

PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CỦA TRÀN DỊCH TIẾT KHOANG MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Duy Gia, Đoàn Quốc Hưng
Bùi Xuân Trường và Vũ Ngọc Tú✉

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Đối với các bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết, cần phải chẩn đoán nguyên nhân bệnh lý tại phổi và khoang màng phổi để điều trị. Phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán được áp dụng để chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch của các bệnh nhân (BN) này nếu không thể chẩn đoán được nguyên nhân bằng các phương pháp khác tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang gồm 47 bệnh nhân được phẫu thuật từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2021. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 51, nguyên nhân chính là lao phổi có 28 trường hợp, chiếm 60%, các nguyên nhân khác bao gồm viêm, ung thư chiếm tỷ lệ lần lượt là 25% và 15%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 61 phút, thời gian lưu dẫn lưu màng phổi sau mổ là 3,6 ngày. Không có trường hợp bệnh nhân nào tử vong, có 1 trường hợp có biến chứng tràn khí màng phổi sau mổ.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi dịch tiết, phẫu thuật nội soi lồng ngực, gỡ dính màng phổi, lấy ổ cận màng phổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là tình trạng xuất hiện dịch số lượng bất thường trong khoang màng phổi, do nhiều nguyên nhân khác nhau. Ở Mỹ theo thống kê năm 2006, hàng năm có khoảng 1.000.000 người bị tràn dịch màng phổi, nguyên nhân chủ yếu là suy tim, các bệnh lý ác tính, viêm phổi...¹

Tràn dịch khoang màng phổi được chia thành tràn dịch tiết và tràn dịch thấm. Trong khi tràn dịch thấm thường do các nguyên nhân toàn thân gây tăng áp lực kẽ như suy tim, suy thận, suy gan, suy dinh dưỡng, thì tràn dịch tiết thường do các nguyên nhân bệnh lý tại khoang màng phổi như lao, ung thư, viêm màng phổi... Đặc biệt trong đó, tổn thương do lao và ung thư

yêu cầu phải chẩn đoán chính xác và kịp thời, tránh nhầm lẫn với tổn thương viêm màng phổi. Vì vậy, với các trường hợp tràn dịch tiết khoang màng phổi, cần xác định được nguyên nhân gây tràn dịch tại phổi, màng phổi để điều trị.^{2,3}

Có nhiều xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán tràn dịch màng phổi. Tỷ lệ chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi càng cao khi lấy được bệnh phẩm là mô màng phổi. Nhờ ứng dụng rộng rãi của siêu âm, quá trình STMP kín an toàn và hiệu quả hơn, tuy nhiên với kỹ thuật này ta không chắc chắn lấy được đúng chỗ màng phổi tổn thương mà ta chỉ lấy được mảnh bệnh phẩm chỗ có dịch. phẫu thuật nội soi lồng ngực khắc phục được nhược điểm này, vì thế trong chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng phổi được coi như là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, đây lại là một phương pháp xâm lấn và có nguy cơ về gây mê, vì thế nó được chọn là giải pháp cuối cùng sau các phương pháp không xâm lấn hoặc ít xâm lấn khác. phẫu thuật nội soi lồng ngực

Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 07/10/2022

Ngày được chấp nhận: 09/11/2022

được tiến hành ở Việt Nam từ năm 1996, và đã có các bài báo cáo về kỹ thuật này.³ Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã triển khai phẫu thuật nội soi lồng ngực một cách hệ thống từ năm 2016, nhưng đến nay chưa có một nghiên cứu nào về vai trò của kỹ thuật này trong chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá về đặc điểm bệnh nhân, kết quả phẫu thuật, từ đó đưa ra giá trị chẩn đoán và vai trò trong thực hành lâm sàng của phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết, đã được xét nghiệm hóa sinh, tế bào dịch, sinh thiết màng phổi kín nhưng không thể chẩn đoán nguyên nhân nhờ hoặc không thể sinh thiết màng phổi kín.

- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã có chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch tiết khoang màng phổi hoặc phẫu thuật nội soi lồng ngực nhằm mục đích điều trị bệnh.

- Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2021 tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. Phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, cắt ngang.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: 47 bệnh nhân.

