

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI HAI BÊN DỊCH THẨM TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

ĐẶNG HÙNG MINH

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tràn dịch màng phổi dịch thẩm do nhiều nguyên nhân gây ra, vì vậy các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rất phức tạp. Dịch thẩm hình thành chủ yếu do tăng áp lực thủy tĩnh hoặc giảm áp lực keo ở máu trong mao mạch của hệ đại tuần hoàn.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi hai bên, dịch thẩm.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 66 bệnh nhân tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thẩm tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm 2013 – 2014. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp: hội chứng ba giảm (97%), khó thở (84,8%), đau ngực (53%), Siêu âm: Tràn dịch màng phổi (TDMP) hai bên là 81,8%. X-quang TDMP hai bên là 83,7%. CLVT TDMP hai bên là 93,9%. Màu sắc dịch thường gặp là màu vàng chanh. Nguyên nhân của TDMP 2 bên dịch thẩm hay gặp là suy thận (39,4%), suy tim (21,3%).

Kết luận: Tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thẩm thường là tràn dịch số lượng nhiều và vừa, màu sắc chủ yếu là vàng chanh, dịch màu hồng cũng có thể gặp, phản ứng Rivalta dương tính chiếm 7,6%. TDMP 2 bên do nhiều nguyên nhân gây ra: suy thận, suy tim, xơ gan, hội chứng thận hư, suy kiệt trong đó không rõ nguyên nhân chiếm 22,7%.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi, dịch thẩm.

SUMMARY

DESCRIBE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF BILATERAL TRANSUDATIVE PLEURAL EFFUSION IN RESPIRATORY CENTER – BACH MAI HOSPITAL

Background: Transudative pleural effusion is caused by many syndromes which have complex clinical features and laboratory tests. A transudative pleural effusion occurs when systemic factors that influence the formation and absorption of pleural fluid are altered. The most common causes of transudative pleural effusions are left ventricular failure and cirrhosis. **Objectives:** Describe clinical features and laboratory tests of bilateral transudate pleural effusion.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional study in 66 patients with bilateral transudate pleural effusion in respiratory center – Bach Mai and signs: dullness to percussion of the lung area,

Chịu trách nhiệm: Đặng Hùng Minh

Email: minh danghung@yahoo.com

Ngày nhận: 21/2/2017

Ngày phản biện: 10/3/2017

Ngày duyệt bài: 22/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017

decreased vibration, and decreased breath sounds (97%); dyspnea (84,8%); chest pain (53%). Bilateral transudate pleural effusion find on CT scanner (93.9%), chest X-ray (83.7%); ultrasound (81.8%). Fluid is mainly clear, straw colored. **Causes:** End-stage kidney disease (39.4%), heart failure (21.3%).

Conclusion: Bilateral transudate pleural effusion usually has large or moderate amount. The common causes are heart failure, end stage kidney diseases, cirrhosis and nephrotic syndrome

Keywords: pleural effusion, transudative fluid.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là sự tích tụ dịch bất thường trong khoang màng phổi. Bình thường mỗi bên khoang màng phổi có khoảng 10 ml dịch. Tràn dịch màng phổi được chia thành tràn dịch màng phổi dịch thẩm và tràn dịch màng phổi dịch tiết. Tràn dịch màng phổi dịch thẩm xuất hiện khi có các yếu tố toàn thân có ảnh hưởng đến sự hình thành và hấp thụ dịch màng phổi (thay đổi áp lực thủy tĩnh và áp lực keo tại hai lá màng phổi) làm cho dịch màng phổi tích tụ. Tràn dịch màng phổi dịch thẩm do nhiều nguyên nhân gây ra nên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cũng rất phức tạp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi hai bên dịch thẩm.*

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Bệnh nhân có mã ICD10 là J90 được chẩn đoán là tràn dịch màng phổi hai bên và điều trị tại Trung tâm hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai trong hai năm 2013 và 2014.

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của TDMP 2 bên.

- Bệnh nhân có dịch màng phổi trên phim X quang, hoặc siêu âm phát hiện có TDMP 2 bên hoặc chụp CT Scan có TDMP 2 bên.

- Bệnh nhân có chọc dò màng phổi thấy có dịch 2 bên.

