

nhân bị HTVKCXĐ này có 119 bệnh nhân là nam chiếm 90,8%, 12 bệnh nhân là nữ chiếm 9,2%. Như vậy đa số bệnh nhân bị HTVKCXĐ là nam giới. Kết quả này phù hợp với dịch tễ bệnh HTVKCXĐ (thường gặp ở nam).

Có đến 44,3% số bệnh nhân thường xuyên uống rượu tới hơn 200 ml mỗi ngày và toàn bộ số bệnh nhân liên quan tới uống rượu là nam giới trong độ tuổi lao động. Có 18/131 bệnh nhân (13,7%) sử dụng corticoid dài ngày để điều trị bệnh toàn thân như Lupus ban đỏ, các bệnh về mô liên kết... Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 5 trường hợp HTVKCXĐ do nguyên nhân chấn thương. Như vậy việc lạm dụng rượu bia và sử dụng corticoid dài ngày là 2 nguyên nhân hàng đầu gây ra HTVKCXĐ [3].

50 bệnh nhân với 60 khớp được thay không đến tái khám lại trực tiếp, chúng tôi đánh giá kết quả theo thang điểm Oxford bằng cách phỏng vấn qua điện thoại nhận thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm 98,34%, chỉ có 1 trường hợp có điểm Oxford ở mức độ trung bình là 28 điểm. Tại thời điểm nghiên cứu qua phỏng vấn chúng tôi nhận thấy bệnh nhân đau thường xuyên khớp háng bên phải, mọi sinh hoạt thường ngày bị cản trở do đau và thường xuyên phải sử dụng thuốc giảm đau. Chúng tôi đã khuyến bệnh nhân lên tái khám lại để chụp XQ kiểm tra và đánh giá cụ thể tình trạng khớp háng nhân tạo bên phải cho bệnh nhân.

Đối với bệnh nhân tái khám lại trực tiếp, có 81 bệnh nhân với tổng số 104 khớp háng, điểm Harris trung bình tăng từ 48,3 điểm trước phẫu thuật lên 93,2 điểm sau phẫu thuật. 1 trường hợp duy nhất gãy xương đùi dưới chuỗi khớp do bệnh nhân ngã, bệnh nhân đã được phẫu thuật kết hợp xương đùi ngay sau đó. Không gặp trường hợp nào thay lại khớp háng. Số khớp đạt điểm rất tốt (90 - 100 điểm) có 91/104 khớp chiếm 87,5%. Số lượng khớp đạt điểm tốt chiếm 7,7%. Có 3 khớp đạt điểm trung bình và 2 khớp có kết quả kém chiếm 1,9%. Trường hợp thứ nhất là bệnh nhân bị gãy xương đùi dưới chuỗi do ngã đã nói ở trên. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nữ 51 tuổi được chẩn đoán HTVKCXĐ giai đoạn IV, đã được thay KHTPKXM bên phải tháng 12/2015, tại thời điểm nghiên cứu khớp háng bên phải đau nhiều,

háng gấp < 90°, duỗi hết, không có sự chênh lệch chiều dài giữa 2 chân, bệnh nhân đi lại phải dùng 1 nạng. Bệnh nhân sau khi được thay khớp háng ra viện và đã không quay trở lại tái khám vì thể bệnh nhân không được tư vấn và hỗ trợ phục hồi chức năng sau phẫu thuật. Phục hồi chức năng sau phẫu thuật là yếu tố rất quan trọng để lấy lại chức năng khớp háng [4].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 131 bệnh nhân bị HTVKCXĐ với 164 KHTPKXM trong thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2016 với thời gian theo dõi trung bình là 32,88±6,63 tháng chúng tôi nhận thấy rằng:

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi lao động, tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,73±8,13, và gặp ở nam giới là chủ yếu, tỉ lệ nam/nữ là 10/1. Lạm dụng rượu bia và sử dụng corticoid là 2 nguyên nhân hàng đầu gây bệnh với tỉ lệ lần lượt là 44,3% và 13,7%. Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn III và IV của bệnh.