Bệnh nhân được gây mê phương pháp nội khí quản 1 nòng, thông khí hai phổi có bơm CO₂ hỗ trợ, nằm nghiêng sang bên lành, đường tiếp cận 3 trocar kính điển. Xác định tổn thương kèm theo (ổ cận màng phổi, dày dính, fibrin...), vị trí sẽ sinh thiết, sinh thiết tức thì, đợi kết quả sinh thiết tức thì. Trong quá trình đợi kết quả sinh thiết tức thì, tùy theo tổn thương mà đưa ra các xử trí như gỡ dính, lấy bỏ ổ cận, lấy thêm bệnh phẩm vùng nghi ngờ gửi giải phẫu bệnh nếu cần. Kiểm tra cầm máu, hút hết dịch trong khoang màng phổi, bóp nở phổi, đặt DLMP.

Tất cả bệnh nhân được thu nhập các thông tin về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị phẫu thuật. Sử dụng T-test và Chi bình phương, kết quả được trình bày dưới dạng $X \pm SD$, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Các biến số được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật đã được Hội đồng chuyên môn Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thông qua. Bệnh nhân và người đại diện được giải thích đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu để cải thiện chất lượng và an toàn người bệnh.

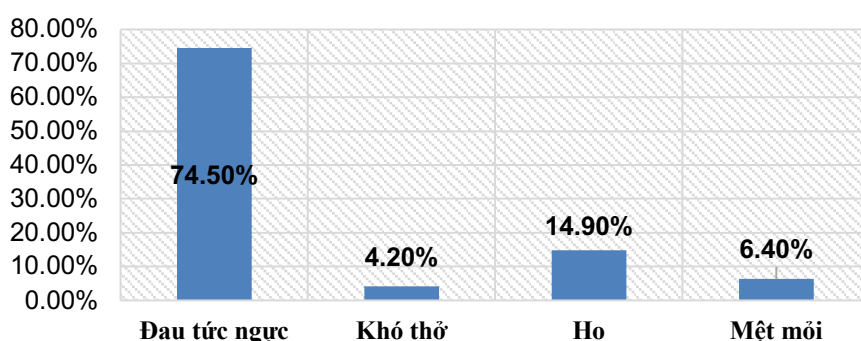
III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dịch tễ và nguyên nhân của tràn dịch màng phổi

Bảng 1. Sự phân bố nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới		Nữ		Tổng	
	Nam					
	n	%	n	%	n	%
20 - 40	13	45	5	28	18	38
41 - 60	5	17	6	33	11	24
61 - 82	11	38	7	39	18	38
Tổng	29	100	18	100	47	100
Trung bình (tuổi)	49 ± 19		53 ± 20		51 ± 19	
p	0,549					

Trong khoảng thời gian: 8/2018 - 12/2021, có 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 51 ± 19 (20 - 82 tuổi) và nam giới chiếm chủ yếu với tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1.



Biểu đồ 1. Lý do vào viện (n = 47)

Phần lớn các bệnh nhân vào viện vì lý do đau tức ngực 35/47 bệnh nhân chiếm 74,5%, các nguyên nhân khác lần lượt là ho (14,9 %), mệt mỏi (6,4%), khó thở(4,3%).

2. Phân loại mức độ và vị trí tràn dịch màng phổi theo nguyên nhân gây bệnh trên X-quang

Bảng 2. Mức độ tràn dịch màng phổi theo nguyên nhân trên X-quang

Bệnh	Lao (n = 28)		Ung thư (n = 7)		Viêm (n = 12)		Tổng (n = 47)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ%	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ%	
Ít	12	43	2	29	5	42	19	40	0,144
Vừa	10	36	2	29	6	50	18	38	0,218
Nhiều	6	21	3	42	1	8	10	22	0,295
Tổng	28	100	7	100	12	100	47	100	

Mức độ tràn dịch màng phổi vừa - ít gặp trên X-quang là 78,7%, nhiều (21,3%), sự khác biệt về mức độ tràn dịch màng phổi ở ba nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. Một số đặc điểm chung của phẫu thuật nội soi màng phổi

Bảng 3. Đặc điểm chung của phẫu thuật nội soi màng phổi

Bệnh	Lao (n = 28)	Ung thư (n = 7)	Viêm (n = 12)	Tổng (n = 47)	p
Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thời gian thực hiện (ph)	61,6 ± 14,3	65 ± 26	58,9 ± 4	61,4 ± 14,7	0.636
Thời gian lưu ống dẫn lưu (ngày)	3,2 ± 1,1	3,5 ± 0,8	4.8 ± 4.0	3.6 ± 2.3	0.112

Thời gian phẫu thuật trung bình là 61,4 phút, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ giữa các nhóm tổn thương. Thời gian lưu ống dẫn lưu lâu nhất ở nhóm bệnh nhân tổn thương là viêm, tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê

5. Đặc điểm hình ảnh tổn thương màng phổi qua phẫu thuật nội soi lồng ngực

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương màng phổi qua phẫu thuật nội soi lồng ngực

Tổn thương	Bệnh	Lao		Ung thư		Viêm		p
		n = 28	%	n = 7	%	n = 12	%	
Sần sùi		0	0	6	86	0	0	0,001
Thâm nhiễm		0	0	3	43	0	0	0,001
Nốt nhỏ rải rác		21	75	1	14	1	8	0,001
Màng phổi dày		8	29	4	57	3	25	0,775
Xung huyết		12	43	5	71	9	75	0,117
Dày dính		24	86	5	71	9	75	0,595
Vách fibrin		3	11	0	0	2	17	0,542
Giả mạc		4	14	0	0	3	25	0,348
Ổ cận màng phổi		3	11	0	0	1	8	0,677

Tổn thương dày dính màng phổi gặp ở hầu hết các bệnh nhân ở cả 3 nhóm bệnh. Tổn thương nốt nhỏ rải rác gặp hầu hết ở các bệnh nhân lao nhưng ít gặp ở 2 nhóm còn lại ($p < 0,001$).

6. Kết quả chẩn đoán và tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi lồng ngực**Bảng 5. Kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực (n = 47)**

Căn nguyên	Kết quả sinh thiết tức thì		Kết quả giải phẫu bệnh	
	N = 47	Tỷ lệ %	N = 47	Tỷ lệ %
Lao	28	60	28	60
Viêm	12	25	12	25
Ung thư	7	15	7	15
Tổng	47	100	47	100

Có 60% bệnh nhân tràn dịch màng phổi nguyên nhân do lao. Kết quả sinh thiết tức thì cắt lạnh và sinh thiết nhuộm thường quy là giống nhau ở tất cả các bệnh nhân

Bảng 6. Biến chứng của phẫu thuật nội soi lồng ngực (n = 47)

Tai biến và biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Tai biến	0	0
Tràn khí màng phổi	1	2
Biến chứng khác	0	0

Có 01 trường hợp bệnh nhân có biến chứng tràn khí màng phổi, chiếm 2%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 51 ± 19 (20 - 82 tuổi) và nam giới chiếm chủ yếu với tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1. Kết quả cũng tương đồng với một số tác giả khác, nghiên cứu của Vũ Khắc Đại độ tuổi trung bình là 56,13 (20 - 91 tuổi),² tỷ lệ nam/ nữ là 1,82, và Kiani A và cộng sự (2015) tuổi trung bình là 51 (34 - 73 tuổi) tỷ lệ nam/ nữ là 1,84.⁴ Đây là lứa tuổi với tỷ lệ dịch tễ về các bệnh lý như ung thư phổi, màng phổi và lao phổi tương đối cao, vì vậy, độ tuổi này là phù hợp với dịch tễ bệnh tại Việt Nam¹.

Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm hơn 70% vào viện vì đau ngực. Theo Vũ Khắc Đại (2016) nghiên cứu trên 130 bệnh nhân tràn dịch màng phổi, lý do nổi bật khiến bệnh nhân đi khám là đau ngực (71,3%) và khó thở (46,9%), sốt chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ (4,6%).² Các kết quả trên đều cho thấy đau

ngực là lý do hay gặp nhất ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân đều tràn dịch mức độ vừa hoặc ít khi đánh giá trên X-quang trước mổ. Kết quả này cũng giống với Vũ Khắc Đại (2016) khi nghiên cứu trên 130 bệnh nhân chỉ 15,4% các trường hợp có tràn dịch màng phổi dịch nhiều, còn lại đa số (84,6%) là dịch vừa - ít.² Tác giả Kiani A và cộng sự (2015) khi nghiên cứu trên 300 bệnh nhân, kết quả cho thấy mức độ tràn dịch vừa - ít chiếm 71%, nhiều 29%.⁴ Việc đánh giá mức độ tràn dịch trước mổ là hết sức quan trọng với quá trình gây mê. Sở dĩ hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tràn dịch mức độ vừa hoặc ít là vì trước mổ bệnh nhân đều được chọc tháo dịch để điều trị triệu chứng đồng thời làm xét nghiệm dịch.

Đối với 10 bệnh nhân tràn dịch mức độ nhiều, chúng tôi đều đánh giá khí máu trước mổ, tiến hành gây mê nông độ đích và hút dịch khi đặt trocar nội soi thành ngực trước khi bơm hơi và tiến hành phẫu thuật.