3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân có mã ICD10 là J90 nhưng chẩn đoán là tràn dịch màng phổi một bên.

- Những bệnh nhân tràn dịch màng phổi có mã ICD10 khác J90.

- Những bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

4. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

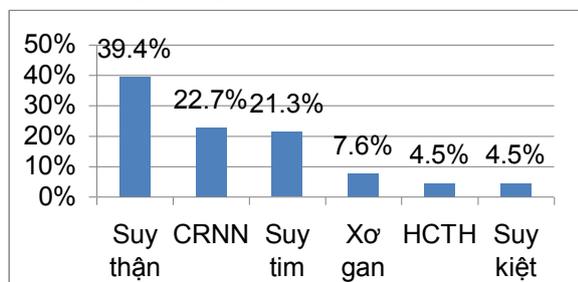
5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê, xác suất thông thường trên phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $60,8 \pm 15,5$ tuổi, lớn nhất là 92 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi. Nhóm tuổi trên 50 chiếm cao nhất 77,3%. Tỷ lệ về giới giữa nam và nữ là 63,6% và 36,4%.

2. Căn nguyên gây TDMP 2 bên dịch thắm



Biểu đồ 1: Nguyên nhân gây TDMP 2 bên dịch thắm (n=66)

NN	Suy thận (n=26)		Suy tim (n=14)		Xơ gan (n=5)		HCTH (n=3)		Suy kiết (n=3)		CRNN (n=15)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cơ năng												
Ho khan	5	19,2	4	28,6	2	40	1	33,3	0	0	7	46,7
Ho đờm	10	38,5	4	28,6	1	20	1	33,3	1	33,3	2	13,3
Đau ngực	14	53,8	10	71,4	2	40	0	0	2	66,7	7	46,7
Khó thở	26	100	13	92,9	5	100	0	0	2	66,7	10	66,7

Nhận xét: triệu chứng đau ngực và khó thở là hai triệu chứng hay gặp nhất. Khó thở chiếm 84,8%, đau ngực chiếm 53%. Ho khan và ho đờm đều chiếm 28,8%.

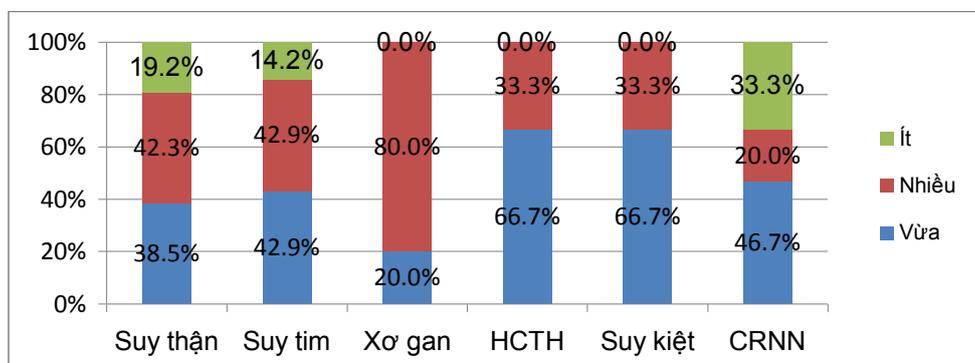
Bảng 2: Triệu chứng thực thể (n=66).

NN	Suy thận (n=26)		Suy tim (n=14)		Xơ gan (n=5)		HCTH (n=3)		Suy kiết (n=3)		CRNN (n=15)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thực thể												
HC 3 giảm	26	100	13	92,9	5	100	2	66,7	3	100	15	100
Rale ẩm, nổ	17	65,4	7	50,0	3	60,0	2	66,7	1	33,3	2	13,3
Rale rít, ngáy	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7

Nhận xét: Hội chứng ba giảm là dấu hiệu thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất (97%). Ngoài ra, rale ẩm, nổ cũng là những triệu chứng thực thể hay gặp chiếm (48,5%).

4. Đặc điểm cận lâm sàng TDMP 2 bên dịch thắm

4.1. Mức độ tràn dịch màng phổi trên siêu âm.



Biểu đồ 2: Mức độ tràn dịch màng phổi trên siêu âm (n=66).

