

THE STUDY OF ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND IN DIAGNOSING MEDIASTINAL LESIONS IN NATIONAL LUNG HOSPITAL, 2021

Nguyen Le Nhat Minh, Chu Quang Huy, Pham Ba Thanh,
Nguyen Van Trong, Vu Khac Dai*

National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 23/02/2024

Revised: 21/03/2024; Accepted: 11/04/2024

ABSTRACT

Objective: Endobronchial ultrasound – guided tranbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) is a new method for the diagnosis of mediastinal lesions located adjacent to the central airway. The purpose of this study was to evaluate the result of EBUS-TBNA for the diagnosis of mediastinal lesions.

Methods: We descriptively studied the results of patients who underwent EBUS-TBNA between 6/2021 to 6/2022. Final diagnosis were determined by EBUS-TBNA, surgery and (or) clinical follow-up.

Results: A total of 81 patients, of whom 52 (64,2%) were male and 29 (35,8%) were female. The mean age was $55,20 \pm 14,47$ years. The final diagnoses were 35 malignant mediastinal and 46 benign mediastinal. The EBUS-TBNA was diagnostic in 70 of 81 patients: Malignant 31, tuberculosis 25, nonspecific inflammatory 10, mediastinal goiter 1, sarcoidosis 2, normal 1. The diagnostic accuracy of EBUS-TBNA was 86,4%, 84,8% for benign lesions and 88,6% for malignant lesions. The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value was 85,7%, 100%, 100% and 91,5% respectively. There were no complications.

Conclusions: The diagnostic value of EBUS-TBNA is high for mediastinal lesions located adjacent to the central airway.

Keywords: Endobronchial ultrasound, transbronchial needle aspiration, mediastinal tumor.

*Corresponding author
Email address: Vudai.spq.bvptw@gmail.com
Phone number: (+84) 983305481
<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1139>



NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ NỘI SOI PHẾ QUẢN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN U TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

Nguyễn Lê Nhật Minh, Chử Quang Huy, Phạm Bá Thanh,
Nguyễn Văn Trọng, Vũ Khắc Đại*

Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/02/2024

Chỉnh sửa ngày: 21/03/2024; Ngày duyệt đăng: 11/04/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phế quản (EBUS-TBNA) là một phương mới hiện đại có giá trị trong chẩn đoán các tổn thương u trung thất tiếp giáp khí phế quản. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả chẩn đoán của nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán u trung thất.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 81 bệnh nhân đã được nội soi phế quản siêu âm trong thời gian từ 6/2021-6/2022. Kết quả chẩn đoán xác định cuối cùng dựa trên kết quả của EBUS-TBNA, nội soi lồng ngực, phẫu thuật phổi, theo dõi lâm sàng.

Kết quả: Chúng tôi nghiên cứu trên 81 bệnh nhân, trong đó nam: 52/81 (64,2%) , nữ 29/81 (35,8%). Độ tuổi trung bình $55,20 \pm 14,47$ tuổi. Kết quả chẩn đoán cuối cùng có 35 trường hợp ung thư, 46 trường hợp lành tính. EBUS-TBNA chẩn đoán được 70 trường hợp trong tổng số 81 bệnh nhân: Ung thư 31, viêm lao 25, viêm không đặc hiệu 10, bướu giáp 1, sarcoidosis 2, bình thường 1. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA chung là 86,4%, đối với tổn thương lành tính là 84,8%, với tổn thương ác tính là 88,6%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính của EBUS TBNA cho nguyên nhân ác tính là: 85,7%, 100%, 100% và 91,5% tương ứng. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng.

Kết luận: EBUS-TBNA có giá trị cao trong chẩn đoán các tổn thương u trung thất tiếp giáp với khí phế quản trung tâm.

Từ khóa: Nội soi phế quản siêu âm (EBUS), chọc hút xuyên thành phế quản (TBNA), u trung thất.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung thất là một khoang hẹp trong lồng ngực nhưng có rất nhiều cơ quan quan trọng của hệ hô hấp, tuần hoàn, thần kinh, tiêu hóa, bạch huyết, nội tiết... chính vì vậy các triệu chứng lâm sàng của u trung thất rất đa dạng nhưng lại không đặc hiệu. Như tất cả các bệnh lý ở các nơi khác trong cơ thể, việc chẩn đoán xác định bản chất u trung thất có vai trò quan trọng trong điều trị cũng như theo dõi bệnh.