Thời gian thực hiện phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 61 phút. Thời gian này bao gồm thời gian lấy bệnh phẩm, chờ kết quả sinh thiết tức thì khoảng 30 phút và có thể thực hiện các kĩ thuật khác như gỡ dính, lấy ổ cận màng phổi... vì thế thời gian phẫu thuật khá đồng đều, thời gian phẫu thuật ở 3 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

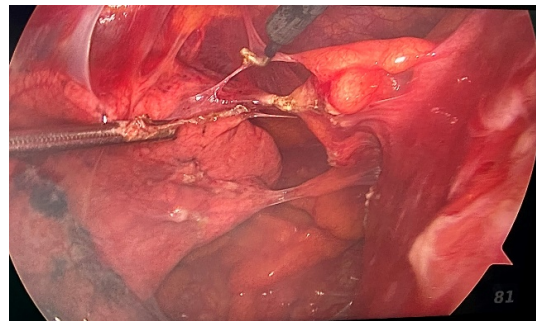
Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được bơm CO₂ vào khoang màng phổi tạo phẫu trường với áp lực 8mmHg. Theo các tác giả như Tanigawa hay Buchanan, áp lực bơm CO₂ này giúp đảm bảo xẹp phổi để phẫu thuật viên thuận lợi thao tác, đồng thời an toàn tránh gây ép tim và ảnh hưởng tuần hoàn cũng như trao đổi khí của phổi gây mê.^{5,6} Kỹ thuật này có ưu điểm là không cần phải thông khí một phổi, do đó giúp giảm thời gian khởi mê, đồng thời đảm bảo tiến hành thuận lợi cuộc mổ do không phụ thuộc vào việc phải cô lập phổi bằng các dụng cụ như ống nội khí quản 2 nòng hay bóng chặn phế quản. Tuy nhiên, nó cũng có nhược điểm là khó tiếp cận màng phổi ở mặt sau khi bệnh nhân nằm ngửa. Đồng thời, một biến chứng có thể có trong kỹ thuật này là bệnh nhân có thể bị ưu thán nếu rách phổi với tỷ lệ trong nghiên cứu của Tanigawa là 0,4%.⁵ Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào gặp biến chứng này do thời gian mổ ngắn và vùng phẫu tích, gỡ dính màng phổi ít gây rách phổi (bảng 6).

Trong quá trình phẫu thuật, nếu kết quả sinh thiết tức thì không xác định rõ được thương tổn,

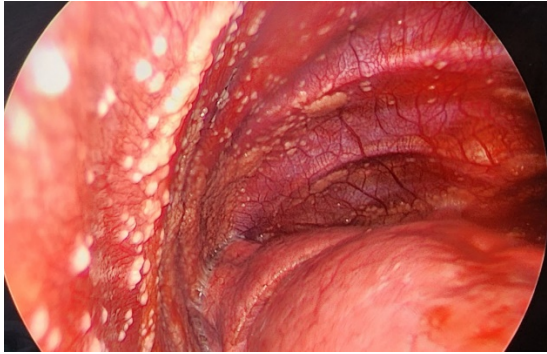
chúng tôi sẽ tiến hành lấy thêm bệnh phẩm, sinh thiết tức thì lần 2 và lấy thêm bệnh phẩm để gửi giải phẫu bệnh thường quy. Trường hợp kết quả sinh thiết cắt lạnh tức thì xác định rõ được tổn thương, bệnh phẩm gửi sinh thiết tức thì sẽ được sử dụng để nhuộm HE và chúng tôi sẽ trao đổi trực tiếp với bác sĩ giải phẫu bệnh để không cần lấy thêm bệnh phẩm cho bệnh nhân. Điều này giúp giảm thời gian mổ cũng như nguy cơ chảy máu cho bệnh nhân.

Thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi ở nhóm viêm là cao nhất, thấp nhất là nhóm lao màng phổi. Trường hợp lưu ống dẫn lưu lâu nhất là 17 ngày ở nhóm viêm do gặp biến chứng tràn khí màng phổi. Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình của chúng tôi là $3,6 \pm 2,3$ ngày. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Rozman và cộng sự (2013) nghiên cứu so sánh giá trị giữa phẫu thuật nội soi lồng ngực với nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán bệnh màng phổi trên 79 bệnh nhân, tác giả cho thấy thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi trung bình của phẫu thuật nội soi lồng ngực là: $2,5 \pm 1,8$ ngày, của nội soi màng phổi ống mềm là: $3,5 \pm 2,8$ ngày.⁷

