

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SINH THIỆT LỖI QUA THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Ultrasound-guided transthoracic core biopsy

Nguyễn Thị Loan Phương*, Lê Trọng Khoan*
Nguyễn Phước Bảo Quân**, Nguyễn Đình Cân**

SUMMARY

Background: On the global scale, primary lung cancer is a major contributor to both cancer incidence and mortality. Definite diagnosis can be made from cytology or biopsy. A variety of techniques are available and helpful for the sampling include bronchoscopy, fine needle aspiration or image-guided biopsy, in which ultrasound-guided core biopsy of lung solid masses has been widely used as it is available, convenient and cost-effective.

Material and method: A cross-sectional study was done on a sample of 77 individuals who had juxtapleural lung solid masses detected by Ultrasound or CT scan at Hue central hospital, from January-2010 to August-2011. All of these have undergone ultrasound-guided core biopsy. Objectives were to evaluate the efficacy, advantages and disadvantages of the technique.

Results: The successful rate of single sampling was 89.6%. Five patients had twice sampling which raised the successful rate up to 94.8%, from which 89.6% were indicated malignant and the rest 5.2% were benign lesions. Advantages were multiple sampling (>2), supine and inclination position, skin surface-lesion distance less than 3 cm, pleura-lesion interface over 2 cm, lesion's depth over 2 cm. Disadvantages include multiple sampling, lesion's depth over 3 cm, FEV1/FVC < 0.7, needle size (<17G), prolonged procedure (>25 minutes). Rate of complication was 14.6%, in which pneumothorax was the most likely (4.9%), but no pleural drainage needed.

Conclusion: ultrasound-guided core biopsy appeared safe, effective, non radiation exposure, cost-saving, simple and applicable in clinical setting.

Key words: ultrasound-guided biopsy, lung solid mass.

* Bộ môn CDHA, Trường ĐHYD Huế,

** Khoa TDCN BVTW Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi chiếm đến 98% các tổn thương khối u ở phổi và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, với 1.200.000 trường hợp mới mắc bệnh mỗi năm chiếm 12,3% trong các bệnh ung thư được chẩn đoán năm 2000. Tại Việt Nam, giai đoạn 2001-2004, ước tính hằng năm có 17.073 trường hợp mới mắc, chiếm 19% trong các loại bệnh ung thư. Thời gian sống sau 5 năm của ung thư phổi chỉ chiếm 14%. Đa số BN ung thư phổi được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và không thể phẫu thuật được chiếm 60%. Do đó, vấn đề chẩn đoán phân biệt bản chất khối ở phổi rất cần thiết để điều trị hiệu quả.

Có nhiều phương pháp lấy bệnh phẩm tổn thương ở phổi để chẩn đoán như nội soi phế quản, chọc sinh thiết dưới màn tăng sáng, dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính hay siêu âm. Trong đó, đối với tổn thương khối sát thành ngực tạo được cửa sổ cho siêu âm phát hiện tổn thương thì hướng dẫn sinh thiết dưới siêu âm là lựa chọn hàng đầu và tiện lợi nhất. Để triển khai thành công kĩ thuật sinh thiết các tổn thương khối ở phổi dưới hướng dẫn siêu âm cần chỉ định hợp lý và nắm vững kĩ thuật sinh thiết. Đề tài: *"Nghiên cứu ứng dụng kĩ thuật sinh thiết lõi qua thành ngực dưới hướng dẫn của siêu âm"* với mục tiêu: *Đánh giá kết quả kĩ thuật sinh thiết lõi tổn thương khối ở phổi, yếu tố thuận lợi và không thuận lợi của kĩ thuật sinh thiết lõi qua thành ngực tổn thương khối phổi dưới hướng dẫn siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 77 các BN có thương tổn khối ở phổi sát thành ngực được sinh thiết lõi qua thành ngực dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2010 đến tháng 8/2011.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả bệnh nhân có hình ảnh khối bất thường ở phổi sát thành ngực trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) và thấy được hồi trên siêu âm (SA).

Tiêu chuẩn loại trừ: rối loạn đông máu (tỉ prothrombin < 70%, tiểu cầu < 100 x 10⁹/l). Nghi ngờ u mạch máu (dựa trên CLVT). Suy hô hấp nặng (dựa trên

đo chức năng hô hấp bằng phế dung kế). Suy tim nặng (dựa trên tiêu chuẩn NYHA).