Trong những năm qua, nội soi trung thất được coi là

một cách tiếp cận chuẩn để sinh thiết chẩn đoán các tổn thương trung thất, tuy nhiên đây là một phương pháp xâm lấn và yêu cầu gây mê toàn thân, kèm theo có nhiều nguy cơ biến chứng nặng xảy ra. Ngay nay, với sự ra đời của hệ thống máy nội soi phế quản siêu âm cho phép xác định chính xác các tổn thương trung thất tiếp giáp với thành khí phế quản và lấy mẫu chính xác các tổn thương trung thất cho hiệu quả chẩn đoán cao và an toàn mà xâm lấn tối thiểu.

Nội soi phế quản siêu âm chọc hút xuyên thành phế quản (EBUS-TBNA) là một phương pháp xâm lấn tối

*Tác giả liên hệ

Email: Vudai.spq.bvptw@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983305481

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1139>

thiếu trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư phổi, chẩn đoán các nguyên nhân u trung thất tiếp giáp đường thở chính. Kết quả EBUS-TBNA tương đương với nội soi trung thất trong nhiều khía cạnh và vượt trội so với chọc hút xuyên thành phế quản thông thường (TBNA). EBUS cho phép quan sát và lấy mẫu bệnh phẩm các cấu trúc hạch nhóm 2,4,7,10 và 11. Độ nhạy của EBUS-TBNA trong chẩn đoán ung thư phổi di căn hạch trung thất 90,8% và độ đặc hiệu và giá trị dự đoán dương tính là 100% [1]. Trong các trường hợp u phổi ở trung tâm tiếp giáp khí phế quản, không thể sinh thiết dưới hướng dẫn CT được và các trường hợp lao hạch trung thất, sarcoidosis, EBUS-TBNA có thể hỗ trợ chẩn đoán. Trong phân tích meta gần đây, độ chính xác chẩn đoán của EBUS-TBNA trong chẩn đoán sarcoidosis là 54-93% [2]. Trong lao hạch trung thất, EBUS cho thấy độ nhạy chẩn đoán là 85% [3].

Tại Việt Nam, báo cáo về kết quả nội soi phế quản siêu âm còn ít, và với số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu vai trò của nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán u trung thất” với mục tiêu: “Đánh giá kết quả chẩn đoán của nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán u trung thất”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang trong thời gian từ 6/2021-6/2022, thực hiện trên các bệnh nhân có tổn thương u trung thất tiếp giáp với thành khí phế quản xác định trên hình ảnh CT ngực, điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Nghiên cứu thực hiện phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Theo đó, tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được tiếp cận, giới thiệu nội dung nghiên cứu và mời tham gia. Tổng cộng có 81 bệnh nhân được thu tuyển.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Sau khi các bệnh nhân đã được khám và làm xét nghiệm sàng lọc lâm sàng chẩn đoán xác định có tổn thương bất

thường trong trung thất tiếp giáp thành khí phế quản, chưa phân loại mô học khối u. Bệnh nhân được tiến hành nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phế quản các tổn thương bằng máy BF-UC180F, Olympus. Bệnh phẩm sinh thiết sẽ được gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi sinh. Nếu EBUS-TBNA không chẩn đoán được, bệnh nhân sẽ được làm thêm có phương pháp khác: Nội soi lồng ngực sinh thiết, phẫu thuật phổi, tùy theo từng trường hợp. Kết quả EBUS-TBNA sẽ được phân làm 2 nhóm: Nhóm tổn thương ác tính và nhóm tổn thương lành tính. Kết quả chẩn đoán xác định cuối cùng dựa trên kết quả của EBUS-TBNA, nội soi lồng ngực, phẫu thuật phổi và kết quả theo dõi sau 6 tháng.

2.3. Phương pháp phân tích và quản lý số liệu

Số liệu được ghi nhận và nhập vào hệ thống dữ liệu điện tử bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu sau đó được rà soát và làm sạch để đảm bảo tính tin cậy và logic của bộ số liệu. Quá trình phân tích sử dụng phần mềm SPSS 16.0 với cách tiếp cận thống kê mô tả. Các chỉ số tần số, tỉ lệ được sử dụng cho biến số định tính. Giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn được sử dụng để báo cáo cho các biến định lượng.

Thống kê phân tích thực hiện kiểm định t-test để so sánh hai biến định lượng, kiểm định Chi bình phương được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa hai biến định tính. Ý nghĩa thống kê được kết luận ở ngưỡng 95%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u trung thất

- Giới: Số bệnh nhân nam là 52 chiếm tỷ lệ 64,2%, số bệnh nhân nữ là 29 chiếm tỷ lệ 35,8%.