Điểm Harris trung bình tăng từ 48,3 điểm trước phẫu thuật lên 93,2 điểm sau phẫu thuật. Có biên độ vận động gấp háng đạt từ 90° trở lên chiếm 93,26% và kết quả tốt và rất tốt theo Harris là 95,2% và theo Oxford là 98,33%.

Thay KHTPKXM cho những bệnh nhân bị HTVKCXĐ ở giai đoạn muộn cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moya-Angeler J., Gianakos A.L., Villa J.C. et al (2015). *Current concepts on osteonecrosis of the femoral head*. *World J Orthop*, 6(8), 590-601.
2. Evangelista P.J., Kamath A.F., Aversano F.J. et al (2015). *Ceramic-Ceramic Hip Arthroplasty for Osteonecrosis: Average 5-year Follow-up in Patients Less Than 50 Years of Age*. *Bull Hosp Jt Dis* 2013, 73(1), 42-45.
3. Cui L., Zhuang Q., Lin J. et al (2016). *Multicentric epidemiologic study on six thousand three hundred and ninety five cases of femoral head osteonecrosis in China*. *Int Orthop*, 40(2), 267-276.
4. Kim Y.-H., Choi Y., Kim J.-S. (2010). *Cementless total hip arthroplasty with ceramic-on-ceramic bearing in patients younger than 45 years with femoral-head osteonecrosis*. *Int Orthop*, 34(8), 1123-1127.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN CỦA TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH CÓ CƠ GIẬT TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN BẠCH MAI – NGHIÊN CỨU MÔ TẢ TRONG 2 NĂM TRÊN 50 BỆNH NHÂN

LÊ VĂN THỦY, NGUYỄN VĂN LIỆU
Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Trạng thái động kinh (TTĐK) là một trong những cấp cứu hay gặp nhất trong chuyên ngành thần kinh (4-10 ca/100.000 dân). Nghiên cứu mô tả được tiến hành tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm, nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân của các trường hợp TTĐK có cơ giật.

Chịu trách nhiệm: Lê Văn Thủy
Email: lethuydhy@gmail.com
Ngày nhận: 27/6/2017
Ngày phản biện: 24/7/2017
Ngày duyệt bài: 04/8/2017
Ngày xuất bản: 20/8/2017

Một số kết quả thu được: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,2 \pm 19,6$. TTĐK có co giật hay gặp nhất ở nhóm trong độ tuổi lao động (16-30 tuổi). Con co cứng - co giật là dạng cơn hay gặp nhất (66%). Nguyên nhân hay gặp nhất của TTĐK có co giật là các nguyên nhân gây bệnh cấp tính (đột quỵ, viêm não - màng não, dưới liều thuốc kháng động kinh (KĐK), sau phẫu thuật/chấn thương, hội chứng PRESS).

Từ khóa: Trạng thái động kinh, co giật.

SUMMARY

Epilepsy is one of the most common neurological emergency condition (4-10 cas/100 000 population). Descriptive study conducted at the Bach Mai Neurology Department in 2 years. Aims to describe clinical features, imaging, electroencephalogram and its causes. Some results are obtained: The average age of patients was 45.2 ± 19.6 . The most common age is young patients in working age (16-30). Tonic-clonic are the most common form of seizures (66%). The most important causes of convulsive status epilepticus is acute illness condition (stroke, encephalitis - meningitis, low dose of AED, post-traumatic/operator, PRESS syndrome)

Keywords: Epilepsy, convulsive.

ĐẶT VẤN ĐỀ

TTĐK là một trong những cấp cứu hay gặp nhất thuộc chuyên ngành thần kinh, gánh nặng bệnh tật thể hiện qua chi phí điều trị lớn cũng như tỷ lệ tử vong, tàn tật cao của bệnh. Chính vì vậy việc chẩn đoán, điều trị sớm và cá nhân hoá cũng như chỉ ra ở mức tối đa có thể các nguyên nhân tiềm ẩn và các yếu tố thúc đẩy bệnh là một chiến lược tối ưu. Định nghĩa mới của ILEA ra đời năm 2012 cho phép hướng dẫn điều trị TTĐK ở phút thứ 5 từ khi cơn giật toàn thể xuất hiện. Tại Việt Nam TTĐK chủ yếu được nhắc đến thông qua các nghiên cứu chung về bệnh động kinh, mà chưa có nghiên cứu riêng biệt nào về bệnh lý này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mắc TTĐK có co giật.

