 (23,3%), viêm lao 6/43 (13,9%), silicosis 1/43

(2,3%), Sarcaroid 2/43 (4,7%), viêm mạn tính 24/43 (55,8%).

3. Liên quan giữa vị trí thùy phổi tổn thương trên X- quang và HRCT ngực với kết quả mô bệnh học của STXVPQ

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí thùy phổi tổn thương với kết quả mô bệnh học của sinh thiết xuyên vách phế quản

Mô bệnh học	Ung thư (n = 10)		Lao (n = 6)		Silicosis (n = 3)	
	n	%	n	%	n	%
Thùy trên	1	10	3	50	1	33,3
Thùy giữa	4	40	2	30	1	33,3
Thùy dưới	5	50	1	20	1	33,4
Tổng	10	100	6	100	3	100

Nhận xét:

- Tổn thương lao: (80%) bệnh nhân ở thùy trên và giữa.

- Tổn thương ung thư gặp nhiều ở thùy dưới và thùy giữa: 90%.

4. Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X quang và HRCT ngực với kết quả mô bệnh học

Bảng 10. Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X quang và HRCT ngực với kết quả mô bệnh học của sinh thiết xuyên vách phế quản (n = 43)

Mô bệnh học	X-quang và HRCT		Đám mờ		Tổn thương phổi kẽ		Đám mờ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ung thư	8	44,4	0	0	2	18,2		
Viêm lao	4	22,2	0	0	2	18,2		
Silicosis	0	0	1	7,1	0	0		
Sarcaroid	0	0	2	14,3	0	0		
Viêm mạn	6	33,4	11	78,6	7	63,4		
Tổng	18	100	14	100	11	100		

Nhận xét:

- Trong số 18 BN có tổn thương là đám mờ thì ung thư: 8/18 BN (44,4%), lao: 4/18 BN (22,2%), viêm mạn tính: 6/18 BN (34,4%).

- Trong 14 bệnh nhân tổn thương kẽ gặp silicosis 1 BN (7,1%), 2 bệnh nhân sarcaroid chiếm (14,3%) viêm mạn tính 11/14 BN (78,6%).

- Trong số 11 bệnh nhân có tổn thương dạng kính mờ có 2 bệnh nhân do ung thư chiếm 18,2% và 2 bệnh nhân do lao chiếm 18,2%.

5. Các phiền phức của soi phế quản và tai biến STXVPQ

Bảng 11. Các phiền phức của soi phế quản và tai biến STXVPQ (n = 43)

Tai biến	n	Tỷ lệ %
Chảy máu	4	9,3
Tràn khí màng phổi	2	4,7
Sốt	2	4,7

Nhận xét:

- Các tai biến gặp trong nghiên cứu gồm chảy máu 9,3%, TKMP và sốt đều có 2 bệnh nhân chiếm 4,7%.

- Các trường hợp chảy máu đều được xử trí bằng bơm dung dịch Adrenalin pha loãng 10% lên bề mặt vùng chảy máu và tiêm Morphin cầm máu.

- Các trường hợp tràn khí được hút khí màng phổi và thở oxy.

- Không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 12. Liên quan giữa tai biến của kỹ thuật với số lượng mảnh sinh thiết (n = 43)

Tai biến	Không tai biến		Tràn khí màng phổi		Chảy máu		Tổng số
	n	%	n	%	n	%	
Số mảnh sinh thiết ≤ 3	19	95	0	0	1	5	20
Số mảnh sinh thiết ≥ 4	18	78,3	2	8,7	3	13	23

Nhận xét:

Số mảnh sinh thiết ≥ 4: TKMP gặp 2/23 BN (8,7%), chảy máu gặp 3/32 BN (13%).

Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng mảnh sinh thiết và tai biến trong thủ thuật.