- Tuổi: Tuổi trung bình 55,20±14,47 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 77 tuổi.

- Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng với các nhóm nguyên nhân u trung thất

Triệu chứng	Ung thư	Viêm lao	Viêm mạn tính	Khác	p
Ho khan	30 (42,9%)	26 (37,1%)	8 (11,4%)	6 (8,6%)	0,75
Ho đờm	20 (55,6%)	10 (27,8%)	2 (5,6%)	4 (11,1%)	0,15
Ho ra máu	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0,24
Đau ngực	28 (50,9%)	16 (29,1%)	5 (9,1%)	6 (10,9%)	0,15
Khó thở	14 (66,7%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)	3 (14,3%)	0,02
Nuốt nghẹn	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0,57

► CHUYÊN ĐỀ BỆNH KHÔNG NHIỄM TRÙNG ◀

Triệu chứng	Ung thư	Viêm lao	Viêm mạn tính	Khác	p
Khàn tiếng	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0,04
Mệt	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0,45
Chán ăn	3 (33,4%)	4 (44,4%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0,34
Sốt	5 (27,8%)	9 (50%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)	0,30
Sút cân	11 (68,8%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	0,08
Ran âm, nổ	5 (62,5%)	2 (25%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0,55
Ran rít	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	0,03

Nhận xét: Hầu hết các triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư: Ho khan chiếm 42,9%, ho đờm chiếm 55,6%, ho ra máu chiếm 75%, đau ngực chiếm 50,9%, khó thở chiếm 66,7%, nuốt nghẹn chiếm 75%, khàn tiếng chiếm 81,8%, mệt mỏi chiếm 62,5%, sút cân chiếm 68,8%, ran âm, nổ chiếm 62,5%, ran rít chiếm

50%. Sự khác biệt triệu chứng khó thở, khàn tiếng, ran rít giữa các nhóm nguyên nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Đặc điểm CT Scanner ngực

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương CT Scanner ngực với các nhóm nguyên nhân u trung thất

CT Scanner ngực	Ung thư	Viêm lao	Viêm mạn tính	Khác	p
Vị trí					
Trung thất trên	4 (57,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0,69
Trung thất trước	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	0,31
Trung thất giữa	32 (42,1%)	29 (38,2%)	9 (11,8%)	6 (7,9%)	0,05
Trung thất sau	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0,02
Tính chất tổn thương trung thất					
Bờ tròn	10 (18,9%)	28 (52,8%)	9 (17%)	6 (11,3%)	0,000
Bờ nhẵn	9 (17%)	28 (52,8%)	8 (15,1%)	8 (15,1%)	0,000
Bờ không nhẵn	25 (96,2%)	1 (3,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0,000
Có mùi	28 (82,4%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	3 (8,8%)	0,000
Có vôi hóa	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0,90
Tổn thương phổi kèm theo					
Tổn thương nốt	17 (48,6%)	11 (31,4%)	5 (14,3%)	2 (5,7%)	0,46
Tổn thương khối	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,03
TDMP	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0,55
Kính mờ	3 (27,3%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	0,53
Đông đặc	3 (60%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (20%)	0,60

Vị trí tổn thương: Trung thất trên gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 4 (57,1%). Trung thất trước gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư 2 (66,7%). Trung thất giữa gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư: 32 (42,1%), viêm lao: 29 (38,2%). Trung thất sau có 1 trường hợp là u xơ thần kinh.

Tính chất tổn thương: Bờ tròn gặp nhiều nhất ở nhóm viêm lao chiếm 28 (52,8%), ung thư: 10 (18,9%). Bờ nhẵn gặp nhiều nhất ở nhóm viêm lao chiếm 28 (52,8%). Bờ không nhẵn gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 25 (96,2%). Bờ có mùi gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 28 (82,4%).

3.2. Kết quả nội soi siêu âm

Bảng 3. Vị trí hạch trung thất

Vị trí nhóm hạch	n	Tỷ lệ
Hạch nhóm 2R	18	22,2
Hạch nhóm 2L	4	4,9
Hạch nhóm 3P	1	1,2
Hạch nhóm 4R	46	56,8
Hạch nhóm 4L	31	38,3
Hạch nhóm 7	60	74,1
Hạch nhóm 10R	15	18,5
Hạch nhóm 10L	12	14,8
Hạch nhóm 11R	18	22,2
Hạch nhóm 11L	9	11,1

Nhận xét: Vị trí nhóm hạch trung thất hay gặp nhất là nhóm 7 chiếm 74,1%, nhóm 4R chiếm 56,8%, nhóm 4L chiếm 38,3%.