Mô tả nguyên nhân của TTĐK có co giật.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mắc TTĐK có co giật tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 12-2015 tới tháng 7-2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân có cơn co giật toàn thể kéo dài từ 5 phút trở lên mà không tự hết, hoặc có hai cơn giật liên tiếp nhau trong thời gian 5 phút mà giữa các cơn ý thức bệnh nhân không phục hồi. Thời gian cần thiết với cơn co giật cục bộ tương ứng là 10 và 60 phút.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp bệnh não do thiếu oxy, bệnh nhân chưa đủ dữ kiện chẩn đoán trạng thái động kinh hoặc các cơn co giật kéo dài nhưng không phải động kinh, bệnh nhân < 16 tuổi.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 50 bệnh nhân, một số kết quả thu được như sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Nội dung	n (n=50)	Tỷ lệ %
Tuổi	Từ 16-29 tuổi	16	32
	Từ 30 đến 49 tuổi	14	28
	Từ 50 đến 69 tuổi	15	30
	Từ trên 70 tuổi	7	14
Giới	Nam	28	56
	Nữ	22	44

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 45,2 (18-88). Nhóm tuổi hay gặp nhất là 16 - 29 (chiếm 32%). Nhóm tuổi ít gặp nhất là > 70 tuổi (14%). Tỷ lệ nam/nữ: 28/22.

Bảng 2: Đặc điểm tiền sử của đối tượng nghiên cứu

	Nội dung	n	%
Tiền sử bệnh động kinh	Không tuân thủ điều trị	6	33,3
	Tuân thủ điều trị	12	66,7
Phẫu thuật / Chấn thương sọ não cũ	Tai biến cũ	8	16
	U não	6	12
	Tăng huyết áp	2	4
	Tăng huyết áp	7	14
	Đái tháo đường	9	18
	Bệnh mạch vành	1	2

Nhận xét: Tiền sử bệnh động kinh chỉ có ở 36% bệnh nhân. 1/3 trong số đó ngừng hoặc không tuân thủ điều trị. 6/50 bệnh nhân có tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật sọ não. Tỷ lệ các bệnh nội khoa phối hợp hay gặp bao gồm tăng huyết áp (14%), đái tháo đường (18%).

Bảng 3: Đặc điểm yếu tố khởi phát của TTĐK có co giật

	Nội dung	n	%
Bệnh lý cấp tính / Tổn thương não cũ	Bỏ điều trị nền	6	12
	Tiền triệu nhiễm trùng	11	22
	Mất ngủ	10	20
	Stress	5	10
	Stress	5	10
Không khai thác được tiền triệu	13	26	

Nhận xét: Các tiền triệu trước khi có trạng thái động kinh hay gặp nhất là dấu hiệu nhiễm trùng (22%), một bệnh lý cấp tính xảy đến trên bệnh nhân đã có tổn thương não cũ (20%). Việc bỏ điều trị ở các bệnh nhân có TS động kinh trước đó gặp ở 12% trường hợp.

Bảng 4: Đặc điểm cơn co giật của đối tượng nghiên cứu

	Nội dung	n	%
Loại cơn	Có cơn trước TTĐK	20	40
	Khởi phát khi nằm viện	17	34
	Cơn co cứng - co giật duy nhất	5	10
	Cơn toàn thể → cơn cục bộ phức tạp	6	12
	Cơn toàn thể → TTĐK kín đáo	4	8
	Cơn cục bộ → toàn thể hóa	18	36
	Cơn cục bộ phức tạp	10	20
	Cơn cục bộ đơn thuần kiểu B-J*	1	2
	Hội chứng Kojennikow	5	10
	Cơn giật cơ	1	2
Cơn giật ưu thế nhất	Toàn thể cơn lớn	33	66
	Cục bộ đơn giản hoặc phức tạp	16	32
	Cơn giật cơ	1	2

(*B-J: Hành trình Bravais-Jackson)

Nhận xét: Các cơn co giật toàn thể dạng cơn lớn chiếm 2/3 số trường hợp, gồm cơn co giật cục bộ toàn thể hoá (36%), cơn lớn tiên phát (30%). Có 20% trường hợp trạng thái động kinh bắt đầu bằng cơn co cứng – co giật nhưng các cơn tiếp theo là các cơn cục bộ phức tạp hoặc chuyển thành TTĐK kín đáo.