BÀN LUẬN

1. Vị trí thùy phổi được thực hiện thủ thuật sinh thiết xuyên vách phế quản.

Qua bảng phân bố thùy phổi được sinh thiết (bảng 1), thùy giữa phải được sinh thiết nhiều nhất 13/43 BN (30,2%), thùy dưới phải 11/43 BN (25,6%), thùy đáy trái 11/43 bệnh nhân (25,6%). Nghiên cứu của Hernandez (1991) thùy trên phải được sinh thiết nhiều nhất 35%, thùy trên trái 21%, thùy dưới phải 13%, thùy dưới trái 22% đặc biệt thùy giữa chỉ chiếm 8%^[4]. Izbicki G và cộng sự (2006) STXTPQ nhiều nhất thùy dưới phải 34%, thùy trên phải 21%, thùy dưới trái 20%, thùy trên trái 17% và ít nhất ở thùy giữa 8%^[5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Hồng (2008) thùy giữa nhiều nhất 21/52 (40,38%)^[2]. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của các tác giả nêu trên, sự khác biệt này là do đối tượng chọn bệnh nhân của chúng tôi khác nhau, số bệnh nhân của chúng tôi có tổn thương thùy giữa và thùy đáy lớn hơn các thùy khác.

2. Kết quả mô bệnh học của sinh thiết xuyên vách phế quản

Bệnh nhân sau khi nhập viện việc chẩn đoán bệnh được thực hiện theo trình tự: lâm sàng có vai trò gợi ý, cận lâm sàng có vai trò định hướng trong đó chẩn đoán giải phẫu bệnh và vi sinh là

cơ sở khoa học quan trọng nhất để chẩn đoán xác định nguyên nhân qua đó có hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Qua nội soi phế quản bằng ống mềm cho 43 bệnh nhân có tổn thương phổi lan tỏa trên chụp phim X quang tim phổi hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực nhưng không có tổn thương trong lòng phế quản chúng tôi tiến hành sinh thiết xuyên vách phế quản kết quả bằng mô bệnh học cho thấy chẩn đoán xác định được ung thư 10/43 bệnh nhân chiếm 23,3%, do lao có 6/43 bệnh nhân chiếm 13,9%, do silicosis có 1/43 bệnh nhân chiếm 2,3%, do sarcaroid 2/43 bệnh nhân chiếm 4,7% và 24/43 bệnh nhân chiếm 55,8% do viêm mạn.

24/43 BN có kết quả viêm mạn tính kết hợp với tiền sử bệnh tật, nghề nghiệp, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, diễn biến điều trị, chúng tôi đã chẩn đoán thêm 7 BN, trong đó: 2BN chẩn đoán viêm phổi kẽ có tiền sử bệnh lupus ban đỏ hệ thống, viêm da cơ. 1 BN viêm phổi kẽ vô căn dựa vào tiến triển của bệnh điều trị corticoid ổn định. 4 BN viêm phổi cấp tính do nhiễm trùng, đáp ứng tốt sau điều trị kháng sinh, chụp lại phổi sau 2 tuần không còn tổn thương phổi kẽ.

Như vậy, chỉ dựa đơn thuần vào kết quả STXVPQ cho chẩn đoán 44,18% (19/43 BN). Khi kết hợp với các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, tiền sử bệnh, kết quả mô bệnh học qua STXVPQ và điều trị cho chẩn đoán 26/43 BN (60,46%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của một số tác giả khác do đối tượng chọn bệnh nhân của chúng tôi khác nhau: Ibrahim A.S và cộng sự (2005) tiến hành STXTPQ cho 71 bệnh nhân có tổn thương phổi khu trú và lan tỏa trên phim HRCT qua NSPQOM trong 5 năm cho kết quả chẩn đoán 57,75%^[6]. Tác giả Fenoyl O và cộng sự (1989), nghiên cứu STXTPQ không có hướng dẫn màn huỳnh quang tăng sáng cho chẩn đoán 154/174 BN (88%)^[7]. Berbescu và cộng sự (2006) tiến hành nghiên cứu hồi cứu các tiêu bản STXTPQ của 21 bệnh nhân tổn thương phổi kẽ trên phim HRCT, mà các bệnh nhân này sau đó (ít nhất 4 tháng) được khẳng định chẩn đoán bệnh viêm phổi kẽ thông thường qua sinh thiết phổi mở, cho kết quả chẩn đoán 42,58% (9/21BN)^[8]. Nguyễn Thị Diệu Hồng (2008) nghiên cứu 52 bệnh nhân bằng sinh thiết xuyên thành phế quản đạt 42,31% (22/52)^[2].

