

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

===== ∞📖=====

NGUYỄN THANH HỒI

**NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN U TRUNG THẤT
BẰNG SINH THIẾT CẮT XUYÊN THÀNH NGỰC
DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH**

Chuyên ngành: Nội Hô hấp

Mã số : 62.72.20.05

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2010

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU

Phản biện 1: PGS.TS. Hoàng Long Phát

Phản biện 2: GS.TS. Hoàng Đức Kiệt

Phản biện 3: PGS.TS. Trần Hoàng Thành

**Luận án được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Trường
Họp tại: Trường Đại học Y Hà Nội
Vào hồi 14 giờ, ngày 16 tháng 12 năm 2010**

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc Gia
- Thư viện Trường Đại học Y Hà Nội
- Thư viện Thông tin Y học Trung Ương
- Thư viện Bệnh viện Bạch Mai

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI

1. **Nguyễn Thanh Hồi, Ngô Quý Châu (2009).** "Áp dụng phân loại u trung thất theo bảng phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2004". *Tạp chí Y học lâm sàng*, Bệnh viện Bạch Mai, 44, tr: 44-49.
2. **Nguyễn Thanh Hồi, Ngô Quý Châu (2009).** "Nhận xét vai trò của kỹ thuật sinh thiết xuyên thành ngực dưới cắt lớp vi tính trong chẩn đoán nguyên nhân u trung thất". *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế. 601. Tr: 107-114.
3. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Thanh Hồi (2009).** "Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh u trung thất". *Tạp chí Y học lâm sàng*, Bệnh viện Bạch Mai. 45, tr: tr: 6-11.
4. **Nguyễn Vượng, Nguyễn Thanh Hồi, Ngô Quý Châu (2009).** "Phân loại u trung thất theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2004". *Tạp chí Y học lâm sàng*, Bệnh viện Bạch Mai. 45, tr: 23-26.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung thất là vùng nằm giữa lồng ngực, được giới hạn bởi các túi màng phổi (MP) ở xung quanh, trên lâm sàng, trung thất được chia thành ba khu vực: trung thất trước, trung thất giữa và trung thất sau.

Để chẩn đoán xác định hội chứng (HC) trung thất, bên cạnh việc thăm khám lâm sàng, cần dựa vào các thăm dò chẩn đoán hình ảnh. Để chẩn đoán nguyên nhân u trung thất cần thực hiện các kỹ thuật xâm nhập trung thất như: phẫu thuật mở trung thất, nội soi trung thất hoặc nội soi lồng ngực, sinh thiết u trung thất xuyên thành ngực, sinh thiết u trung thất xuyên thành phế quản hoặc thực quản dưới hướng dẫn của siêu âm qua nội soi.

Kỹ thuật sinh thiết cắt xuyên thành ngực (STCXTN) bằng kim đã được thực hiện từ cuối thế kỷ XIX, thời gian đầu dùng để sinh thiết các đám mờ ở phổi dưới hướng dẫn của chụp hoặc chiếu x quang tim phổi.

Ở Việt Nam, kỹ thuật chọc hút xuyên thành ngực được Bùi Xuân Tám và cộng sự thực hiện trong những năm đầu thập kỷ 80 thế kỷ XX. Sau đó, Đoàn Thị Phương Lan (2002) tiến hành STCXTN trên 42 BN nhận thấy hiệu quả chẩn đoán của kỹ thuật đạt 69%. Tuy nhiên, chưa có tác giả nào đề cập tới vai trò của STCXTN dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán u trung thất, do vậy tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và x quang của u trung thất

2. Xác định giá trị chẩn đoán và tai biến của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các u trung thất.

Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI

1. Đây là công trình đầu tiên ở nước ta nghiên cứu sâu và có hệ thống về vai trò của kỹ thuật STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT trong chẩn đoán u trung thất.
2. Phân phương pháp nghiên cứu đã mô tả rất chi tiết phương pháp thực hiện kỹ thuật STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT.
3. Khi thực hiện kỹ thuật STCXTN, nghiên cứu sinh đã đưa ra những điểm cải tiến giúp chọc kim sinh thiết được chính xác theo góc và chiều sâu đã xác định nhờ máy chụp CLVT, những điểm cải tiến này rất phù hợp với điều kiện của nước ta hiện nay.
4. Kết quả nghiên cứu cho thấy STCXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT tiếp cận chính xác tổn thương ở cả 100% số lần chọc kim, lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán tế bào học đạt 100%, chẩn đoán mô bệnh học đạt 94,1%.
5. Nghiên cứu cho thấy có thể chọn được hướng kim sinh thiết tránh hoàn toàn các cấu trúc trung thất nguy hiểm ở 49,5% và tránh hoàn toàn nhu mô phổi ở 61,7%.
6. Nghiên cứu đã đưa được ra phân bố các u trung thất gặp ở khoa nội hô hấp bao gồm: u tuyến ức: 22,4%, ung thư biểu mô tuyến ức: 21,4%, ung thư phổi di căn trung thất: 21,4%, các u trung thất khác (lao, bệnh sarcoid, bướu giáp): 13,1% và kén trung thất: 6,5%.

Cấu trúc của luận án: luận án gồm 118 trang, ngoài phần đặt vấn đề và kiến nghị, kết luận, luận án cấu trúc 4 chương: tổng quan: 40 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 12 trang, kết quả nghiên cứu: 33 trang, bàn luận: 28 trang. Kèm theo có 36 bảng, 1 sơ đồ nghiên cứu, 10 biểu đồ, và 40 ảnh minh họa. Phần phụ lục có 23 tài liệu tham khảo tiếng Việt và

112 tài liệu tham khảo tiếng Anh, mẫu bệnh án và danh sách 107 bệnh nhân nghiên cứu.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu

Trong đó:
$$n = 1.96^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

p: hiệu quả chẩn đoán của kỹ thuật.

d: mức sai số chấp nhận.

Chọn: $p = 0,7$.

$d = 0,1$

Khi đó cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 81 bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất vào điều trị tại khoa Hô Hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 04 năm 2007 đến tháng 2 - 2009.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Những bệnh nhân điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai

- + Có u trung thất thấy trên phim chụp CLVT.
- + Tuổi ≥ 16 .
- + Không có chống chỉ định với kỹ thuật sinh thiết.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có u trung thất, nhưng kèm thêm một trong các biểu hiện sau

- Bệnh nhân có biểu hiện cường giáp, cường cận giáp.
- Rối loạn đông máu, cầm máu, hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nghi tổn thương u mạch.
- Ho quá nhiều không cầm được.