- Kích thước u trung thất: Kích thước nhỏ nhất trên nội soi siêu âm là 10mm, lớn nhất là 60mm, kích thước trung bình 31,10±10,58mm.

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán của EBUS-TBNA

Nguyên nhân u trung thất	Kết quả chẩn đoán nội soi siêu âm	Kết quả chẩn đoán cuối cùng
Ung thư	31	35
Viêm lao	25	29
Viêm mạn tính	15	9
Viêm hoại tử	2	1
Sarcoidosis	2	4
Bướu giáp	1	1
Schwannoma	1	0
Bình thường	4	1
U xơ thần kinh	0	1
Tổng	81	81

Nhận xét: Trong 81 trường hợp u trung thất thì nội soi siêu âm chẩn đoán được 70 trường hợp bao gồm ung thư 31/81 (38,3%), viêm lao 25/81 (30,9%), viêm mạn tính 9/81 (11,1%), nguyên nhân lành tính khác 5/81 (6,2%), không chẩn đoán được nguyên nhân 11/81 (13,5%). Giá trị chẩn đoán chung của nội soi siêu âm là 86,4%, đối với tổn thương lành tính là 84,8%, với tổn thương ác tính là 88,6%.

Bảng 5. Đối chiếu nhóm bệnh ung thư với nhóm chứng (nhóm bệnh lành tính:viêm lao, viêm mạn tính và khác)

Kết quả		Nhóm bệnh (nhóm ung thư)	Nhóm chứng (Nhóm bệnh lành tính)
Dương tính	Thật	31	0
	Giả	0	0
Âm tính	Thật	0	43
	Giả	4	0
Tổng		35	43

Nhận xét: Nội soi siêu âm EBUS chẩn đoán được 31 trường hợp ung thư. Có 4 trường hợp âm tính giả được chẩn đoán bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính: 85,7%, 100%, 100% và 91,5% tương ứng.

- Biến chứng: Có 9 trường hợp xuất hiện sốt sau nội soi chiếm 11,1%, 2 trường hợp chảy máu nhẹ trong khi sinh thiết chiếm 2,5%. Không có biến chứng nặng và tử vong.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u trung thất

Trong 81 bệnh nhân, có 52 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ

64,2%, 29 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 35,8%. Tuổi trung bình 55,20±14,47tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 77 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong nghiên cứu của Yasufuku K và cộng sự năm 2011, tỉ lệ nam giới gấp nhiều hơn nữ (76/64), tuổi trung bình là 56,7 tuổi, thấp nhất là 13 tuổi và cao nhất là 81 tuổi [4].

Đặc điểm lâm sàng:

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Hầu hết các triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư: Ho khan chiếm 42,9%, ho đờm chiếm 55,6%, ho ra máu chiếm 75%, đau ngực chiếm 50,9%, khó thở chiếm 66,7%, nuốt nghẹn chiếm 75%, khàn tiếng chiếm 81,8%, mệt mỏi chiếm 62,5%, sút cân chiếm 68,8%, ran ẩm, nổ chiếm 62,5%, ran rít chiếm 50%.

Nhóm viêm lao: sốt 50%, chán ăn 44,4%, mệt 37,5%, ho khan 37,1%, ho đờm 27,8%, ho ra máu 25%, đau ngực 29,1%, ran ẩm, nô 25%. Nhóm viêm mạn tính: sốt 16,7%, chán ăn 11,1%, ho khan 11,4%. Sự khác biệt triệu chứng khó thở, khàn tiếng, ran rít giữa các nhóm nguyên nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Evison và cộng sự (2014), cho thấy nhóm viêm lao: Ho chiếm 83%, sốt, sút cân chiếm 56%, đau ngực chiếm 11%, nhóm carcinoma: Ho chiếm 43%, sút cân 86%, khó thở 71%, nhóm lymphoma: Ho chiếm 47%, sút cân 83%, sốt 50% [5].