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Máy siêu âm: Acuson Antares, Siemens, Đức Súng và kim sinh thiết: kim sinh thiết cỡ 16-18G và súng sinh thiết của hãng B Braun. Vô khuẩn đầu dò dùng bao vô khuẩn chuyên dụng được làm bằng chất liệu dẫn truyền sóng âm để bọc đầu dò của hãng Civco, Mỹ. Thiết bị hướng dẫn kim cũng được vô khuẩn bằng cách ngâm trong dung dịch glutaraldehyde (cidex) hoặc cồn.

2.3. Kĩ thuật sinh thiết lõi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của siêu âm

Bước 1: Chuẩn bị BN

Bước 2: Xác định vị trí sinh thiết

- Bộc lộ toàn bộ phần ngực.

- Xác định khối bất thường sát thành ngực trên hình ảnh X quang, CLVT; xác định vị trí, hình ảnh tổn thương trên SA; SA Doppler xác định các mạch máu quanh u hay đi vào trong u. Tư thế BN tùy theo vị trí của thương tổn.

- Đánh dấu vị trí điểm vào trên da.

- Phối hợp CLVT, SA xác định đường vào an toàn, độ sâu, góc đi vào của kim, chọn đường ngắn nhất, tránh xuyên nhu mô phổi lành, tránh dò dịch vào khoang màng phổi, tránh mạch máu lớn và rãnh liên thùy, kén khí.

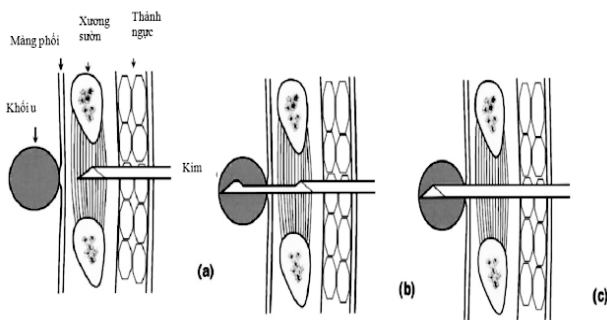
Bước 3: Tiến hành sinh thiết

- Sát trùng rộng vùng định sinh thiết. Gây tê tại chỗ sinh thiết bằng Lidocain 2% 4 ml. Dùng dao phẫu thuật tạo 1 lỗ nhỏ trên da.

- Đưa kim sinh thiết đi sát bờ trên của xương sườn dưới hay giữa các khoảng liên sườn. Bảo BN hít vào rồi nín thở, lúc này đưa kim nhanh qua màng phổi tiếp cận bờ ngoài tổn thương. Để quan sát kim trong quá trình sinh thiết cần phải điều chỉnh góc của kim và vị trí đầu dò sao cho mặt phẳng cắt của SA đi qua kim. Thông thường kim được đặt song song hay vuông góc

với hướng tới sóng âm của đầu dò. Hình ảnh kim trên màn hình SA là hai đường tăng hồi âm song song và trên Doppler là một đường cho phổ màu.

- Nếu chiều sâu thương tổn lớn hơn 20 mm, đầu kim phải đặt trong bề mặt của thương tổn, nằm cách bờ trong của thương tổn ít nhất 20 mm. Sau đó súng được kích hoạt, lõi kim có lõm khuyết bên trong sẽ tiến vào trong ổ thương tổn, tiếp theo đó nòng ngoài sẽ được kích hoạt về phía trước để cắt và giữ lại cột mô bên trong lõm khuyết của lõi kim. Nếu chiều sâu của thương tổn nhỏ hơn 20 mm, đầu kim được đặt ở thành ngực chưa đến thương tổn nhưng cách bờ trong của thương tổn ít nhất 20 mm, mẫu mô bệnh phẩm sinh thiết được không chỉ chứa thương tổn mà còn chứa cả thành phần của màng phổi và thành ngực.



Hình 2.1. Hình minh họa vị trí đầu kim trong thương tổn nhỏ hơn 2 cm

1. Đặc điểm hình ảnh học

Hình ảnh CLVT

Bảng 3.1. Vị trí thương tổn trên cắt lớp vi tính ngực

Vị trí	Phổi phải			Phổi trái		Hai phổi	p
	Trên	Giữa	Dưới	Trên	Dưới		
Số lượng	24	8	13	17	11	4	p < 0,05
Tỉ lệ	31,2	10,4	16,8	22,1	14,3	5,2	

Khối được sinh thiết ở phổi phải chiếm 58,4%, phổi trái chiếm 36,4%, ở hai phổi 5,2%.