Bảng 5: Đặc điểm biến chứng thường gặp của đối tượng nghiên cứu

	n	%
Tiêu cơ vân	7	14
Viêm phổi	20	40
Suy hô hấp, thở máy	17	34
Nhiễm trùng tiết niệu	16	32
Nhiễm trùng máu	5	10
Trụy tim mạch	2	4
Kết hợp nhiều biến chứng	10	20

Nhận xét: Bệnh nhân mắc TTĐK có các biến chứng hay gặp là viêm phổi (40%), suy hô hấp, cần đặt nội khí quản và/hoặc thở máy (34%). Biến chứng tiêu cơ vân cấp, suy thận cấp gặp ở 14% trường hợp. Có 20% bệnh nhân bị phối hợp nhiều biến chứng.

Bảng 6: Đặc điểm liên quan giữa thời gian cắt cơn với biến chứng của TTĐK có co giật

	Không biến chứng	1 biến chứng	Phối hợp nhiều biến chứng
Dưới 1h (n=19)	15 (78,9%)	3 (15,8%)	1 (5,3%)
Từ 1- 24h (n = 13)	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)
Từ 24h-7 ngày (n=11)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)
Từ > 7 ngày (n=7)	0 (0%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (32/50) có thời gian cắt cơn dưới 24h. Gần 80% trường hợp bệnh nhân cắt cơn giật dưới 1h, 30% bệnh nhân cắt cơn giật từ 1-24h không có biến chứng. Các bệnh nhân có thời gian cơn kéo dài > 24h có nguy cơ phối hợp nhiều biến chứng.

Bảng 7: Đặc điểm mức rối loạn ý thức và các chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	n	%	
Mức độ ý thức ở thời điểm nhập viện	Tỉnh	10	20
	Ngủ gà	18	36
	Lú lẫn	7	14
	U ám / Sững sờ	7	14
Rối loạn ý thức trong và/ sau cơn giật	Hôn mê	8	16
		43	86
Suy hô hấp cần đặt nội khí quản	17	34	
Mạch nhanh > 120 CK/ phút	21	42	
Sốt ở thời điểm nhập viện	20	40	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (86%) có rối loạn ý thức trong và/hoặc sau cơn giật. Ở thời điểm nhập viện 90% bệnh nhân có rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau, trong đó có 16 % bệnh nhân hôn mê tại thời điểm nhập viện. 1/3 trường hợp bệnh nhân bị suy hô hấp, cần đặt ống nội khí quản. Các rối loạn khác bao gồm sốt có ở 20% bệnh nhân, Mạch nhanh ở 42% trường hợp.

Căn nguyên gây bệnh cấp tính và/hoặc TTĐK triệu chứng là hay gặp nhất (44%), tiếp theo là

nguyên nhân tổn thương não cũ (32%), bệnh lý tiến triển của não chỉ chiếm 10%, vẫn còn 14% trường hợp bệnh nhân không tìm ra căn nguyên tại thời điểm xuất viện.

Căn nguyên hay gặp nhất gây TTĐK có giật là viêm não (24%) và đa số (11/12) bệnh nhân <65 tuổi. Chảy máu não gặp ở 9 trường hợp, trong đó số lượng bệnh nhân già và trẻ tuổi tương đương nhau (4/5). 3 trong số 4 trường hợp bệnh não do rối loạn chuyển hoá hoặc bệnh lý thoái hoá não là bệnh nhân lớn tuổi. Tất cả các trường hợp TTĐK sau phẫu thuật/chấn thương đều < 65 tuổi.