- Suy tim, suy hô hấp nặng.
- Có bệnh phổi tắc nghẽn rất nặng ($FEV1 < 30\%$).
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không hợp tác (chống chỉ định tương đối).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên các bệnh nhân có u trung thất điều trị tại khoa Hô Hấp Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 04 năm 2007 đến tháng 02 năm 2009.

2.2.1. Các nội dung nghiên cứu

- Nhân khẩu học: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ.
- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Các biểu hiện toàn thân: sốt, gầy sút cân, nhược cơ, ...
 - + Các hội chứng do chèn ép, xâm lấn các cấu trúc trung thất: chèn ép tĩnh mạch chủ trên, dây thần kinh...
- Triệu chứng x quang, chụp CLVT: vị trí, kích thước u, đặc điểm u.
- Hướng chọc kim, chiều sâu của kim chọc.
- Kết quả tế bào học, mô bệnh học của các bệnh phẩm lấy qua: STCXTN, nội soi phế quản, chọc hạch....
- Tai biến gặp trong quá trình sinh thiết và cách xử trí.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Hỏi bệnh sử, tiền sử bệnh, các yếu tố nguy cơ gây ung thư.
- Khám lâm sàng, ghi nhận chi tiết các triệu chứng: toàn thân, cơ năng, chèn ép các cấu trúc trung thất...
- Chụp x quang phổi, chụp cắt lớp vi tính ngực có tiêm thuốc cản quang: xác định chắc chắn chẩn đoán u trung thất, dự kiến đường chọc kim sinh thiết.
- Nội soi phế quản ống mềm

- Sinh thiết cắt u trung thất xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT.
- Xếp loại mô bệnh học theo bảng phân loại mô bệnh học u trung thất của WHO 2004.

2.2.3. Quy trình sinh thiết cắt u trung thất xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính

2.2.3.1. Chuẩn bị thuốc và dụng cụ

- Một bộ kim đồng trục Tru- cut cỡ 18 - 20G gồm: 1 kim dẫn đường dài 11cm, có ốc định vị và 1 kim cắt cỡ 18 - 20G; dài 15cm.
- Thước đo góc có gắn niveau tự tạo. Lá kim tiêm để xác định vị trí điểm vào sinh thiết ở trên da.
- Máy chụp cắt lớp vi tính. thuốc gây tê, dung dịch cố định bệnh phẩm...

2.2.3.2. Chọn hướng kim sinh thiết

Các đường chọc kim sinh thiết sử dụng bao gồm

- Đường cạnh ức: u trung thất trước, giữa
- Đường xuyên xương ức: u trung thất trước
- Đường đi sát dưới xương ức: u trung thất trước
- Đường cạnh cột sống: u trung thất sau
- Đường chọc từ nách vào: u trung thất trước hoặc giữa

Các đường chọc kim được lựa chọn tuân thủ các nguyên tắc:

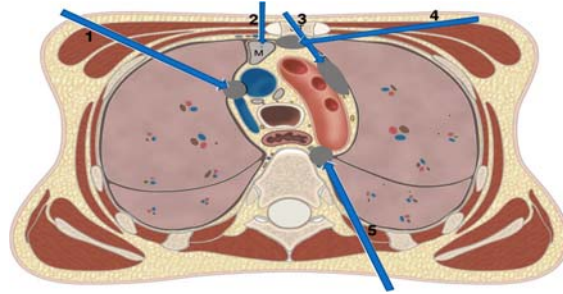
- Tránh được các thành phần trung thất càng nhiều càng tốt (*khi chọc kim dẫn đường và khi sinh thiết*).
- Tránh chọc qua nhu mô phổi càng nhiều càng tốt.
- Gần tổn thương nhất.

2.2.3.3. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích kỹ về mục đích của thủ thuật để bệnh nhân yên tâm và phối hợp tốt.
- Tiêm trước 2 ống atropin 0,25mg dưới da trước khi tiến hành 15 phút.

2.2.3.4. Xác định vị trí chọc kim

- Bệnh nhân được đưa lên bàn chụp CLVT bộc lộ toàn bộ phần ngực.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, sấp hoặc nghiêng tùy theo vị trí của tổn thương.
- Dựa trên phim chụp CLVT ban đầu xác định lại tổn thương về vị trí, kích thước, tính chất.
- Chụp 1 phim scanogram. Trên máy chụp đưa đường đánh dấu lớp cắt về vị trí tổn thương, bật đèn hướng dẫn và dán lá kim lên đường kẻ này.
- Chụp cắt lớp khu vực đã dán lá kim.
- Chọn lớp cắt để sinh thiết, từ đó xác định hướng kim sinh thiết, đo chiều sâu và xác định góc chọc.



Hình 2.1: các hướng chọc kim sinh thiết: (1): đường chọc từ nách vào, (2): đường cạnh ức, (3): đường xuyên xương ức, (4): đường chọc sát dưới xương ức, (5): đường cạnh cột sống

2.2.3.5. Chọc kim dẫn đường vào vị trí tổn thương

- Trong suốt quá trình tiến hành từ khi chụp xác định vị trí đến khi sinh thiết xong, bệnh nhân phải nằm bất động hoàn toàn.
- Gây tê từ da đến lá thành MP bằng xylocain 2% x 5ml với bơm và kim tiêm riêng.
- Dùng lưỡi dao mổ rạch một vết nhỏ qua da ở vị trí chọc kim dẫn đường.
- Chọc kim dẫn đường qua da ở vị trí đánh dấu, kim đi sát bờ trên xương sườn, theo hướng tạo với mặt phẳng nằm ngang theo góc đã đo ở trên.

2.2.3.6. Tiến hành sinh thiết

- Kiểm tra lại trên phim chụp xem đầu kim đã vào đúng đến vị trí tổn thương chưa. Nếu chưa đúng thì chỉnh lại kim.
- Tiến hành sinh thiết khi đã thấy chắc chắn đầu kim sinh thiết ở đúng tổn thương.

- Khi đã lấy đủ số mảnh bệnh phẩm cần thiết (4 - 6 mảnh), lắp một bơm tiêm 20ml vào đầu của kim dẫn đường để hút bệnh phẩm. Dặn bệnh nhân nín thở rồi rút nhanh kim dẫn đường vẫn gắn với bơm tiêm 20ml ra khỏi thành ngực.
- Người phụ sát trùng rồi băng ép vị trí vừa chọc.

2.2.3.7. Theo dõi sau thủ thuật

- Sau thủ thuật bệnh nhân được chụp lại vài lớp CLVT ngực (5-8 lớp) và chụp x quang phổi sau sinh thiết 24 giờ để kiểm tra tai biến (TKMP, chảy máu).
- Xử trí các tai biến nếu có.