Đặc điểm CT Scanner ngực:

Vị trí tổn thương: Trung thất trên gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 4 (57,1%), nhóm viêm lao: 28,6%. Trung thất trước gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư 2 (66,7%). Trung thất giữa gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư: 32 (42,1%), viêm lao: 29 (38,2%), viêm mạn tính: 11,8%. Trung thất sau có 1 trường hợp là u xơ thần kinh. Sự khác biệt về vị trí trung thất trên, trung thất giữa, trung thất trước giữa các nhóm nguyên nhân là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt về vị trí trung thất sau giữa các nhóm nguyên nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các nguyên nhân của u trung thất là các bệnh lý của hệ thống hạch trung thất, do đó tổn thương xuất hiện ở cả 3 khoang trung thất, nhưng hầu hết ở trung thất giữa. Trong nhóm ung thư, hầu hết là ung thư phổi di căn hạch trung thất, do đó tổn thương ở hầu hết vị trí trung thất giữa, có 2 trường hợp ở trung thất trước là u tuyến ức.

Tính chất tổn thương: Bờ tròn gặp nhiều nhất ở nhóm viêm lao chiếm 28 (52,8%), ung thư: 10 (18,9%), viêm mạn tính: 17%, khác: 11,3%. Bờ nhẵn gặp nhiều nhất ở nhóm viêm lao chiếm 28 (52,8%), ung thư: 17%, viêm mạn tính: 15,1%. Bờ không nhẵn gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 25 (96,2%), viêm lao: 3,8%. Bờ có múi gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 28 (82,4%), viêm lao: 5,9%, viêm mạn tính: 2,9%, khác: 8,8%. Sự khác biệt về đặc điểm tổn thương: Bờ nhẵn, bờ tròn, bờ không nhẵn, có múi giữa các nhóm nguyên nhân là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm bờ không nhẵn, có múi là đặc điểm rất có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân ung thư.

Tổn thương phổi kèm theo: Tổn thương nốt gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 17 (48,6%). Tổn thương khối gặp chỉ gặp ở nhóm ung thư chiếm 6 (100%). Trần dịch màng phổi gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 4 (57,1%). Kính mờ gặp nhiều nhất ở nhóm viêm lao chiếm 4 (36,4%). Đông đặc gặp nhiều nhất ở nhóm ung thư chiếm 3 (60%). Sự khác biệt về tổn thương khối giữa các nhóm nguyên nhân là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2. Kết quả nội soi EBUS-TBNA

- Vị trí nhóm hạch trung thất: Vị trí nhóm hạch trung

thất hay gặp nhất là nhóm 7 chiếm 74,1%, nhóm 4R chiếm 56,8%, nhóm 4L chiếm 38,3%, nhóm 2R: 22,2%, nhóm 11R: 22,2%, nhóm 10R: 18,5%, nhóm 10L: 14,8%, nhóm 11L: 11,1%. Kích thước u trung thất nhỏ nhất trên nội soi siêu âm là 10mm, lớn nhất là 60mm, kích thước trung bình $31,10 \pm 10,58$ mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong nghiên cứu Korkmaz C và cộng sự (2021), nhóm hạch 7 chiếm tỷ lệ nhiều nhất: 372/545 (68,3%), nhóm 4R: 265/545 (48,6%) [6].

- Kết quả chẩn đoán của EBUS-TBNA: Trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng cộng 81 bệnh nhân u trung thất. Qua nội soi siêu âm EBUS-TBNA lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm tế bào, mô bệnh học và các xét nghiệm vi sinh: Nuôi cấy bactec, LPA, Xpert để chẩn đoán. Kết quả chẩn đoán được 32 trường hợp ung thư, 25 trường hợp viêm lao, 15 trường hợp viêm mạn tính, 2 trường hợp viêm hoại tử, 2 trường hợp sarcoidosis, 1 trường hợp bướu giáp, 1 trường hợp Schwannoma và 4 trường hợp bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những trường hợp u trung thất không phù hợp giữa lâm sàng, CT Scanner ngực với kết quả EBUS-TBNA sẽ được phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán xác định lại và kết hợp phẫu thuật cắt bỏ khối u. Cụ thể: Trong 15 trường hợp viêm mạn tính, có 6 trường hợp được phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán được 2 trường hợp ung thư, 3 viêm lao, 1 sarcoidosis. Trong 2 trường hợp viêm hoại tử, có 1 trường hợp được PTNS lồng ngực chẩn đoán ung thư. Trong 4 trường hợp bình thường, có 3 trường hợp được PTNS lồng ngực chẩn đoán được 1 trường hợp ung thư, 1 sarcoidosis, 1 u xơ thần kinh. Trường hợp chẩn đoán Schwannoma được PTNS lồng ngực chẩn đoán là viêm lao. Tất cả các trường hợp viêm mạn tính còn lại, 1 trường hợp kết quả mô bệnh bình thường và 1 trường hợp viêm hoại tử đều được theo dõi tiếp trong 6 tháng, được khám và chụp CT Scanner ngực kiểm tra, kết quả chẩn đoán không thay đổi.