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ nam cao hơn nữ tương tự với kết quả của tác giả L.Leitinger và Q.Gao [1]. Độ tuổi trung bình là 45,2 thấp hơn trong nghiên cứu của L.Leitinger và Rosetti [1,2]. Tỷ lệ bệnh nhân không có tiền sử bệnh động kinh là lớn hơn bệnh nhân có tiền sử bệnh động kinh (64% so với 34%), tương tự với kết quả theo nghiên cứu EPISTAR của P.Jallon. Tỷ lệ có mức độ rối loạn ý thức nặng, hôn mê (16%) ở thời điểm nhập viện tương tự với nghiên cứu của Rossetti nhưng thấp hơn nghiên cứu của Q.Gao và L.Letinger [1,2]. Tuy vậy, tình trạng rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau trong hoặc sau cơn giật gặp ở tới 86% bệnh nhân, điều này được giải thích bởi dạng cơn giật xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là cơn toàn thể dạng cơn lớn hoặc cơn co giật cục bộ phức tạp. Khi xét về tổng thể, TTĐK cơn lớn là hay gặp nhất, kết quả tương tự với P.Jallon, A.Rossetti và L.Leitinger. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, một bệnh nhân có thể có nhiều loại cơn giật, đặc biệt ở nhóm TTĐK toàn thể cơn lớn có tới 20% trường hợp các cơn giật nối tiếp sau cơn co cứng – co giật là các cơn cục bộ phức tạp hoặc TTĐK kín đáo. Có 74% bệnh nhân khai thác được yếu tố tiền triệu trước khi khởi phát bệnh, trong đó chủ yếu là sốt, dấu hiệu nhiễm trùng, bệnh lý gian phát xuất hiện trên nền bệnh nhân có tổn thương não cũ, bỏ điều trị nền.

Đặc điểm nguyên nhân

Nguyên nhân cấp tính / co giật triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (22%), trong đó hay gặp nhất là viêm não. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu về TTĐK ở các nước đang phát triển kết quả này tương tự với nghiên cứu của Q.Gao; Chen. [3]. Tại đây viêm não vẫn còn là nguyên nhân quan trọng nhất của TTĐK. Có sự khác nhau trong phân bố của nguyên nhân ở 2 nhóm tuổi trên và dưới 65 tuổi, trong đó bệnh lý mạch máu não và nguyên nhân rối loạn chuyển hoá / thoái hoá não hay gặp hơn ở người già. Các nguyên nhân còn lại đều hay gặp hơn ở người trẻ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của L.Rossetti; Q.Gao.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ phân bố của TTĐK có co giật ưu thế ở nhóm trong độ tuổi lao động, nam hay gặp hơn nữ. Dạng cơn hay gặp nhất là cơn co giật toàn thể dạng cơn co cứng – co giật. Có thể có nhiều dạng cơn khác nhau ở cùng một bệnh nhân mắc TTĐK. Phần lớn bệnh

nhân có rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau trong hoặc sau cơn động kinh. Tương ứng với các dạng cơn giạt toàn thể hoặc cục bộ phức tạp. Các nguyên nhân cấp tính, đặc biệt là viêm não vẫn là nguyên nhân quan trọng nhất gây TTĐK. Việc ngừng hoặc không tuân thủ điều trị là nguyên nhân quan trọng nhất gây TTĐK ở các bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh động kinh trước đó. Hầu hết bệnh nhân có thời gian cần thiết để cắt cơn cơn giạt dưới 24h. Khi bệnh nhân có thời gian cắt cơn dưới 1h thường không có biến chứng. Ngược lại, những bệnh nhân có thời gian cắt cơn dài > 24h có nguy cơ cao mắc

nhiều biến chứng phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gao, Q., et al., *Prediction of functional outcome in patients with convulsive status epilepticus: the END-IT score*. Crit Care, 2016. 20: p. 46.
2. Leitinger, M., et al., *Epidemiology-based mortality score in status epilepticus (EMSE)*. Neurocrit Care, 2015. 22(2): p. 273-82.
3. Skinner, H.J., et al., *Adult convulsive status epilepticus in the developing country of Honduras*. Seizure, 2010. 19(6): p. 363-367.