2.3. Xử lý số liệu

- Phần mềm SpSS 15.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành do đã được:

- Hội đồng khoa học chấm đề cương nghiên cứu sinh thông qua. Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Bạch Mai cho phép tiến hành.
- Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia.
- Những thông tin về bệnh nhân hoàn toàn được bảo mật và chỉ phục vụ duy nhất cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị bệnh nhân và nghiên cứu khoa học.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Những thông tin chung: Tổng số bệnh nhân: 107: Nam: 78; nữ: 29.

Tỷ lệ nam/nữ = 78/29 = 2,69/1.

Bảng 3.1. Tuổi trung bình theo nhóm u trung thất (n=107)

<i>Nhóm u trung thất</i>	<i>n</i>	<i>Trung bình</i>	<i>SD</i>
U tuyến ức (Thymoma)	24	49,5	14,4
Ung thư biểu mô tuyến ức	23	49,6	13,2
U tế bào mầm	3	32,3	13,3
U lympho ác tính	8	32,8	16,2

U trung biểu mô tuyến ức và TT	5	44,6	18,7
Kén trung thất	7	61,1	16,2
Các u trung thất khác	14	38,4	14,8
Ung thư phổi di căn trung thất	23	54,3	9,9

Nhận xét: gặp các bệnh nhân u trung thất ở tất cả các lứa tuổi, trong đó có thể gặp những bệnh nhân tuổi rất trẻ ở nhóm u tuyến ức và u quái. Tuổi trung bình chung cho toàn nghiên cứu là: $47,7 \pm 15,4$ tuổi.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng và x quang của u trung thất

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân

<i>Triệu chứng</i>	<i>n</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Triệu chứng cơ năng		
Đau ngực	62	57,9
Ho	52	48,6
Khó thở	21	19,6
Nói khàn	20	18,7
Nuốt nghẹn	17	15,9
Triệu chứng toàn thân		
Sốt	19	17,8
Gầy sút cân	21	19,6
Hạch ngoại biên	18	16,8
Đau xương khớp	11	10,3
Nhược cơ	6	5,6

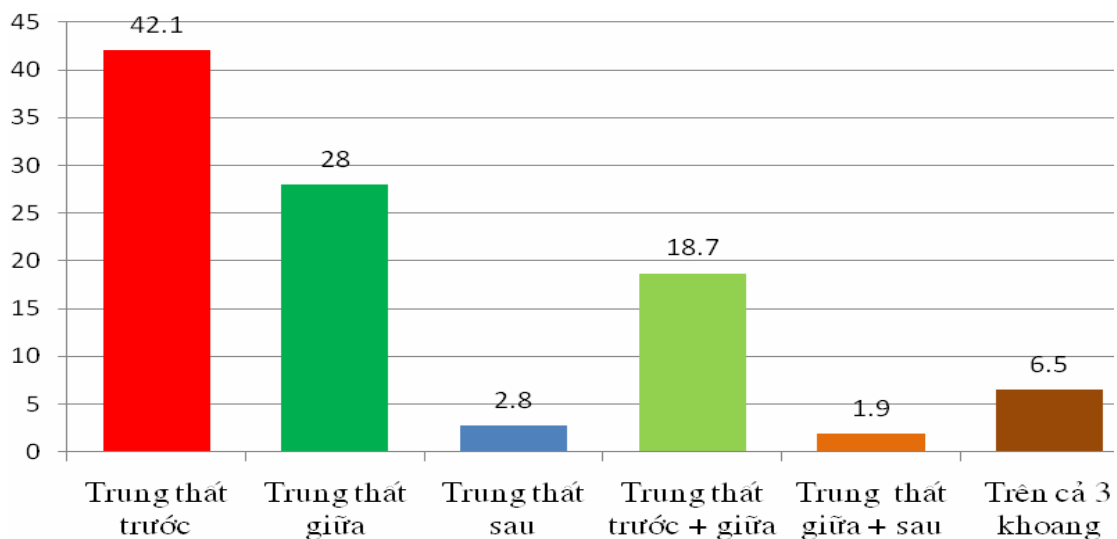
Nhận xét: các triệu chứng gặp chủ yếu bao gồm: đau ngực: 57,9%, ho: 48,6%, khó thở: 19,6%, nói khàn: 18,7%. Nhược cơ chỉ ghi nhận được ở 6 bệnh nhân (5,6%).

Bảng 3.3. Các triệu chứng thực thể

<i>Triệu chứng</i>	<i>n</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Triệu chứng thực thể		
Hội chứng chèn ép TMCT	21	19,6
Hội chứng ba giảm	8	7,5
Xẹp lồng ngực một bên	3	2,8
Hội chứng Pancoast Tobias	2	1,9
Các triệu chứng và hội chứng cận ung thư		
Hội chứng Pierre Marie	2	1,8
Viêm da cơ	2	1,8
Không triệu chứng	7	6,5

Nhận xét: Hội chứng chèn ép TMCT là biểu hiện thực thể thường gặp nhất khi khám lâm sàng: 19,6%. 6,5% các bệnh nhân u trung thất không hề có triệu chứng.

3.2.2. Đặc điểm tổn thương trên X quang

Biểu đồ 3.1. Vị trí các u trung thất theo phân loại định khu lâm sàng

Nhận xét: Các u trung thất nằm chủ yếu ở trung thất trước (42,1%) và trung thất giữa (28,0%). 29/107 (27,1%) các bệnh nhân có tổn thương lan tỏa trên hai hoặc cả ba khoang trung thất

Bảng 3.4. Tỷ lệ u trung thất theo phân loại định khu lâm sàng

<i>Nhóm u trung thất</i>	<i>Phân loại định khu lâm sàng</i>						<i>Tổng số BN</i>
	<i>Trước</i>	<i>Giữa</i>	<i>Sau</i>	<i>Trước + giữa</i>	<i>Giữa + sau</i>	<i>Cả 3 khoang</i>	
U tuyến ức	20	2	0	1	1	0	24
K biểu mô tuyến ức	9	5	0	8	0	1	23
U TB mầm	2	0	0	1	0	0	3
U lympho	5	1	0	1	0	1	8
U trung mô	0	3	1	0	0	1	5
K phổi di căn	2	11	1	7	1	1	23
Kén	4	1	1	1	0	0	7
<i>Lao hạch TT</i>	2	5	0	0	0	2	9
<i>Bệnh saccoit</i>	1	1	0	1	0	1	4
<i>Bướu giáp</i>	0	1	0	0	0	0	1
Tổng	45	30	3	20	2	7	107

Nhận xét: hầu hết các u tuyến ức đều nằm ở trung thất trước: 29/47 bệnh nhân (61,7%), hoặc nằm ở cả trung thất trước và trung thất giữa: 9/47 bệnh nhân (19,1%). Các tổn thương ung thư phổi di căn trung thất gặp ở các 3 khoang trung thất, tuy nhiên gặp tỷ lệ cao ở trung thất giữa: 11/23 bệnh nhân (47,8%) hoặc xuất hiện ở cả trung thất trước và trung thất giữa: 7/23 bệnh nhân (30,4%).