3. Mối liên quan giữa vị trí thùy phổi tổn thương trên X quang và chụp cắt lớp vi tính ngực với kết quả mô bệnh học chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương

ung thư có 12/43 bệnh nhân chiếm 27,9% gặp chủ yếu là thùy giữa và thùy dưới 5/12 BN (41,7%), thùy trên ít gặp hơn có 2/12 bệnh nhân chiếm 16,6% điều này được lý giải tổn thương thùy đỉnh khó tiếp cận ống soi cũng như STXVPQ hơn các vị trí khác, nên kết quả thấp hơn các vị trí khác.

Tổn thương lao gặp nhiều ở thùy đỉnh 5/8 BN (62,5%). Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh bệnh lao đã được trình bày trong y văn^[9].

Kết quả của chúng tôi khác với các tác giả Lê Kim Việt (2006) nghiên cứu về bệnh lý thùy giữa cho thấy ung thư: 36,2%, viêm phổi mạn: 28,6%, giãn phế quản: 18,3%, viêm phổi cấp: 10,8% và lao: 5,9%^[10]. Nghiên cứu của Đoàn Phương Lan (2002): tổn thương lao gặp nhiều ở thùy giữa (45,5%), và tổn thương ung thư gặp nhiều thùy đỉnh hai bên^[11]. Sự khác biệt này do đối tượng chọn bệnh nhân của chúng tôi khác nhau.

4. Mối liên hệ giữa hình ảnh tổn thương của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực với kết quả mô bệnh học qua sinh thiết xuyên vách phế quản.

Bảng 4 chỉ ra trong số 18 bệnh nhân có tổn thương là đám mờ, STXVPQ cho chẩn đoán ung thư 8/18 BN (44,4%), lao 4/18 BN (33,4%), viêm mạn tính 6/18 (33,4%). 14 BN tổn thương phổi kẽ trong đó silicosis 1/14 BN (7,1%), Sarcoid 2/14 BN (14,3%) và viêm mạn tính 11/14 BN (78,6%). Tổn thương kính mờ có 2/11 chiếm 18,2% chẩn đoán ra ung thư và 2/11 chiếm 18,2% do lao. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Michelle DM, tác giả tiến hành STXTPQ trên 183 BN có tổn thương phổi lan tỏa cho chẩn đoán 61% và 225 BN nhóm tổn thương nốt mờ đơn độc là 63%^[12].

5. Những biến phức sau NSPQ và tai biến của STXVPQ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp chiếm (9,3%) chảy máu khi sinh thiết, chảy máu gặp nhiều ở thùy đỉnh hai bên và gặp nhiều ở các bệnh nhân có tổn thương phổi kẽ (4/18 bệnh nhân). Lượng máu chảy ra không nhiều (< 30ml), các trường hợp chảy máu đều được xử trí bằng bơm dung dịch Adrenalin pha loãng 0,01% lên bề mặt vùng chảy máu, đồng thời đầu ống soi bít ở phân thùy sinh thiết cho đến khi ngừng chảy máu. Điều này có thể giải thích rằng với bệnh nhân ở giai đoạn sớm của bệnh khi sinh thiết phổi ngoại vi, các động mạch phế quản thường nhỏ ít bị chảy máu, với bệnh nhân tổn thương phổi kẽ giai đoạn đã có tăng áp động mạch phổi dễ chảy máu khi sinh thiết hơn do động mạch phế quản to hơn^[13].