Như vậy: Trong 81 trường hợp u trung thất thì nội soi siêu âm chẩn đoán được 70 trường hợp bao gồm ung thư 31/81 (38,3%), viêm lao 25/81 (30,9%), viêm mạn tính 9/81 (11,1%), nguyên nhân lành tính khác 5/81 (6,2%), không chẩn đoán được nguyên nhân 11/81 (13,5%). Giá trị chẩn đoán chung của nội soi siêu âm là 86,4%. Giá trị chẩn đoán đối với ung thư là 88,6%, đối với tổn thương lành tính là 84,8%. Về hiệu quả chẩn đoán của nội soi siêu âm EBUS-TBNA đối với nguyên nhân ung thư, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính là: 85,7%, 100%, 100% và 91,5% tương ứng.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả: Ortakoylu và CS (2015) trên 159 bệnh nhân, cho thấy độ chính xác chẩn đoán của EBUS-TBNA chung là 84%, đối với tổn thương lành tính là 83% và ác tính là 77% [7]. Murthi M và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 143 trường hợp, kết quả cũng

cho thấy độ chính xác chẩn đoán chung là 81,2% [8]. Isobel Dugdale và cộng sự (2023), nghiên cứu trên 968 bệnh nhân trong 10 năm, cho thấy độ nhạy của EBUS là 90,8% đối với ung thư phổi, 90,5% đối với ung thư ngoài lồng ngực 88,9% đối với sarcoidosis [9].

- **Biến chứng:** Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 81 bệnh nhân có 9 trường hợp xuất hiện sốt sau soi chiếm 11,1%, sốt nhẹ và đáp ứng với thuốc hạ sốt paracetamol 500mg; 2 trường hợp chảy máu nhẹ trong khi sinh thiết hút, lượng chảy máu ít <5ml, chiếm 2,5%, không có trường hợp biến chứng nặng, nguy hiểm tới tính mạng.

5. KẾT LUẬN

EBUS-TBNA có giá trị cao trong chẩn đoán các tổn thương trung thất tiếp giáp với khí phế quản trung tâm. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA chung là 86,4%, đối với tổn thương lành tính là 84,8%, với tổn thương ác tính là 88,6%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính của EBUS TBNA cho nguyên nhân ác tính là: 85,7%, 100%, 100% và 91,5% tương ứng. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng, nguy hiểm tới tính mạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bailey N, Krisnadi Z, Kaur R et al., A pragmatic application of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: A single institution experience. *BMC Pulm Med.* 2019;19 (1):155.

[2] Agarwal R, Srinivasan A, Aggarwal AN et al., Efficacy and safety of convex probe EBUS-TBNA in sarcoidosis: A systematic review and meta-analysis. *Respir Med.* 2012;106 (6):883-92.

[3] Sun J, Teng J, Yang H et al., Endobronchial ultra-

sound-guided transbronchial needle aspiration in diagnosing intrathoracic tuberculosis. *Ann Thorac Surg.* 2013; 96 (6):2021-7.

[4] Yasufuku K, Nakajima T, Fujiwara T et al., Utility of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of mediastinal masses of unknown etiology. *Ann Thorac Surg.* 2011;91 (3):831-836.

[5] Evison M, Crosbie PA, Morris J et al., A study of patients with isolated mediastinal and hilar lymphadenopathy undergoing EBUS-TBNA. *BMJ Open Respir Res,* 1 (1), e000040, 2014.

[6] Korkmaz C, Demirbas S, Vatansev H, The value of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration, 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography, and ultrasonography imaging techniques in the diagnosis of mediastinal and/or hilar malignant, anthracotic, and other benign lymph nodes. *Medicine (Baltimore),* 100 (7), e24728, 2021.

[7] Ortakoylu MG, Iliaz S, Bahadir A et al., Diagnostic value of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in various lung diseases. *J Bras Pneumol,* 41 (5), 2015, 410-414.

[8] Murthi M, Donna E, Arias S et al., Diagnostic Accuracy of Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration (EBUS-TBNA) in Real Life. *Frontiers in medicine,* 7, 118, 2020.

[9] Isobel Dugdale, See Ling Tan, Muhammad Niazi et al., Diagnostic yield and safety of EBUS-TBNA: single centre experience over 10 years. *European Respiratory Journal,* 62 (suppl 67), PA1793, 2023.