Kích thước của thương tổn từ 3-6 cm chiếm tỉ lệ cao nhất 50,6%, trên 6 cm chiếm tỉ lệ 32,5%, dưới 3 cm chiếm tỉ lệ 16,9%. Kích thước trung bình thương tổn

BN được dặn cố gắng nhịn thở và nhịn ho trong quá trình thủ thuật, nếu BN ho nhiều thì rút kim ra ngay. Sau khi lấy được bệnh phẩm dặn BN nín thở rồi rút nhanh kim.

Dùng một đầu kim nhỏ để lấy mẫu bệnh phẩm ra khỏi lõm khuyết của lõi kim. Cho ngay bệnh phẩm vào lọ Formon đã chuẩn bị sẵn. Bệnh phẩm còn sót lại trong lõm khuyết được phết lên lam kính. Bệnh phẩm được khoa Giải phẫu bệnh nhuộm và đọc kết quả.

2.4. Theo dõi sau thủ thuật

Siêu âm lại ngay sau khi tiến hành xong thủ thuật để phát hiện tràn khí màng phổi nếu có. Sau đó BN được chụp phim X quang phổi đứng thì thở ra, sau sinh thiết 1 giờ.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê thông thường trong Y học với sự hỗ trợ của phần mềm MS Excel 2007, Medcalc 11.5, Open Epi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu gồm 77 BN có thương tổn khối ở phổi sát thành ngực, nam chiếm tỉ lệ 68,8% và nữ chiếm 31,2% ($\chi^2 = 10,2, p < 0,05$), nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 45,4%.

51,49 mm với SD = ±19,84 mm.

Chu vi tiếp xúc của thương tổn với màng phổi trên 3 cm chiếm tỉ lệ 49,3%, từ 2-3 cm chiếm 35,1% và dưới 2 cm chiếm 15,6%.

Đặc điểm siêu âm thương tổn phổi khi sinh thiết

Tư thế siêu âm khi tiến hành sinh thiết ở tư thế BN nằm ngửa chiếm tỉ lệ cao nhất 50,6%, tư thế khi nằm bên chiếm 27,3% và tư thế nằm sấp chiếm 22,1%.

Khoảng cách từ bề mặt da đến thương tổn trên > 3 cm 41,6%, từ 2-3 cm 40,2% và dưới 2 cm 18,2%.

Chiều sâu của thương tổn tính từ màng phổi 2-3 cm chiếm tỉ lệ cao nhất 44,2% và trên 3 cm 35,0%, dưới 2 cm chiếm 20,8%. Chiều sâu của thương tổn trung bình 27,00 mm (SD = 15,83 mm).

2. Các đặc điểm quá trình sinh thiết

Số mẫu sinh thiết: tỉ lệ thương tổn được sinh thiết 1 mẫu 59,8%; 2 mẫu 28% và 3 mẫu 12,2%. Số mẫu sinh thiết trung bình 1,49 lần (SD = 0,68).

Thời gian sinh thiết: trung bình 1 mẫu bệnh phẩm là 17 phút (SD = 3,85).

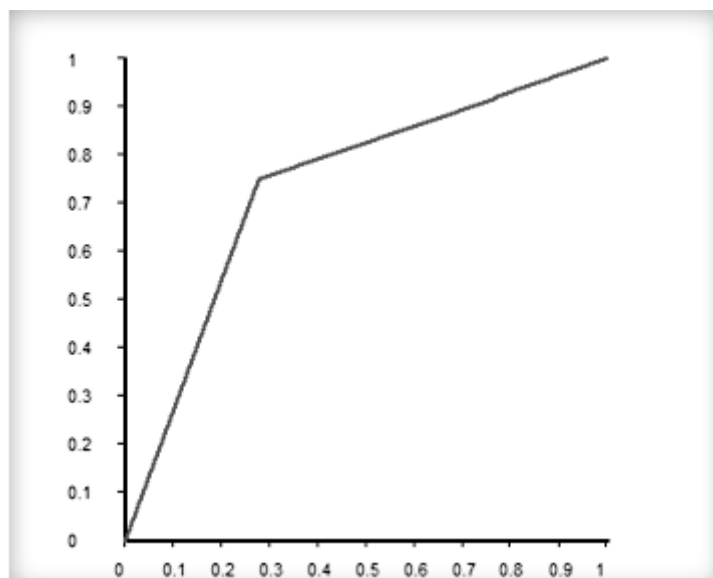
Tai biến của sinh thiết: có 12 tai biến chiếm 14,6%, trong đó tràn khí màng phổi (TKMP) chiếm tỉ lệ 41,7%, không có trường hợp nào cần đặt dẫn lưu, chảy máu nhu mô phổi chiếm 33,4%, nhiễm trùng, ho ra máu và tràn khí dưới da cùng chiếm 8,3%.