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT

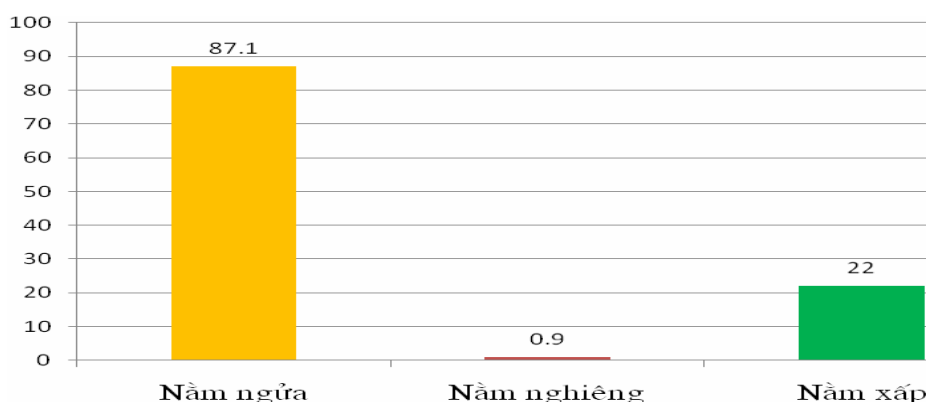
Đặc điểm	Tần xuất (n=107)	Tỷ lệ %
Bờ tròn	62	57,9
Bờ nhẵn	75	70,1
Bờ không nhẵn	33	30,8
Dạng múi	26	24,3
Chèn ép mạch máu	42	39,3
Khối ôm quanh mạch máu	20	18,7
Chèn ép khí quản	33	30,8
Chèn ép phế quản	19	17,8
Chèn ép thực quản	4	3,7
Nốt tổn thương nhu mô phổi	21	19,6
Tràn dịch MP	13	12,1

Nhận xét: hầu hết các u trung thất đều có bờ tròn (57,9%), nhẵn (70,1%).

Các dấu hiệu chèn ép, ôm quanh mạch máu có tỷ lệ cao hơn so với các dấu hiệu chèn ép khí, phế quản.

3.3. Giá trị chẩn đoán và tai biến của STCXTN dưới CLVT

3.3.1. Tư thế bệnh nhân và hướng chọc kim sinh thiết

Biểu đồ 3.2. Tư thế bệnh nhân khi STCXTN

Nhận xét: hầu hết các bệnh nhân đều được đặt nằm ngửa hoặc nằm xấp khi sinh thiết (99,1%).

Bảng 3.6. Các hướng chọc kim sử dụng trong nghiên cứu

<i>Hướng chọc kim*</i>	<i>Tần xuất</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Đường cạnh ức	68	63,6
Xuyên qua xương ức	4	3,7
Kim đi sát dưới xương ức	2	1,8
Xuyên kim qua sụn sườn	5	4,7
Kim chọc từ phía nách vào	6	5,6
Đường cạnh cột sống	22	20,6
Tổng số	107	100

* chỉ lấy hướng chọc kim ở những trường hợp cho kết quả MBH dương tính hoặc lần chọc kim cuối cùng.

Nhận xét: Hướng chọc kim sinh thiết thường gặp nhất là đường cạnh ức và đường cạnh cột sống: 84,2%.

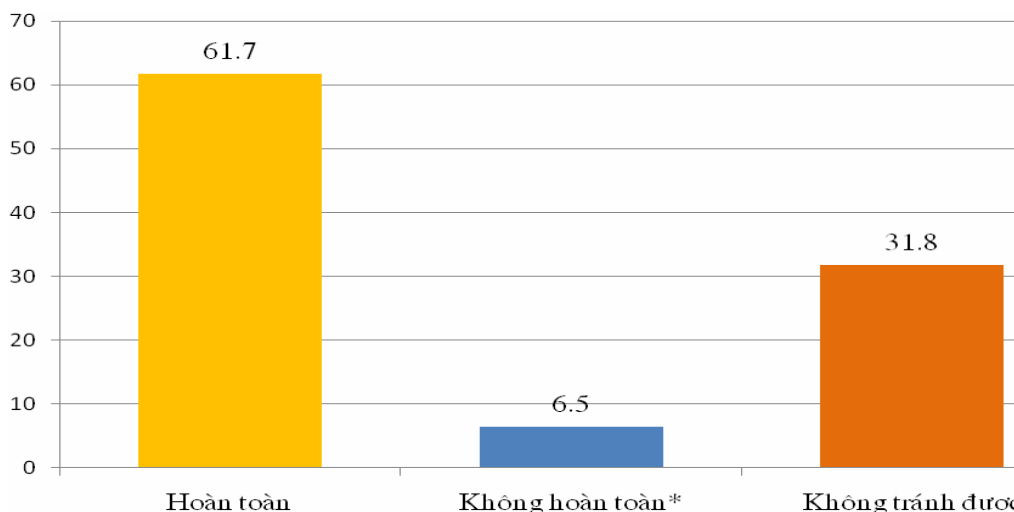
3.3.2. Liên quan của kim sinh thiết với các cấu trúc trung thất và phổi

Bảng 3.7. Liên quan của kim chọc sinh thiết với các cấu trúc trung thất

<i>Kim lách qua cấu trúc trung thất</i>	<i>Tần xuất</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Đi sát mạch máu	31	29,0
Lách giữa các mạch máu	4	3,7
Lách qua khí phế quản	5	4,7
Lách giữa các nhánh phế quản	5	4,7
Lách giữa phế quản - mạch máu	7	6,5
Kim tựa sát vào tim	2	1,9
Kim hoàn toàn không lách qua cấu trúc TT	53	49,5
Tổng số	107	100

Nhận xét: kim tiếp cận trung thất phải lách qua mạch máu chiếm tỷ lệ cao nhất: lách qua mạch máu: 29,0%. Có tới 49,5% các trường hợp khi sinh thiết có thể chọn được hướng đi của kim tránh hoàn toàn các cấu trúc trung thất.