Tràn khí màng phổi chúng tôi gặp 2 bệnh nhân (4,7%), BN được sinh thiết thùy đáy bên phải, bệnh nhân còn lại được sinh thiết thùy giữa và bệnh nhân đều có tổn thương phổi kẽ, đám mờ. Bệnh nhân xuất hiện khó thở nhẹ sau 5 giờ. Các bệnh nhân được chụp phổi sau soi phế quản 2 giờ và có hình ảnh tràn khí màng phổi số lượng ít nên chỉ thở oxy không cần phải mở màng phổi dẫn lưu khí.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ các triệu chứng khó thở, ho máu sau soi phế quản 24 giờ, và đều được chụp phổi thẳng sau sinh thiết từ hai đến năm giờ. Nhưng nghiên cứu của Izbicki G chỉ ra rằng với các bệnh nhân có triệu chứng của TKMP (> 10% tràn khí) thì chụp X-quang sau soi phế quản 2 giờ là thực sự cần thiết, còn các bệnh nhân không có triệu chứng thường là không có TKMP hoặc TKMP mức độ nhẹ ($\leq 10\%$) thì chụp X-quang phổi là không cần thiết^[5].

Tác giả Fenoyl O đã có công trình nghiên cứu STXTPQ không có hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng cho 174 bệnh nhân ngoại trú có tổn thương phổi kẽ và nghi ngờ bệnh Sarcoidosis cho thấy có 6/174 BN (3,4%) BN bị tràn khí màng phổi trong đó chỉ có một bệnh nhân phải đặt dẫn lưu màng phổi, 2/174 (1,15%) BN chảy máu > 30ml. Tác giả đưa ra kết luận: STXTPQ không có hướng dẫn của màn huỳnh quang là an toàn cho bệnh nhân ngoại trú^[7].

Sốt gặp ở 2 bệnh nhân, với nhiệt độ từ 38 - 38,5 °C sau soi phế quản từ 3 đến 5 tiếng và kéo dài 12 - 24 tiếng sau đó tự hết, không có bằng chứng của nhiễm khuẩn và hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều được cấy máu 3 lần âm tính, xét nghiệm công thức máu bạch cầu không tăng. Bệnh nhân được uống Paracetamol khi sốt > 38⁰5, không phải dùng kháng sinh. Nghiên cứu của tác giả Fenoyl O cũng đề cập đến vấn đề sốt, tác giả gặp 3/174 bệnh nhân sốt > 38⁰5, trong đó một bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi, 2 bệnh nhân tự khỏi trong vòng 24 giờ^[1, 7, 14].

Như vậy, tỷ lệ tai biến chảy máu và TKMP trong nghiên cứu của chúng tôi là 14%. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng như nước ngoài trước đây. Tuy nhiên, không có trường hợp tử vong nào xảy ra.

6. Liên quan giữa số mảnh sinh thiết xuyên vách và tai biến khi làm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 5, số bệnh nhân được sinh thiết ≤ 3 mảnh là 20/43 (46,5%). Số bệnh nhân được sinh thiết ≥ 4 là 23/43 bệnh nhân chiếm (53,5%). Nghiên cứu của

tác giả Fenoyl O thực hiện STXTN trên 174 bệnh nhân có số mảnh trung bình 3,5±1 với tỷ lệ tai biến 4,55%. Theo tác giả Zavala DC, mảnh bệnh phẩm to hay nhỏ còn phụ thuộc vào loại kim sinh thiết, trước đây, với kim có kẹp răng nhỏ sẽ lấy được mảnh bệnh phẩm nhỏ, khi đó phải cắt nhiều mảnh, thậm chí 8 mảnh, với loại kim có kẹp răng cá sấu sẽ lấy được mảnh lớn, khi đó chỉ cần lấy 3 - 4 mảnh là đủ cho chẩn đoán^[13]. Nghiên cứu của Izbicki G tiến hành STXTPQ cho 350 BN với số mảnh từ 1-3: 8%, 4-5: 82%, 6-7: 9% có tỷ lệ tai biến TKMP 3,9 %, mặc dù tỷ lệ này thấp nhưng có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa số lượng mảnh sinh thiết với tai biến TKMP với $p = 0,008 < 0,05$ ^[5]. Theo Phạm Thị Hồng Thanh (2011), nghiên cứu 58 bệnh nhân thì tai biến chảy máu có 6 bệnh nhân nam và một bệnh nhân nữ chủ yếu ở độ tuổi > 40 chiếm 87%. Vị trí chảy máu chủ yếu ở thùy trên ^[15].