Mối liên quan giữa các yếu tố và tai biến

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa số mẫu sinh thiết và tai biến

Số mẫu \ Tai biến	Có		Không		Tổng		OR
	n	%	n	%	n	%	
Một	2	2,4	47	57,4	49	59,8	0,2 (0,02 – 2,90)
Hai	6	7,2	17	20,8	23	28,0	2,0 (1,14 – 3,70)
Ba	4	4,8	6	7,4	10	12,2	3,9 (1,05 – 14,36)
Tổng	12	14,6	70	85,4	82	100	AUC = 0,77

Tỉ suất chênh tăng dần có ý nghĩa thống kê theo số mẫu sinh thiết. Những BN được sinh thiết 3 mẫu có khả năng tai biến cao 3,9 lần với OR 3,9 (1,05 – 14,36).



Biểu đồ 3.1. Liên quan giữa chiều sâu của thương tổn và tai biến

Những BN có chiều sâu thương tổn > 3 cm có khả năng tai biến cao 2,8 lần so với BN có chiều sâu thương tổn < 3 cm với OR 2,8 (2,32 – 3,29).

Tuổi trên 62

FEV1/FVC < 0,7

FEV1/FVC > 0,7

Cỡ kim 17 G

Cỡ kim 18 G

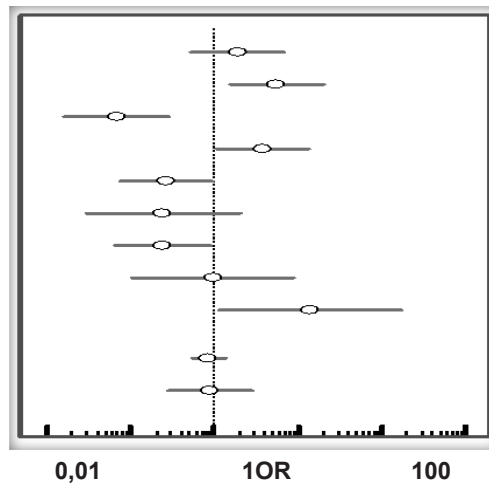
Thời gian sinh thiết < 15 phút

Thời gian sinh thiết 15-20 phút

Thời gian sinh thiết 20-25 phút

Thời gian sinh thiết > 25 phút

Tổng

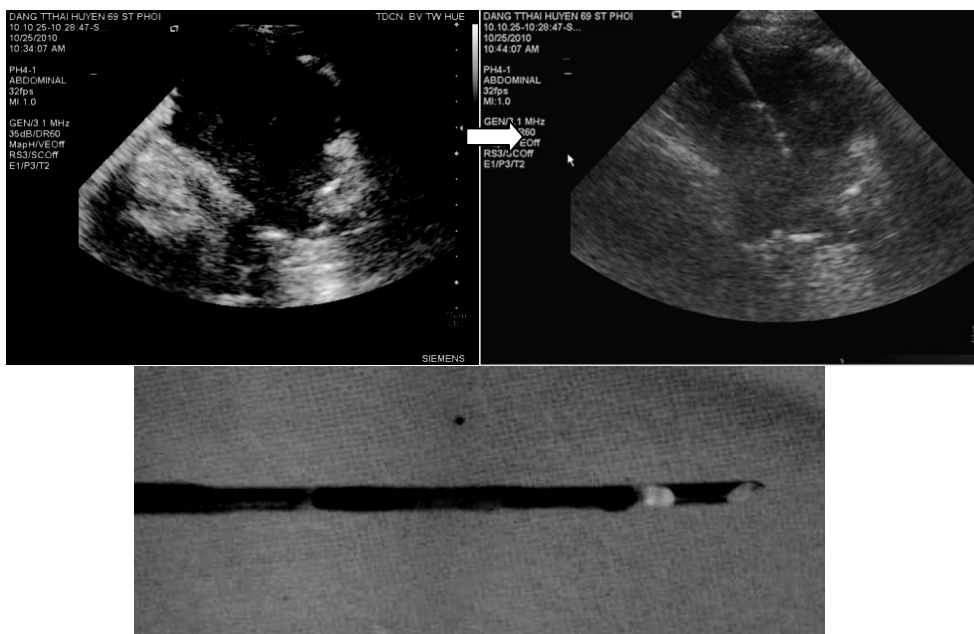


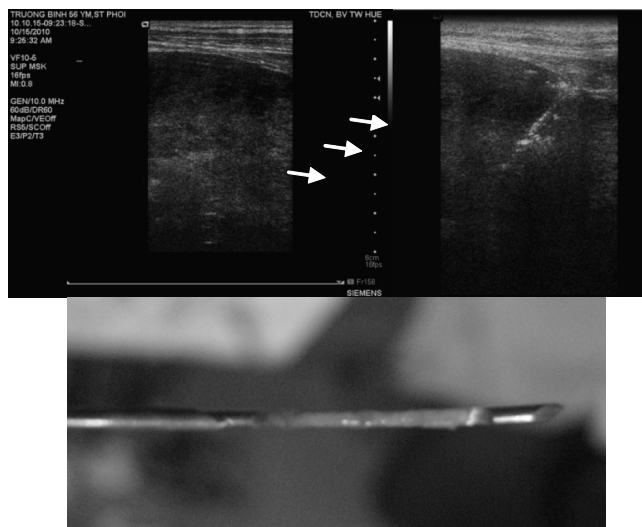
Biểu đồ 3.2. Liên quan giữa các yếu tố và tai biến

Các yếu tố FEV1/FVC < 0,7, cỡ kim 17 G, thời gian sinh thiết > 25 phút ở nhóm có tai biến cao hơn các yếu tố này ở nhóm không có tai biến với OR tương ứng: 5,6; 3,76; 13,8.

Tỉ lệ mẫu bệnh phẩm thành công