Biểu đồ 3.3. Vị trí kim chọc sinh thiết đối chiếu với nhu mô phổi

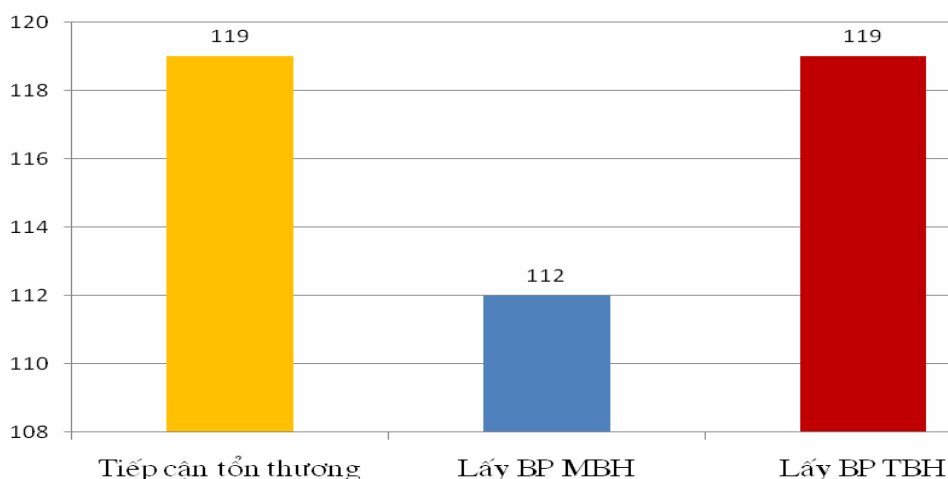


* Kim không đi qua nhu mô phổi, nhưng có nguy cơ cắt vào phổi khi cắt bệnh phẩm.

Nhận xét: phần lớn những trường hợp u trung thất đều có thể chọn được hướng kim sinh thiết mà kim không chọc qua nhu mô phổi (61,7%).

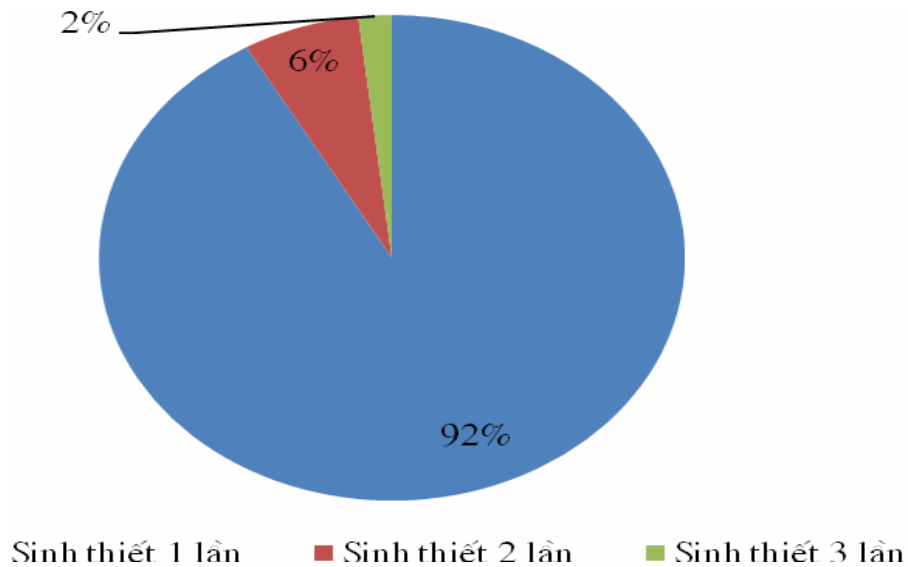
3.3.3. Hiệu quả của kỹ thuật sinh thiết

Biểu đồ 3.4. Hiệu quả của kỹ thuật



Nhận xét: trong số 107 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, sinh thiết tiến hành ở 119 lần, trong đó 100% số lần sinh thiết kim đều tiếp cận chính xác vị trí u cần sinh thiết, 112/119 (94,1%) lần sinh thiết lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán mô bệnh học (MBH), cả 119 (100%) lần sinh thiết đều lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán tế bào học (TBH).

Biểu đồ 3.5. Số lần sinh thiết xuyên thành ngực



Nhận xét: Tiến hành STCXTN 119 lần cho 107 bệnh nhân, số lần sinh thiết trung bình: $1,1 \pm 0,36$. Hầu hết các bệnh nhân chỉ cần STCXTN một lần (92%) là đã có kết quả MBH chắc chắn cho chẩn đoán.

3.3.4. Kết quả mô bệnh học của STCXTN và tai biến của kỹ thuật

Bảng 3.8. Kết quả mô bệnh học của sinh thiết cắt xuyên thành ngực

<i>Týp mô bệnh học</i>	<i>n</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
U tuyến ức	24	22,4
Ung thư biểu mô tuyến ức	22	20,6
Các u tế bào mầm	3	2,8
U lympho trung thất	7	6,5
U trung mô tuyến ức và TT	5	4,7
Kén trung thất	7	6,5
K phổi di căn trung thất	23	21,5
Lao hạch trung thất	7	6,5
Bệnh saccoit	3	2,8
Bướu giáp lạc chỗ	1	0,9
Viêm mạn tính	5	4,7
Tổng	107	100

Nhận xét: Trong số 107 bệnh nhân được tiến hành STCXTN, chẩn đoán xác định được ở 102 bệnh nhân, các týp MBH u trung thất thường gặp (theo phân loại của WHO-2004) bao gồm: u tuyến ức: 22,4%; ung thư biểu mô tuyến ức: 20,6%; ung thư phổi di căn trung thất: 21,5%.