KẾT LUẬN

1. Kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản chẩn đoán tổn thương phổi lan tỏa.

- Vị trí sinh thiết thường thùy giữa phổi phải có 13/ 43 BN (30,2%), tiếp đến thùy dưới phải và dưới trái có 11/43 BN (25,6%).

- Kết quả thu được là ung thư 10/43 (23,3%), viêm lao 6/43 (13,9%), silicosis 1/43 (2,3%), Sarcaroid 2/43 (4,7%), viêm mạn tính 24/43 (55,8%).

2. Tai biến của kỹ thuật

- Chảy máu có 4/43 BN (9,3%), chủ yếu chảy < 10ml.

- Tràn khí màng phổi 2/43 BN (4,7%).

- Sốt sau sinh thiết 2/43 BN (4,7%).

- Không có trường hợp nào có tai biến nặng hoặc tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. T. Anders, J. E. Johnson, B. A. Bush** et al. (1988). "Transbronchial biopsy without fluoroscopy. A seven-year perspective", *Chest*, **94(3)**, 557-60.

2. **Nguyễn Thị Diệu Hồng** (2008). Nhận xét giá trị của sinh thiết xuyên thành phế quản qua nội soi phế quản ống mềm trong chẩn đoán một số bệnh phổi, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **K. O. Leslie, J. F. Gruden, J. M. Parish** et al. (2007). "Transbronchial biopsy interpretation in the patient with diffuse parenchymal lung disease", *Arch Pathol Lab Med*, **131(3)**, 407 - 23.

4. **L. Hernández Blasco, I. M. Sánchez Hernández, V. Villena Garrido** et al (1991). "Safety of the transbronchial biopsy in outpatients", *Chest*, **99(3)**, 562-5.

5. **G. Izbicki, D. Shitrit, A. Yarmolovsky** et al (2006). "Is routine chest radiography after transbronchial biopsy necessary?: A prospective study of 350 cases", *Chest*, **129(6)**, 1561 - 4.

6. **A. S. Ibrahim, M. H. Allangawi, H. A. Sattar** et al. (2005), "Indications, diagnostic yields and complications of transbronchial biopsy over 5 years in the State of Qatar", *Saudi Med J*, **26(4)**, 641-5.

7. **O. de Fenoyl, F. Capron, B. Lebeau** et al. (1989). "Transbronchial biopsy without fluoroscopy: a five year experience in outpatients", *Thorax*, **44(11)**, 956-9.

8. **E. A. Berbescu, A. L. Katzenstein, J. L. Snow** et al. (2006). "Transbronchial biopsy in usual interstitial pneumonia", *Chest*, **129(5)**, 1126-31.

9. **Tierney McPhee Papadakis** (2001), Chẩn đoán và điều trị y học hiện đại, Vol. 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

10. **Lê Kim Việt** (2006). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, X-quang, hình ảnh nội soi theo nguyên nhân bệnh lý thùy giữa, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y.

11. **Đoàn Phương Lan** (2002). Bước đầu nghiên cứu áp dụng sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT trong chẩn đoán đám mờ ở phổi, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. **D. M. Mitchell, C. J. Emerson, J. V. Collins** et al. (1981). "Transbronchial lung biopsy with the fiberoptic bronchoscope: analysis of results in 433 patients", *Br J Dis Chest*, **75(3)**, 258 - 62.

13. **D. C. Zavala** (1978). "Transbronchial biopsy in diffuse lung disease", *Chest*, **73(5)**, 727-33.

14. **Bùi Thương Thương** (2002). Nghiên cứu giá trị của chọc hút xuyên thành phế quản chẩn đoán ung thư phế quản nguyên phát, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.

15. **Phạm Thị Hồng Thanh** (2011). Nghiên cứu kết quả chẩn đoán nguyên nhân tổn thương ngoại vi phổi bằng kỹ thuật sinh thiết xuyên thành phế quản và rửa phế quản phế nang qua nội soi phế quản ống mềm, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.