77 BN được sinh thiết qua thành ngực (STQTN) lần 1 trong đó có 69 mẫu bệnh phẩm thành công chiếm 89,6%. 8 trường hợp thất bại trong đó có 2 trường hợp xác định được chẩn đoán qua nội soi phế quản và 1 trường hợp qua phát hiện tế bào di căn trong hạch cổ. 5 trường hợp còn lại được sinh thiết dưới hướng dẫn SA lần 2 có 4 mẫu bệnh phẩm thành công. Vậy, tỉ lệ thành công chung cho 2 lần là 94,8%.





Hình 3.1. SA thương tổn trước và trong khi sinh thiết

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố và thất bại lần 1

Yếu tố	Thành công	Có	Không	Odds	95% CI
		n = 69	n = 8		
Số mẫu sinh thiết	1	39/69	7/8	2,18	0,41 ± 11,56
	2	21/69	1/8	0,76	0,14 ± 4,09
	3	9/69	0/8	0,38	0,02 ± 7,04
Tư thế sinh thiết	Ngửa	38/69	1/8	0,12	0,01 ± 1,00
	Sấp	12/69	5/8	7,92	1,66 ± 37,7
	Bên	19/69	2/8	0,88	0,16 ± 4,73
Chu vi của thương tổn tiếp xúc màng phổi	< 2 cm	8/69	4/8	7,63	1,59 ± 36,64
	2-3 cm	25/69	2/8	0,59	0,11 ± 3,13
	> 3 cm	36/69	2/8	0,31	0,06 ± 1,62
Khoảng cách bề mặt da đến thương tổn	< 2 cm	13/69	1/8	0,62	0,07 ± 5,45
	2-3 cm	29/69	2/8	0,47	0,09 ± 2,44
	> 3 cm	27/69	5/8	2,59	0,57 ± 11,75
Chiều sâu thương tổn	< 2 cm	11/69	5/8	8,79	1,83 ± 42,23
	2-3 cm	32/69	2/8	0,39	0,07 ± 2,05
	> 3 cm	26/69	1/8	0,24	0,03 ± 2,03

Các yếu tố số mẫu sinh thiết trên 2, tư thế sinh thiết nằm ngửa hoặc bên, chu vi của thương tổn tiếp xúc với màng phổi trên 2 cm, khoảng cách bề mặt da đến thương tổn dưới 3 cm, chiều sâu của thương tổn trên 2 cm ở nhóm thành công cao hơn các yếu tố này ở nhóm thất bại.