Bảng 3.9. Tai biến của kỹ thuật sinh thiết xuyên thành ngực

(n = 119 lần sinh thiết)

<i>Tai biến</i>	<i>n</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Tràn khí MP	7	6,5
Chảy máu nhu mô phổi*	3	2,8
Ho ra máu	0	0,0
Chảy máu sau rạch ra	5	4,7
Tử vong	0	0,0

* Các bệnh nhân không có ho máu, chỉ thấy hình ảnh kính mờ trên phim CLVT chụp lại ngay sau STCXTN gợi ý chảy máu phổi

Nhận xét: trong tổng số 119 lần sinh thiết u trung thất xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT có 15 lần xuất hiện tai biến (14,0%), các tai biến gặp bao gồm: tràn khí MP: 6,5%, chảy máu nhu mô phổi: 2,8%, chảy máu sau rạch da: 4,7%.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và x quang u trung thất

Các triệu chứng cơ năng

Trong nghiên cứu nhận thấy, các triệu chứng gặp phổ biến là: đau ngực: 57,9%, ho: 48,6%, khó thở: 19,6%, nói khàn: 18,7%. Kết quả nghiên cứu của tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả: theo Đoàn Quốc Hưng (2004), các triệu chứng cơ năng thường gặp của u trung thất bao gồm: đau ngực: 40,9%, khó thở: 18,1%, nói khàn: 13,6%, khó nuốt: 77,2%. Theo Nguyễn Ngọc Thắng (1991), đau ngực: 62,2%, khó thở: 17,8%. Sự khác biệt chút ít theo nghiên cứu sinh là do đối tượng nghiên cứu của cả hai tác giả đều là những bệnh nhân u trung thất có chỉ định phẫu thuật trong khi đó, đối tượng trong nghiên cứu của tôi gặp phong phú hơn, trong đó có 21,5% các bệnh nhân ung thư phổi di căn trung thất, 7,5% các bệnh nhân u lympho trung thất và 13,1% các bệnh nhân u lao hoặc bệnh saccit hạch trung thất. Theo Mu J.W và cộng sự (2008): các triệu chứng đau ngực, ho, khó thở và đau vai là những biểu hiện gặp nhiều nhất.

Nhược cơ trong u tuyến ức

Nhược cơ từ lâu được xem là biểu hiện lâm sàng chính của u tuyến ức. Trong nghiên cứu gặp 6/107 (5,6%) bệnh nhân có biểu hiện nhược cơ, trong đó cả 6 bệnh nhân này đều có chẩn đoán u tuyến ức lành tính. Theo Mai Văn Viện (2008) nghiên cứu trên 233 bệnh nhân nhược cơ được phẫu

thuật cắt bỏ u tuyến ức tại Bệnh viện 103, Học viện Quân Y nhận thấy, hầu hết các bệnh nhân nhược cơ là u tuyến ức lành tính, chỉ có 8,4% các bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là u tuyến ức ác tính.

Theo Mori T (2007) khi tiến hành phẫu thuật cho 196 bệnh nhân nhược cơ, trong đó có 73 bệnh nhân có u tuyến ức trên phim CLVT ngực nhận thấy chỉ 3/196 bệnh nhân có hình ảnh ung thư tuyến ức, số còn lại là u tuyến ức lành tính.

Như vậy có thể nhận thấy, hầu hết các bệnh nhân u tuyến ức có nhược cơ là u tuyến ức lành tính, chỉ có tỷ lệ rất nhỏ các bệnh nhân u tuyến ức có nhược cơ là u tuyến ức ác tính.

U trung thất không triệu chứng

Trong nghiên cứu gặp 6,5% các trường hợp bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả của một số nghiên cứu khác. Theo Lê Ngọc Thành (2002), 21,1% các bệnh nhân u trung thất được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức không hề có triệu chứng. Các trường hợp này chủ yếu có kích thước nhỏ hơn 5cm. Trong nghiên cứu nhận thấy, 5/7 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng có kích thước $\leq 5\text{cm}$ (3,4 - 6,4cm). Tỷ lệ các bệnh nhân được phát hiện bệnh khi chưa có dấu hiệu lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong một số nghiên cứu khác theo nghiên cứu sinh có lẽ một phần do các bệnh nhân trong nghiên cứu của tôi đến viện trong giai đoạn muộn hơn, nghiên cứu ghi nhận 68% các bệnh nhân đến viện ở giai đoạn III và IV.

Đặc điểm x quang và CLVT ngực

Vị trí các u trung thất

Xếp vị trí u trung thất theo định khu lâm sàng nhận thấy hầu hết các u trung thất nằm ở trung thất trước (42,1%) và trung thất giữa (28,0%), bên cạnh đó có 29/107 (27,1%) các bệnh nhân có tổn thương lan tỏa trên hai

hoặc cả ba khoang trung thất. Chỉ 3/107 (2,8%) các trường hợp có u hoàn toàn chỉ nằm ở trung thất sau. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm MBH của u trung thất, do nguyên nhân chủ yếu của u trung thất trong nghiên cứu là u tuyến ức (47/107 = 43,9%, u chủ yếu nằm ở trung thất trước và trung thất giữa), u lympho (8/107 = 7,5%), u xuất hiện trên cả 3 khoang trung thất, nhưng chủ yếu ở trung thất trước và giữa), ung thư phổi di căn trung thất (23/107 = 21,5%, xuất hiện trên cả 3 khoang trung thất, nhưng chủ yếu nằm ở trung thất trước và giữa). Một số tác giả cũng thấy rằng, nguyên nhân thường gặp nhất của u trung thất trước là u tuyến ức, u lympho và u tế bào mầm.

Trong kết quả nghiên cứu, nhận thấy các bệnh lý ác tính: ung thư tuyến ức, ung thư phổi di căn trung thất, hoặc các khối tổn thương xuất phát từ hạch như u lympho, bệnh saccit, hoặc lao có tổn thương lan tỏa trên nhiều khoang trung thất hơn (ung thư biểu mô tuyến ức: 39,1%; u lympho trung thất: 25%; ung thư phổi di căn trung thất: 39,1%; u lao và bệnh saccit hạch trung thất: 23,1%, so với các tổn thương khác (u tuyến ức: 8,3%; u trung mô tuyến ức và trung thất: 20%; kén trung thất: 14,3%).

Đặc điểm hình thể u trung thất

U trung thất khi phát triển về phía phổi đều được phủ bởi MP, do vậy chúng thường có bề mặt nhẵn, tròn, những trường hợp không có bờ nhẵn thường do xâm lấn MP và do vậy thường có tính chất ác tính. Trong nghiên cứu gặp hầu hết u trung thất đều có bờ tròn (57,9%), nhẵn (70,1%). Tỷ lệ u trung thất chèn ép, xâm lấn các cấu trúc trung thất gặp với tỷ lệ khá cao: chèn ép mạch máu: 39,3%, ôm quanh mạch máu: 18,7%, chèn ép khí quản: 30,8%, chèn ép phế quản: 17,8%. Chỉ gặp 4/107 bệnh nhân (3,7%) có chèn ép thực quản. Điều này hoàn toàn phù hợp vì chỉ có 3/107 bệnh nhân

(2,8%) có u trung thất chỉ ở trung thất sau và 9 bệnh nhân (8,4%) có tổn thương nhiều khoang trung thất trong đó có trung thất sau.