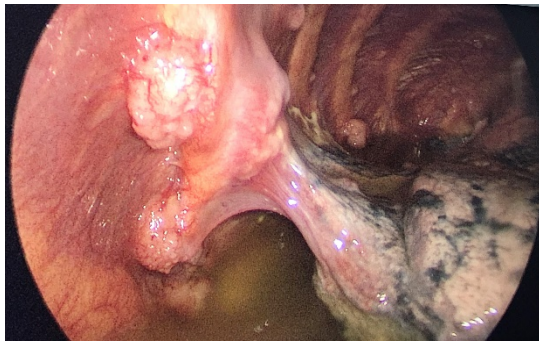
Một số hình ảnh màng phổi tổn thương của bệnh nhân trong nghiên cứu:



Hình 1. Hình ảnh màng phổi viêm dính nhiều do viêm (Mã ICD 10: R09.1)



Hình 2. Hình ảnh nốt nhỏ rải rác màng phổi do lao (Mã ICD10: A16.5)



Hình 3. Hình ảnh khối sần sùi, thâm nhiễm do ung thư (Mã ICD10: C38.4)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các hình ảnh tổn thương màng phổi gợi ý ung thư là sần sùi, thâm nhiễm (bảng 4). Tuy nhiên, những hình ảnh này cũng khó có thể phân biệt ung thư trung biểu mô màng phổi với ung thư di căn màng phổi. Hình ảnh nốt nhỏ rải rác, dày dính (hình ảnh hạt kê) gặp chủ yếu trong lao màng phổi. Bên cạnh đó, có nhiều hình ảnh không đặc hiệu như sung huyết, dày dính màng phổi có thể quan sát thấy ở cả 3 căn nguyên chính là lao, ung thư và viêm. Sự khác biệt giữa hình ảnh tổn thương màng phổi dạng sần sùi, thâm nhiễm và nốt nhỏ rải rác giữa 3 nhóm nguyên nhân có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả trên cho thấy các hình ảnh tổn thương màng phổi đều có thể gặp trong các nhóm nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi,

tuy nhiên tỷ lệ xuất hiện là khác nhau giữa các nhóm nguyên nhân. Điều này cũng đúng với thực tế là các hình ảnh tổn thương màng phổi quan sát được qua nội soi ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân, chỉ có tính chất gợi đến nguyên nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết luận của Buchanan D.R: hình ảnh tổn thương màng phổi qua nội soi màng phổi chỉ có tính chất gợi đến nguyên nhân, chứ không có giá trị quyết định chẩn đoán.⁶ Tuy nhiên, các hình ảnh quan sát trong mổ như nốt sần sùi, thâm nhiễm, nốt nhỏ rải rác, màng phổi dày, sung huyết là các hình ảnh tổn thương đặc hiệu và có giá trị trong việc xác định được vị trí cần lấy bệnh phẩm, giúp tăng hiệu quả chẩn đoán.⁶

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều chẩn đoán được nguyên nhân, và sinh thiết tức thì và giải phẫu bệnh cùng một kết quả, có tới 60% (28/47) bệnh nhân nguyên nhân là do lao (bảng 5). Tỷ lệ chẩn đoán bệnh của chúng tôi đạt 100%, do trong phẫu thuật chúng tôi có gửi sinh thiết tức thì, và khi có kết quả chúng tôi có thể lấy thêm mảnh sinh thiết nghi ngờ gửi giải phẫu bệnh. Một nghiên cứu trên 229 bệnh nhân do FS Arkin thực hiện trong vòng 5 năm 2008 - 2015 cho thấy tỷ lệ chẩn đoán của PTNS lồng ngực là 100%. Trong đó, 36,6% được chẩn đoán là ung thư, 11,4% chẩn đoán là lao màng phổi, 52% chẩn đoán là viêm mạn tính.⁸ Kết quả này khác với nghiên cứu của chúng tôi, khi trong nghiên cứu của chúng tôi có 60% bệnh nhân được chẩn đoán lao, 25% được chẩn đoán viêm mạn tính và 15% được chẩn đoán ung thư. Tuy nhiên, kết quả này phù hợp với dịch tễ bệnh khi nghiên cứu của FS Arkin được thực hiện ở Thổ Nhĩ Kỳ, quốc gia có tỷ lệ ung thư cao, trong khi Việt Nam là quốc gia lưu hành lao với tỷ lệ mắc lao/ ung thư phổi vẫn còn cao.^{1,9} Tuy nhiên, đặc điểm chung của các nghiên cứu là khi so sánh với