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DỊCH TIẾT QUA SINH THIẾT MÀNG PHỔI KÍN BẰNG KIM COPE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

PHẠM KIM LIÊN - Trường Đại học Y dược Thái Nguyên
NGUYỄN VĂN VĨNH - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Giá trị chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết qua sinh thiết màng phổi kín bằng kim cope tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh".

Mục tiêu: Xác định giá trị kỹ thuật sinh thiết màng phổi bằng kim COPE trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết. Đối tượng: Bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết có chỉ định sinh thiết màng phổi. Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung, số lượng dịch, số lần sinh thiết, số mảnh sinh thiết 1 lần, kết quả giải phẫu bệnh, tai biến. Kết quả: 105 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết có độ tuổi trung bình $63,3 \pm 19,3$, chủ yếu mức độ nhiều (50,5%), Số lần sinh thiết trung bình $1,32 \pm 0,56$; số mảnh sinh thiết trung bình cho một lần sinh thiết là $2,96 \pm 0,18$; 100% số lần sinh thiết lấy được mảnh sinh thiết đạt yêu cầu làm giải phẫu bệnh, 22,9% phải sinh thiết lần 2 và 4,8% phải chọc lần 3 do chưa thấy phù hợp chẩn đoán, kết quả cuối cùng xác định được 26 bệnh nhân ung thư (24,7%), 71 bệnh nhân lao màng phổi (67,6%). Ngay lần sinh thiết đầu tiên đạt giá trị chẩn đoán nguyên nhân do ung thư có độ nhạy 71, 1%, đặc hiệu 100%. Hiệu quả chẩn đoán lao có độ nhạy 74,6%, độ đặc hiệu 100%. Có 9,9% số lần sinh thiết có tai biến, trong đó tràn khí mức độ ít 9,1%, choáng 0,8%. Kết luận: Sinh thiết màng phổi kín bằng kim COPE tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh an toàn không để lại tai biến nguy hiểm, giúp chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao ngay từ lần chọc đầu tiên.

Từ khóa: Sinh thiết, tràn dịch màng phổi.

Chịu trách nhiệm: Phạm Kim Liên

Email: lientnvn@gmail.com

Ngày nhận: 16/6/2017

Ngày phản biện: 05/7/2017

Ngày duyệt bài: 21/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

SUMMARY

ETIOLOGICAL DIAGNOSTIC VALUE OF CLOSED PLEURAL BIOPSY USING COPE NEEDLE IN EXUDATIVE PLEURAL EFFUSIONS AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the value of closed pleural biopsy technique using COPE needle for etiological diagnosis in exudative pleural effusions. Subjects: Patients with exudative pleural effusions indicated pleural biopsy. Method: Cross-sectional description. General characteristics, volume of fluids, number of biopsies, number of biopsy pieces per 1 time of biopsy, results of histology, complications. Results: 105 patients of exudative pleural effusions with average age of 63.3 ± 19.3 , significant pleural effusion (50.5%), average times of biopsy of 1.32 ± 0.56 ; The mean number of biopsy pieces per 1 biopsy was 2.96 ± 0.18 ; 100% of the biopsy specimens received meet requirement of histology, 22.9% need the second time of biopsy, and 4.8% need the third time of biopsy because of inappropriate diagnosis. 26 patients with cancer (24.7%), 71 patients with pleural tuberculosis (67.6%). The value at the first biopsy is 71.1% sensitivity and 100% specificity for cancer. The sensitivity is 74.6% and the specificity is 100% for tuberculosis. The complication rate is 9.9% including mild pneumothorax 9.1% and hypotension 0.8%. Conclusions: The closed pleural biopsy by COPE needle at Bac Ninh General Hospital is safe for diagnosing the causes of exudative pleural effusions with high sensitivity and specificity at the first time of biopsy.

Keywords: Biopsy, pleural.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi dịch tiết được xem như tình trạng bệnh lý thực thể tại phổi và màng phổi, tuy nhiên việc xác định nguyên nhân còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt quá trình lấy bệnh phẩm có ý nghĩa quyết định cho kết quả chẩn đoán. Chúng tôi thực