4.2. Giá trị chẩn đoán và tai biến của STCXTN dưới CLVT

4.2.1. Tư thế bệnh nhân và đường chọc kim sinh thiết

Trong số 107 bệnh nhân tiến hành STCXTN, tư thế được sử dụng nhiều nhất là tư thế nằm ngửa hoặc nằm xấp khi sinh thiết (99,1%). Hướng chọc kim sinh thiết thường dùng nhất là đường cạnh ức và đường cạnh cột sống: 84,2%. Có 6 bệnh nhân có tổn thương bị xương ức che khuất hoàn toàn, những trường hợp này phải chọn đường xuyên qua xương ức (4/107 bệnh nhân) hoặc đường chọc kim đi lách ngay sát dưới xương ức (2/107 bệnh nhân).

Có tới 49,5% các trường hợp u trung thất khi sinh thiết có thể chọn được hướng đi của kim sinh thiết tránh hoàn toàn các cấu trúc trung thất, bên cạnh đó 61,7% các trường hợp chọn được hướng đi của kim sinh thiết tránh không phải chọc qua nhu mô phổi.

4.2.2. Hiệu quả lấy bệnh phẩm tế bào học và mô bệnh học

Sử dụng kỹ thuật STCXTN trong nghiên cứu giúp lấy bệnh phẩm cả cho chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học, do vậy làm gia tăng hiệu quả chẩn đoán của kỹ thuật. Trong số 107 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, sinh thiết tiến hành ở 119 lần, trong đó 100% số lần sinh thiết kim đều tiếp cận chính xác vị trí u cần sinh thiết, 94,1% (112/119) số lần sinh thiết lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán mô bệnh học (MBH), cả 119 (100%) lần sinh thiết đều lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán tế bào học (TBH). 7 bệnh nhân không lấy được bệnh phẩm cho chẩn đoán mô bệnh học vì đây đều là những trường hợp kén dịch (kết hợp với hình ảnh x quang và CLVT), những trường hợp này khi kim tiếp cận đúng vị trí tổn thương, chúng tôi dùng bơm tiêm hút áp lực âm ra dịch trong, một số ít trường hợp có màu

vàng chanh nhạt, hoặc thâm màu. Assaad M.W và cộng sự (2007) chọc hút 157 trường hợp u trung thất dưới hướng dẫn của chụp CLVT cũng ghi nhận 3/157 (1,9%) bệnh nhân có kén trung thất, chỉ hút được dịch, xét nghiệm dịch nghèo tế bào, không cho chẩn đoán chắc chắn.

Như vậy, nếu chỉ xét riêng trên những tổn thương dạng khối đặc trong trung thất, tỷ lệ lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán MBH đạt 100%, nếu so sánh với kỹ thuật chọc hút xuyên thành phế quản (TBNA) hoặc EBUS-TBNA thì STCXTN có hiệu quả lấy bệnh phẩm cao hơn hẳn (76% và 90,1% [theo thứ tự] so với 100%). Bên cạnh đó, các kỹ thuật chọc hút thường chỉ lấy được bệnh phẩm cho chẩn đoán TBH, trong khi STCXTN lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán MBH, do vậy giúp phân loại rõ tấp tổn thương.

Như vậy STCXTN trên 107 bệnh nhân u trung thất, kết quả chẩn đoán đạt được ở 102 bệnh nhân (95,3%): 95 bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học (88,8%) và 7 bệnh nhân chọc hút ra dịch được chẩn đoán là kén trung thất.

Kết quả nghiên cứu của tôi cũng phù hợp với nhận xét của một số tác giả thấy rằng STCXTN có giá trị cao trong chẩn đoán u trung thất: Yonemori K và cộng sự (2006) nghiên cứu giá trị của kỹ thuật STCXTN dưới hướng dẫn của CLVT trong chẩn đoán ở 138 bệnh nhân u tuyến ức ở trung thất trước nhận thấy kỹ thuật có độ nhạy: 93,3% và độ đặc hiệu: 100%. Mức độ phù hợp giữa kết quả MBH của STCXTN với kết quả MBH u sau phẫu thuật đạt 79,4%. Priola A.M và cộng sự (2008) cũng nhận thấy kỹ thuật có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán nguyên nhân u trung thất (độ nhạy: 83,6%, độ đặc hiệu: 100%, giá trị dự báo dương tính: 35,3% và giá trị dự báo âm tính: 83,6%).

So sánh với giá trị chẩn đoán của một số kỹ thuật thăm dò trung thất khác

Hiệu quả chẩn đoán của STCXTN dưới CLVT ngang bằng hoặc cao hơn hiệu quả chẩn đoán của kỹ thuật chọc hút xuyên thành phế quản, ngay cả với những trường hợp tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm qua nội soi phế quản hoặc thực quản (tỷ lệ chẩn đoán dương tính đạt 60% - 88%).

Theo Hoàng Hồng Thái (2003), chọc hút xuyên cửa khí phế quản trong ung thư phổi cho những bệnh nhân có dấu hiệu chèn ép từ ngoài vào khi soi phế quản cho độ nhạy đạt 83,1% khi thực hiện với nội soi phế quản ống cứng và 76% khi thực hiện qua nội soi phế quản ống mềm, tuy nhiên, hầu hết các trường hợp đều chỉ đánh giá được tính chất có ác tính hay không, mà không đánh giá chính xác được tít MBH của tổn thương.

Một ưu thế khác của STCXTN là kỹ thuật chỉ phải chọc duy nhất một lần, cắt bệnh phẩm chỉ được tiến hành khi thấy rõ hình ảnh đầu kim dẫn đường nằm ở trong u, những lần cắt bệnh phẩm được thực hiện qua kim dẫn đường do vậy làm gia tăng tính chính xác và giảm tỷ lệ tai biến. Trong khi đó kỹ thuật EBUS-FNA thường cần chọc nhiều lần để gia tăng tỷ lệ chẩn đoán. Theo Lee H.S và cộng sự (2008), tỷ lệ chẩn đoán nhờ EBUS-FNA tăng theo số lần chọc kim (1 lần: 69,8%, 2 lần: 83,7%, 3 lần: 95,3% và 4 lần: 95,3%).

Tournoy K.G và cộng sự (2008) sử dụng kỹ thuật chọc hút xuyên thành thực quản dưới hướng dẫn của siêu âm qua nội soi (EUS) và nội soi trung thất trong đánh giá giai đoạn hạch của ung thư trung biểu mô MP nhận thấy, chọc hút xuyên thành thực quản dưới hướng dẫn của EUS đạt độ nhạy 80% (95%CI: 28-99), độ đặc hiệu: 100% và hiệu quả tương đương nội soi trung thất.