Nhận xét: Trên siêu âm màng phổi chủ yếu là tràn dịch mức độ vừa và nhiều chiếm 81,2%.

4.2. Hình ảnh tổn thương trên X-quang phổi.

Bảng 3: X-quang tràn dịch màng phổi (n=49)

Hình ảnh	Phổi phải (n=49)		Phổi trái (n=49)	
	N	%	n	%
Tràn dịch	46	93,9%	42	85,7
TT tổ chức kẽ	7	14,3	6	12,2
TT nốt mờ	7	14,3	4	8,2
TT đám mờ	2	4,1	1	2,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi trên X-quang khá cao 93,9%. Tổn thương phổi hợp trên X-quang trong nhóm tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thấm thường là tổn thương dạng nốt mờ và tổ chức kẽ.

4.3. Hình ảnh tổn thương trên chụp CLVT ngực

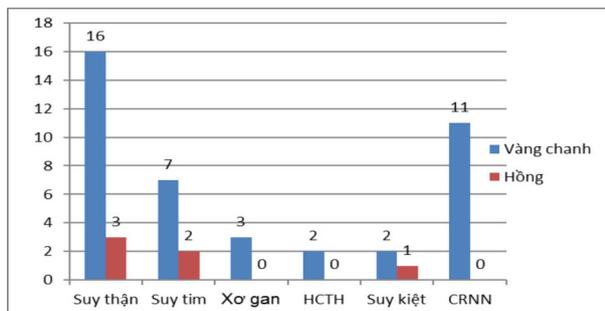
Bảng 4: CLVT ngực (n=45)

Hình ảnh	Phổi phải		Phổi trái	
	N	%	n	%
Tràn dịch	44	97,8	44	97,8
TT tổ chức kẽ	16	35,6	14	31,1
TT nốt mờ	6	13,3	5	11,1
TT đám mờ	5	11,1	5	11,1
Xẹp phổi	8	17,8	13	28,9
Hạch trung thất	8	17,8	8	17,8
TD màng tim	11	24,4	11	24,4

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện TDMP trên cắt lớp vi tính ngực rất cao chiếm 97,8%. Tổn thương hay gặp tại phổi là tổn thương tổ chức kẽ và xẹp phổi phổi hợp. Ngoài ra trên CLVT ngực còn phát hiện được hạch trung thất (17,8%) và tràn dịch màng tim (24,4%) kèm theo.

4.4. Chọc dịch màng phổi

- Màu sắc dịch màng phổi.



Biểu đồ 3: Màu sắc dịch màng phổi (n=47)

Nhận xét: Có 47/66 bệnh nhân trong nhóm TDMP 2 bên dịch thấm được làm xét nghiệm đánh giá màu sắc dịch màng phổi. Trong đó dịch vàng chanh chiếm 85,1%, còn lại là dịch hồng.

- Tế bào học dịch màng phổi: Có 45 trường hợp làm xét nghiệm tế bào học trong nhóm TDMP 2 bên dịch thấm. Trong đó, không có trường hợp nào tìm thấy tế bào K trong dịch màng phổi.

- Sinh hóa dịch màng phổi: Protein trung bình của dịch màng phổi trong nhóm tràn dịch màng phổi hai bên dịch thấm là $21,95 \pm 6,52$. Cao nhất là 29,5g/l,

thấp nhất là 6g/l.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm theo tuổi và giới

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $60,8 \pm 15,5$ tuổi, lớn nhất là 92 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi. Nhóm tuổi trên 50 chiếm cao nhất 77,3%. Kết quả của chúng tôi tương tự như các tác giả: Đặng Hùng Minh gặp nhóm tuổi > 40 là 63,9%. Lý giải cho kết quả này chúng tôi cho rằng nhóm tuổi trên 50 tuổi là nhóm tuổi với nhiều nguy cơ mắc các bệnh lý hay gặp như: tăng huyết áp, suy tim, suy thận, xơ gan... Các bệnh này có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ của tràn dịch màng phổi dịch thấm.