3. Mô bệnh học của thương tổn khối ở phổi

73 trường hợp sinh thiết thành công có 69 trường hợp ung thư phổi chiếm tỉ lệ 94,5%. Trong đó có 16 thương tổn chiếm 23,19% là ung thư biểu mô (UTBM) không phải tế bào nhỏ không phân loại mô bệnh học. 53 thương tổn được phân loại mô bệnh học nhận thấy UTBM tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất 49,1%, tiếp đến là UTBM vảy chiếm 28,2%, UTBM tế bào lớn chiếm 13,2%, UTBM tuyến-vảy chiếm 1,9%, không xếp loại chiếm 3,8%. Thương tổn lành tính có 4 trường hợp chiếm 5,5% (trong đó 2 trường hợp áp xe viêm, 1 lao và 1 u hạt).

IV. BÀN LUẬN

Thương tổn ở phổi phải 45 trường hợp (58,4%) gặp nhiều hơn phổi trái 28 trường hợp (36,4%). Thùy trên phổi phải và trái lần lượt 53,3% gặp nhiều hơn thùy dưới phổi phải 31,1 (p < 0,01). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả [3], [5], [6].

Kích thước thương tổn: kích thước trung bình của thương tổn 51,49 mm với SD = 19,84 mm. Kết quả của chúng tôi lớn hơn về kích thước thương tổn khối ở phổi so với đa số tác giả ngoài nước như Sheila Sheth (1999), Hayashi N. và cs (1998), Klein J.S. và cs (2000), Liao W.Y. và cs (2000), Geraghty R. và cs (2003), Yoshimatsu R. và cs (2008) [7], [8], [11], [13], [18]. Sự khác biệt này chủ yếu là do các BN trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện với giai đoạn muộn.

Chiều sâu của thương tổn (tính từ màng phổi đến bờ trong của thương tổn): trung bình trong 2,7cm với độ lệch chuẩn 15,83 mm. So với các kết quả của Klein J.S. (1996) 1,9 cm với độ lệch chuẩn 1,6 cm và Yoshimatsu R. (2008) 1,7 cm với độ lệch chuẩn 1,79 cm.

Thời gian sinh thiết: thời gian trung bình tiến hành STQTN là 17 phút với độ lệch chuẩn 3,85. So sánh với một số tác giả trên thế giới: Sheila S. (1999), nghiên cứu 34/86 lần sinh thiết dưới hướng dẫn SA và 52/86 dưới hướng dẫn CLVT, nhận thấy thời gian trung bình cho 1 mẫu sinh thiết dưới hướng dẫn SA là 14,6 phút và dưới hướng dẫn CLVT là 23,4 phút. Theo Yoshimatsu R. và cs (2008) thời gian tiến hành thủ thuật trung bình 19,6 ± 8,3 phút [13], [18]. STQTN dưới hướng dẫn SA đã tiết kiệm thời gian thực hiện thủ thuật.

Tỉ lệ mẫu bệnh phẩm sinh thiết qua thành ngực thành công: lần 1 là 89,6% và 2 lần là 94,8%. STQTN lần 1 có 8 trường hợp thất bại, trong đó có 3 trường hợp mẫu bệnh phẩm là tổ chức phế nang, 2 trường hợp mẫu bệnh phẩm sinh thiết lấy trúng tổ chức hoại tử, 2 trường hợp bệnh phẩm là dịch và 1 trường hợp bệnh phẩm là tổ chức cơ. Hoàng Thị Lan Hương (2009) cho thấy STQTN SA có tỉ lệ dương tính giải phẫu bệnh 81,2%. Đồng Đức Hưng cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu STQTN là 63,6% và 100%. Đặng Thị Kiều Trinh cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu STQTN là 85,7% và 100%. Ngô Quý Châu (1992) STQTN lần thứ nhất xác định được độ nhạy 87,4%, qua lần thứ 2 là 96,6%, qua 3 lần đạt 100%. Với độ đặc hiệu chung là 100% [1].

Lê Hoàn và Ngô Quý Châu (2005), STQTN dưới sự hướng dẫn của CLVT trong chẩn đoán đám mờ ở phổi nhận thấy xác định chẩn đoán đặc hiệu 71,2% [2].