Như vậy có thể nhận thấy kỹ thuật STCXTN có hiệu quả chẩn đoán tương tự hoặc cao hơn các phương pháp chẩn đoán khác, trong điều kiện Việt Nam, kỹ thuật nên được xem xét chỉ định đầu tiên trong thăm dò chẩn đoán u trung thất, việc chỉ định nội soi trung thất hoặc nội soi lồng ngực chỉ nên được đưa ra khi kết quả STCXTN âm tính. Nhận xét này cũng phù hợp với nhận xét của Trisolini R và cộng sự (2008). Để giảm giá thành cho kỹ thuật, một số tác giả đề nghị thực hiện kỹ thuật với kim chọc dò dịch não tủy, giúp giảm giá thành tới 10 lần.

4.3. Tai biến của kỹ thuật STCXTN

STCXTN trong chẩn đoán nguyên nhân u trung thất tương đối an toàn, việc lựa chọn hướng chọc kim, đường chọc kim sinh thiết tốt có thể giúp tránh các cấu trúc nguy hiểm trung thất, tránh chọc qua nhu mô phổi do vậy làm giảm tần suất xuất hiện tai biến, đặc biệt các tai biến nguy hiểm. Trong nghiên cứu trên 107 bệnh nhân, kim chọc tránh cấu trúc nguy hiểm trong trung thất ở 49,5% và tránh không chọc qua nhu mô phổi ở 61,7%.

Trong tổng số 119 lần sinh thiết u trung thất xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT có 15 lần xuất hiện tai biến, như vậy tỷ lệ tai biến chung cho toàn nghiên cứu là: 14,0%, tuy nhiên đây đều là những tai biến nhẹ. Trong nghiên cứu không có trường hợp tử vong nào. Các tai biến thường gặp bao gồm: tràn khí MP: 6,5%, chảy máu nhu mô phổi: 2,8%, chảy máu sau rạch da: 4,7%.

Trong 41 bệnh nhân STCXTN có chọc kim qua nhu mô phổi hoặc có thể chọc vào nhu mô phổi ở thì cắt bệnh phẩm, kỹ thuật STCXTN tiến hành 43 lần, như vậy nếu chỉ tính nguy cơ tai biến tràn khí MP và chảy máu nhu mô trên những bệnh nhân này, khi đó tỷ lệ tai biến tràn khí MP là 7/43 (16,2%) bệnh nhân và chảy máu nhu mô là 3/43 (7,0%) bệnh nhân.

Nhận xét này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Zwischenberger J.B và cộng sự (2002), tác giả nhận thấy, tỷ lệ TKMP chung cho toàn nghiên cứu là 10%, tuy nhiên, nếu chỉ tính trên những đối tượng có chọc qua nhu mô phổi, thì tỷ lệ TKMP cao hơn nhiều, khoảng 60%.

Klein J.S và cộng sự (2009) nhận thấy, tai biến thường gặp nhất khi STCXTN trong những trường hợp bệnh sáo phổi là TKMP (22%), tỷ lệ phải đặt dẫn lưu MP là 5%. Tỷ lệ tương tự tai biến TKMP cũng được ghi nhận bởi Priola A.M và cộng sự (2008).

Như vậy có thể thấy rõ, tai biến chính của kỹ thuật là TKMP, nếu tính chung trên toàn nghiên cứu thì tỷ lệ tai biến không cao hơn khi thực hiện kỹ thuật STCXTN cho các trường hợp u phổi, tuy nhiên khi xét riêng cho những trường hợp chỉ chọc qua nhu mô phổi thì tỷ lệ tai biến của kỹ thuật cao hơn đáng kể. Sự khác biệt này theo tôi là do trên những trường hợp kim sinh thiết chọc qua nhu mô phổi ở bệnh nhân u trung thất sẽ phải chọc qua MP hai lần, một lần là MP lá tạng sát thành ngực, lần thứ hai là MP lá tạng sát trung thất, do vậy làm gia tăng tỷ lệ TKMP.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiến cứu trên 107 bệnh nhân (78 bệnh nhân nam, 29 bệnh nhân nữ) được chẩn đoán u trung thất điều trị tại khoa Hô Hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 04 năm 2007 đến tháng 02/2009 nhận thấy

1. Đặc điểm lâm sàng và x quang

- Tuổi trung bình của các bệnh nhân: $47,7 \pm 15,4$ tuổi.
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau ngực: 57,9%, ho: 48,6%, khó thở: 19,6%, nói khàn: 18,7%, nhược cơ: 5,6%, hội chứng chèn ép TMCT: 19,6%. Không triệu chứng: 6,5%.
- Vị trí u trung thất: trung thất trước: 42,1%, trung thất giữa: 28,0%. U lan tỏa trên nhiều khoang trung thất: 27,1%.

- 57,9% các u trung thất có bờ tròn, 70,1% các u trung thất có bờ nhẵn, chèn ép mạch máu: 39,3%, chèn ép khí quản: 30,8%.

2. Giá trị chẩn đoán và tai biến của STCXTN dưới CLVT

- 99,1% các bệnh nhân nằm ngửa hoặc nằm xấp khi sinh thiết.
- 84,2% các trường hợp sử dụng đường cạnh ức hoặc đường cạnh cột sống khi sinh thiết.
- 49,5% các bệnh nhân khi sinh thiết chọn được hướng chọc kim tránh hoàn toàn nhu mô phổi và 61,7% chọn được hướng chọc kim tránh hoàn toàn các cấu trúc trung thất. Số lần sinh thiết trung bình: $1,1 \pm 0,36$.
- 100% số lần sinh thiết kim tiếp cận chính xác, 94,1% số lần sinh thiết lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán MBH, 100% số lần sinh thiết lấy đủ bệnh phẩm cho chẩn đoán TBH.
- 92% số bệnh nhân có kết quả MBH cho chẩn đoán chắc chắn ở 1 lần sinh thiết.
- STCXTN kết hợp hình ảnh chụp CLVT cho chẩn đoán chắc chắn ở 95,3% bệnh nhân.
- Tỷ lệ u trung thất được chẩn đoán nhờ STCXTN: u tuyến ức: 22,4%, ung thư biểu mô tuyến ức: 20,6%, ung thư phổi di căn trung thất: 21,5%, lao hạch trung thất: 6,5%, bệnh saccit hạch trung thất: 2,8%, kén trung thất: 6,5%, viêm mạn tính: 4,7%.
- Tỷ lệ tai biến chung trong STCXTN dưới CLVT cho các u trung thất là: 14% bao gồm: tràn khí MP: 6,5%, chảy máu nhu mô phổi: 2,8%, chảy máu sau rạch da: 4,7%.