Tỷ lệ về giới giữa nam và nữ là 63,6% và 36,4%. Nguyên nhân là do các đặc thù về giới tính như: hút thuốc lá, uống rượu, tiếp xúc các chất độc hại... gây ra suy giảm chức năng gan, tim, thận, xơ gan....

2. Căn nguyên gây TDMP 2 bên dịch thấm

Trong 66 bệnh nhân TDMP 2 bên dịch thấm, nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là suy thận với 39,4%, tiếp theo là suy tim chiếm tỷ lệ 21,3%, tiếp theo lần lượt là xơ gan, hội chứng thận hư, suy kiệt. Có 22,7% bệnh nhân TDMP 2 bên dịch thấm chưa rõ nguyên nhân.

3. Đặc điểm lâm sàng TDMP 2 bên dịch thấm

3.1. Triệu chứng cơ năng

Chúng tôi đều ghi nhận các triệu chứng hay gặp lần lượt là: khó thở, đau ngực, ho khạc đờm, ho khan. Cụ thể tỷ lệ các triệu chứng khó thở, đau ngực, ho khạc đờm, ho khan lần lượt là: 84,8%, 53%, 28,8%, 28,8%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Hương, Ngô Quý Châu (2007) tỷ lệ gặp các triệu chứng: đau ngực: 81,6%; khó thở: 75,1%; ho khan: 43,8%; ho khạc đờm: 29,7%.

3.2. Triệu chứng thực thể

Trong các triệu chứng thực thể đã được ghi nhận chúng tôi nhận thấy hội chứng ba giảm là triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 97%. Điều này hoàn toàn phù hợp với lâm sàng kinh điển của tràn dịch màng phổi được mô tả đặc trưng bởi hội chứng ba giảm.

4. Cận lâm sàng

4.1. Siêu âm màng phổi

Siêu âm là một phương pháp chẩn đoán TDMP có tỷ lệ chính xác khá cao. Ngoài ra siêu âm còn đánh giá được mức độ tràn dịch màng phổi. Tỷ lệ phát hiện được tràn dịch màng phổi hai bên là 81,8% (54 bệnh nhân). Mức độ tràn dịch trên siêu âm thường gặp mà mức độ vừa và nhiều chiếm 81,2%.

4.2. X-quang ngực thẳng

Chụp X quang có giá trị đánh giá có TDMP hay không, mức độ TDMP, phát hiện tổn thương nhu mô kèm theo và còn theo dõi di chứng màng phổi sau khi hết dịch màng phổi. 49 bệnh nhân có kết quả X-quang phổi trong đó có 41 bệnh nhân (83,7%) bệnh nhân phát hiện được TDMP 2 bên trên X-quang, 6 bệnh nhân (12,2%) chỉ phát hiện được TDMP 1 bên trên X-quang, 2 bệnh nhân (4,1%) không phát hiện được

TDMP trên X-quang. Kết quả trên chứng tỏ X-quang là 1 phương pháp chẩn đoán TDMP có giá trị khá cao. Mức độ tràn dịch trên X-quang tương ứng với nguyên nhân gây tràn dịch là suy thận, suy tim, xơ gan thường gây tràn dịch mức độ vừa và ít.

4.3. CT scan lồng ngực

Trên 45 bệnh nhân TDMP 2 bên dịch thấm có phim chụp CLVT có 43 bệnh nhân (93,9%) phát hiện TDMP 2 bên. 2 bệnh nhân (4,4%) phát hiện TDMP 1 bên. Tổn thương hay gặp kèm theo TDMP là tổn thương tổ chức kẽ và xẹp phổi. Tổn thương phổi hợp phát hiện trong chụp CLVT: 17,8% (8 bệnh nhân) phát hiện có hạch trung thất trên phim CLVT, 24,4% (10 bệnh nhân) phát hiện có tràn dịch màng tim kèm theo. Các tổn thương phổi hợp trong chụp cắt lớp vi tính thường gặp là tràn dịch màng tim. Điều này phù hợp với nguyên nhân của TDMP 2 bên thường là do các bệnh lý của thận, tim gây giảm áp lực keo hoặc tăng áp lực thủy tĩnh gây tràn dịch đa màng.