So sánh kết quả của các tác giả trên thế giới thực hiện STQTN dưới sự hướng dẫn siêu âm Yang P.C., Liao W.Y. cho thấy khả năng chẩn đoán đúng các thương tổn ác tính khoảng 91-96,8% và các thương tổn lành tính khoảng 65-94%. STQTN dưới hướng dẫn CLVT theo tác giả Hayashi N., Yoshimatsu R., Uskul cho thấy khả năng chẩn đoán đúng các thương tổn ác tính khoảng 85-96,7% và các thương tổn lành tính khoảng 69-92% [8], [18], [14]. Theo Sheila S. nghiên cứu STQTN dưới hướng dẫn CLVT và SA cho thấy tỉ lệ thành công tương ứng là 71% và 91% [13].

Tai biến: có 14,6% (12/82) tai biến trong quá trình sinh thiết trong đó TKMP chiếm tỉ lệ cao nhất 41,7% (5/12), tiếp đến chảy máu nhu mô 33,4% (4/12), tràn khí dưới da, ho ra máu và nhiễm trùng chiếm 8,3% (1/12). So sánh với một số tác giả trong nước thực hiện STQTN có tai biến 0-26,7% [1], [2], [3], [4], [6]. Các tác giả trên thế giới nhận thấy tai biến STQTN dưới hướng dẫn SA thấp từ 1-10% và dưới CLVT 30-33%.

Mối liên hệ giữa các yếu tố và tai biến: các yếu tố tuổi trên 62, FEV1/FVC < 0,7, cỡ kim 17 G, thời gian sinh thiết trên 25 phút ở nhóm có tai biến cao hơn các yếu tố này ở nhóm không có tai biến với OR tương ứng 1,89; 5,6; 3,76; 13,8 (p < 0,01). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả: Liao W.Y., Klein J.S., Geraghty R., Uskul B.T. [7].

Mối liên quan giữa các yếu tố và các trường hợp thất bại lần 1: đa số các trường hợp thất bại (5/8) được tiến hành sinh thiết các thương tổn tiếp xúc với màng phổi ở phía sau có khối cơ lưng dày, khoảng cách từ da đến thương tổn lớn hơn 3 cm và bị che bởi xương bả vai không có đường chọc kim sinh thiết. Thất bại gặp ở những thương tổn có chu vi tiếp xúc với màng phổi dưới 2 cm chiếm 4/8 trường hợp và chiều sâu của thương tổn dưới 2 chiếm 5/8 trường hợp. Đặng Thị Kiều Trinh và Trần Văn Ngọc (2010), nhận thấy tỉ lệ chẩn đoán dương tính tăng theo số mẫu sinh thiết [6]. Hayashi N. nhận thấy khả năng chẩn đoán chính xác các thương tổn tại phổi được STQTN có kích thước dưới 2 cm là 75% và trên 2 cm là 90% [8]. Liao cũng cho thấy STQTN chẩn đoán thấp đối với những thương tổn phổi có kích thước nhỏ hơn 1,5 cm (74%) và trên 1,5 cm (96%) [12]. Uskul, Geraghty R., Liao W.Y. đều cho rằng khả năng thành công của kĩ thuật STQTN tăng theo kích thước thương tổn, số lần sinh thiết và cỡ kim sinh thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu (1992), *Góp phần nghiên cứu giá trị chẩn đoán ung thư phổi của sinh thiết phổi hút kim nhỏ qua thành ngực*, Luận án phó Tiến sĩ Khoa học Y Dược, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Hoàn, Ngô Quý Châu (2005), *"Nhận xét giá trị sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ ở phổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ 1/1/2005 đến 31/7/2005"*, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường Đại học Y Dược Việt Nam lần thứ XIII, tr. 282-285.
3. Đồng Đức Hưng, Nguyễn Hoài Nam (2009), *"Vai trò sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán các khối u trong lồng ngực"*, Y học thực hành Thành phố Hồ Chí Minh, 13(1), tr. 104-112.
4. Trần Mạnh Hùng (2011), *"Kết quả bước đầu sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán đám mờ ở phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Hữu Nghị"*, Y học thực hành, 762 (4), tr. 56-57.
5. Hoàng Thị Lan Hương (2009), *Nghiên cứu giá trị chẩn đoán ung thư phế quản-phổi nguyên phát bằng nội*