các phương pháp khác, phẫu thuật nội soi lồng ngực cho thấy hiệu quả chẩn đoán cao hơn. Theo Dhooria S và cộng sự (2014), khi so sánh ngẫu nhiên giá trị chẩn đoán của phẫu thuật nội soi lồng ngực với nội soi màng phổi ống mềm (mỗi nhóm 45 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên), kết quả cho thấy giá trị chẩn đoán của phẫu thuật nội soi lồng ngực cao hơn so với nội soi màng phổi ống mềm (97,8% so với 73,3%, $p = 0,002$).¹⁰ Điều này cho thấy hiệu quả chẩn đoán chính xác của phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán, đặc biệt là khi có sinh thiết tức thì trong mổ khi so sánh với các phương pháp chẩn đoán khác.

Trong nghiên cứu chúng tôi, không ghi nhận trường hợp tai biến hay biến chứng lớn nào (bảng 6), có 1 bệnh nhân trong nhóm viêm bị tràn khí màng phổi, không ghi nhận trường hợp nào chảy máu, nhiễm trùng sau mổ. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu của Arkin hay Rozman.^{7,8} Điều này cho thấy tính an toàn cao của phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán.

IV. KẾT LUẬN.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là một trong những phương pháp cuối cùng đặt ra để chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch tiết khoang màng phổi, nhưng đây là một phương pháp an toàn, hiệu quả, có độ chính xác cao, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyuna Sung, Rebecca L. Siegel, Jacques Ferlay. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *ACS journals*. 2021; 71(3): 209-249.
2. Vũ Khắc Đại. Nghiên Cứu Vai Trò Của Nội

Soi Màng Phổi Ống Mềm Trong Chẩn Đoán Nguyên Nhân Tràn Dịch Màng Phổi. Luận văn tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

3. Nguyễn Hoài Nam. Nghiên cứu vai trò của nội soi lồng ngực trong việc chẩn đoán bản chất của nốt đơn độc. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010; 1(14).

4. Kiani A, Abedini A, Karimi M. Diagnostic Yield of Medical Thoracoscopy in Undiagnosed Pleural Effusion. *Tanaffos*. 2015; 14(3): 227-258.

5. Tanigawa, Y, Nakamura, K, Yamashita, T. Changes in respiratory mechanics of artificial pneumothorax two-lung ventilation in video-assisted thoracoscopic esophagectomy in prone position. *Sci Rep*. 2021; 11: 6978.

6. Buchanan DR, Neville E. *Thoracoscopy for Physicians: A Practical Guide*. Vol VIII. 1st ed. Elsevier; 2004.

7. Rozman A, Camlek L, Marc-Malovrh M, Triller N. Rigid versus semi-rigid thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease: a randomized pilot study. *Respirology*. 2013; 18(4): 704-714.

8. Arkin FS, Kutluk AC, Gorgun D. The diagnostic role of video-assisted thoracoscopic surgery in exudative pleural effusion and follow-up results in patients with nonspecific pleuritis. *J Pak Med Assoc*. 2019; 69(8): 1103-1107.

9. Hai Viet Nguyen, Hoa Binh Nguyen, Nhung Viet Nguyen. Decline of Tuberculosis Burden in Vietnam Measured by Consecutive National Surveys, 2007-2017. *Emerging Infectious Diseases*. 2021; 27(3): 872-879.

10. Dhooria S. A randomized trial comparing the diagnostic yield of rigid and semirigid thoracoscopy in undiagnosed pleural effusions. *Respir Care*. 2014; 59(5): 756-800.

Summary

ENDOSCOPIC THORACIC SURGERY FOR DIAGNOSING THE ETIOLOGY OF PLEURAL EFFUSION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Video-assisted thoracoscopic surgery was done in patients with exudative pleural effusion whose cause has not been diagnosed by other methods at Hanoi Medical University Hospital. This cross-sectional study was conducted with 47 patients from August 2018 to December 2021. The average age was 51 years. After surgery, the most common cause of exudative pleural effusion was Pulmonary TB (28/46, 61%). Other causes include inflammation and cancer accounted for 25% and 15% respectively. The average surgical time was 61 minutes. The average postoperative pleural drainage time was 3.6 days. Mortality rate is 0%. There was 1 case with complications of pneumothorax after surgery.

Keywords: Exudative pleural effusion, video-assisted thoracoscopic surgery, pleural adhesion removal, pleural peel surgery.