4.4. Xét nghiệm DMP

Có 47/66 bệnh nhân được làm xét nghiệm đánh giá màu sắc dịch màng phổi. Trong đó dịch vàng chanh chiếm tỷ lệ 85,1%, còn lại là dịch hồng. Protein trung bình của dịch màng phổi trong nhóm tràn dịch màng phổi hai bên dịch thấm là $21,95 \pm 6,52$. Cao nhất là 29,5g/l, thấp nhất là 6g/l. Có 5 trường hợp (7,6%) có phản ứng Rivalta dương tính. Trong số 66 bệnh nhân tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thấm có 32 bệnh nhân

được làm xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi. Trong đó không tìm thấy có tế bào ung thư trong dịch màng phổi.

KẾT LUẬN

Tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thấm thường là tràn dịch số lượng nhiều và vừa, màu sắc chủ yếu là vàng chanh và có cả dịch màu hồng, phản ứng Rivalta dương tính chiếm 7,6%. TDMP 2 bên do nhiều nguyên nhân gây ra: suy thận, suy tim, xơ gan, hội chứng thận hư, suy kiệt trong đó không rõ nguyên nhân chiếm 22,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Valdes L** (1998). *Tuberculous pleurisy effusions. Fishman's pulmonary disease and disorder 3rd*, Mc Graw Hill, Philadelphia, 1. 1429-1428.
2. **Light R.W** (1991). *Management of parapneumonic effusions*, Chest, 100, 892 — 893.
3. **Ngô Quý Châu và cộng sự** (2002). *Mô hình bệnh tật khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai 1996 — 2000*. Kỳ yếu các công trình nghiên cứu khoa học 2002 Bệnh viện Bạch Mai.
4. **Bùi Xuân Tám** (1999). *Chẩn đoán nguyên nhân TDMP thanh tủy và máu. Bệnh học hô hấp*, Nhà xuất bản Y học.
5. **Phan Thu Phương** (2012). *Tràn dịch màng phổi. Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, (1), 95 - 106.

NGHIÊN CỨU PHÂN LOẠI TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ

NGUYỄN THỊ BÌNH¹, NGUYỄN XUÂN HIỀN²

¹Bác sỹ cao học 24 Đại học Y Hà Nội

²Bác sỹ khoa Chẩn đoán hình ảnh BV Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt từ của các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu thống kê tiến cứu từ 11/2015 đến 10/2016 phân loại cho 68 bệnh nhân được chụp cộng hưởng tuyến tiền liệt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt thuộc loại 0: không có, loại 1: 18 ca (26,1%), loại 2: 8 ca (11,76%), loại 3: 22 ca (32,35%), loại 4: 5 ca (7,35%), loại 5: 14 ca (20,59%), loại 6: 1 ca (1,47%), loại 7 không có. **Kết luận:** Cộng hưởng từ với lợi thế là phương pháp khách quan, tương phản mô mềm cao, đánh giá được nhiều mặt phẳng, có thể được sử dụng để phân loại tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Xuân Hiền

Email: ngochienduylocbm@gmail.com

Ngày nhận: 23/2/2017

Ngày phân biện: 09/3/2017

Ngày duyệt bài: 22/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017

Từ khóa: Cộng hưởng từ tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, cộng hưởng từ tuyến tiền liệt

SUMMARY

CLASSIFICATION OF PROSTATIC BENIGN HYPERPLASIA IN MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Objective: Study classifying prostatic benign hyperplasia of patients were performed magnetic resonance imaging at Bach Mai Hospital. **Method:** The prospective statistic study from 11/2015 to 10/2016 to classify for 68 patients were performed prostatic magnetic resonance imaging at the Radiology department of Bach Mai hospital. **Result:** The rate of prostatic benign hyperplasia such as type 0 and 7: none, type 1: 18 cases (26.1%), type 2: 8 cases (11.76%), type 3: 22 cases (32.35%), type 4: 5 cases (7.35%), type 5: 14 cases (20.59%), type 6: 1 case (1.47%). **Conclusion:** Magnetic resonance with the advantage such as an objective method, high soft tissue contrast, evaluating multiple planes, can be used to classify prostatic benign hyperplasia.

Keywords: Prostatic benign hyperplasia, prostatic magnetic resonance imaging.