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mẫu bệnh phẩm thành công lần 1 là 89,6% và 2 lần là 94,8%. Chẩn đoán xác định được ung thư phổi 89,6% trường hợp và thương tổn lành tính 5,2%. Các yếu tố thuận lợi làm tăng khả năng thành công của kĩ thuật sinh thiết là sinh thiết trên 2 mẫu, tư thế sinh thiết nằm giữa hoặc bên, khoảng cách bề mặt da đến thương tổn dưới 3 cm, chu vi của thương tổn tiếp xúc với màng phổi trên 2 cm, chiều sâu của thương tổn trên 2 cm. Các yếu tố không thuận lợi ảnh hưởng đến sự thành công của thủ thuật thương tổn nằm vị trí tiếp xúc thành ngực sau bị che lấp bởi xương bả vai, chiều sâu thương tổn và chu vi thương tổn tiếp xúc với màng phổi dưới 2 cm. Tỉ lệ tai biến chung là 14,6%, tràn khí màng phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 6,1%, không có trường hợp nào cần đặt dẫn lưu màng phổi. Tỉ lệ chảy máu nhu mô chiếm 4,9%. Các yếu tố không thuận lợi ảnh hưởng đến tỉ lệ tai biến của thủ thuật là sinh thiết trên 2 mẫu, chiều sâu thương tổn trên 3 cm, FEV1/FVC < 0,7, cỡ kim 17, thời gian sinh thiết trên 25 phút.

soi phế quản ống mềm và sinh thiết phổi qua ngực, Luận án Chuyên Khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.

6. Đặng Thị Kiều Trinh, Trần Văn Ngọc (2010), *"Đánh giá kết quả của chọc hút so với sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán u phổi và trung thất"*, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(2), tr. 355-360.
7. Geraghty P.R., Kee S.T., et al (2003), *"CT-guided transthoracic needle aspiration biopsy of pulmonary nodules: needle size and pneumothorax rate"*, Radiology, 229(2), pp. 475-481.
8. Hayashi N., Sakai T., et al (1998), *"CT-guided biopsy of pulmonary nodules less than 3 cm: usefulness of the spring-operated core biopsy needle and frozen-section Pathologic diagnosis"*, AJR, 170(2), pp. 329-331.
9. Klein J.S., Salomon G., Stewart E.A. (1996), *"Transthoracic needle biopsy with a coaxially placed 20-gauge automated cutting needle: Results in 122 patients"*, Radiology, 198(3), pp. 715-720.
10. Klein J.S., Zarka M.A. (2000), *"Transthoracic needle biopsy"*, Radiologic clinics of North America, 38, pp. 235-265.

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả, yếu tố thuận lợi và không thuận lợi của kỹ thuật sinh thiết lõi qua thành ngực tổn thương khối phổi dưới hướng dẫn siêu âm.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Chọn tất cả bệnh nhân (BN) có hình ảnh khối bất thường ở phổi sát thành ngực trên hình ảnh CLVT và thấy được trên SA được sinh thiết lõi qua thành ngực dưới hướng dẫn của siêu âm. Từ tháng 1/2010 đến tháng 8/2011 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: 77 BN được sinh thiết lần 1 có tỉ lệ mẫu bệnh phẩm thành công là 89,6%. 5 trường hợp được sinh thiết lần 2 có 4 mẫu bệnh phẩm thành công. Tỉ lệ mẫu bệnh phẩm thành công chung 2 lần là 94,8%. Trong đó chẩn đoán xác định được ung thư phổi 89,6% trường hợp và tổn thương lành tính 5,2% trường hợp. Các yếu tố thuận lợi làm tăng khả năng thành công của kỹ thuật sinh thiết là sinh thiết trên 2 mẫu, tư thế sinh thiết nằm ngửa hoặc bên, khoảng cách bề mặt da đến tổn thương dưới 3cm, chu vi của tổn thương tiếp xúc với màng phổi trên 2cm, chiều sâu của tổn thương trên 2cm. Tỉ lệ tai biến chung là 14,6%, trong đó tràn khí màng phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 6,1%, không có trường hợp nào cần dẫn lưu màng phổi. Tỉ lệ chảy máu nhu mô chiếm 4,9%. Các yếu tố không thuận lợi ảnh hưởng đến tỉ lệ tai biến của thủ thuật là sinh thiết trên 2 mẫu, chiều sâu tổn thương trên 3 cm, FEV1/FVC < 0,7, cỡ kim 17, thời gian sinh thiết trên 25 phút.

Kết luận: sinh thiết qua thành ngực là thủ thuật cho kết quả thành công cao, thực hiện an toàn, ít tổn kém, thực hiện tương đối dễ dàng, thời gian thực hiện nhanh và có giá trị thực tế.

Từ khóa: sinh thiết lõi xuyên thành ngực, u phổi, siêu âm.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS.TS Hoàng Minh Lợi**