

RESEARCH ON THE ROLE OF BLIND PLEURAL BIOPSY IN DIAGNOSING THE ETIOLOGY OF TUBERCULOUS PLEURAL EFFUSION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Le Xuan Vung¹, Ngo Duc Ky²

¹Nghe An General Friendship Hospital - No. 23A, Nguyen Xuan Linh Street, Thanh Vinh Ward, Nghe An Province

²Nghe An Endocrinology Hospital - 11 Mai Hac De, Vinh Hung ward, Nghe An province, Vietnam

Received: 20/03/2026

Revised: 12/04/2026; Accepted: 28/04/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the diagnostic accuracy of closed (blind) pleural biopsy in identifying the etiology of tuberculous pleural effusion among patients with exudative pleural effusion at Nghe An General Friendship Hospital.

Patients and Methods: A prospective diagnostic accuracy study was conducted on 49 patients with exudative pleural effusion who underwent closed pleural biopsy at Nghe An General Friendship Hospital from January 2025 to August 2025. The biopsy results (index test) were compared against a composite reference standard (including microbiology, and 6-month clinical follow-up) to determine diagnostic performance.

Results: The male-to-female ratio was approximately 1.5/1, with a mean age of 65.9±19.6 years. Pleural effusion occurred on the right side in 61.2% of cases, the left side in 26.5%, and bilaterally in 12.3%. For the diagnosis of tuberculous pleural effusion, closed pleural biopsy demonstrated: sensitivity (Se): 80%; specificity (Sp): 100%; positive predictive value (PPV): 100%; negative predictive value (NPV): 82.8%. The most common complications were minor pneumothorax (12.2%) and subcutaneous emphysema (4.1%).

Conclusions: Closed pleural biopsy is a highly reliable diagnostic method for tuberculous pleural effusion, particularly in medical facilities where medical thoracoscopy is unavailable. With a sensitivity of 80%, specificity of 100%, and a low rate of predominantly mild complications, it remains a valuable tool in clinical practice.

Keywords: Tuberculous pleural effusion, closed pleural biopsy, sensitivity, specificity, diagnostic accuracy.

*Corresponding author

Email: drlexuanvung@gmail.com Phone: (+84) 941468555 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.5045

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ SINH THIẾT MÀNG PHỔI MÙ TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lê Xuân Vượng¹, Ngô Đức Kỳ²

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - số 23A, đường Nguyễn Xuân Linh, phường Thành Vinh, tỉnh Nghệ An

²Bệnh viện Nội tiết Nghệ An - 11 Mai Hắc Đế, phường Vinh Hưng, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/04/2026; Ngày duyệt đăng: 28/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định giá trị của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán lao màng phổi ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiền cứu xác định độ chính xác chẩn đoán ở 49 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết được sinh thiết màng phổi mù tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025. Kết quả giải phẫu bệnh bệnh phẩm sinh thiết được so sánh với tiêu chuẩn tham chiếu hỗn hợp (gồm xét nghiệm vi sinh, theo dõi kết quả điều trị sau 6 tháng) để xác định giá trị chẩn đoán.

Kết quả: tỉ lệ nam/nữ ~ 1,5/1, tuổi trung bình 65,9 ± 19,6 tuổi. Tỉ lệ tràn dịch màng phổi bên phải 61,2%, bên trái 26,5% và cả hai bên là 12,3%. Sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi do lao có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương tính 100%, giá trị tiên đoán âm tính 82,8%. Tai biến thường gặp nhất là tràn khí màng phổi lượng ít với tỷ lệ 12,2%, tràn khí dưới da 4,1%.

Kết luận: Sinh thiết màng phổi mù là phương pháp chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi do lao có giá trị tốt trong điều kiện cơ sở y tế chưa có nội soi màng phổi, có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 100%, tỉ lệ gặp tai biến thấp, chủ yếu là các tai biến nhẹ.

Từ khóa: tràn dịch màng phổi do lao, sinh thiết màng phổi mù, độ nhạy, độ đặc hiệu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi do lao là dạng phổ biến thứ hai của lao ngoài phổi (sau lao hạch) và nguyên nhân phổ biến nhất gây tràn dịch màng phổi ở những khu vực có lao lưu hành.¹

Xác định chính xác nguyên nhân tràn dịch màng phổi có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong định hướng điều trị và tiên lượng bệnh. Lao màng phổi là dạng lao ngoài phổi phổ biến, với tỷ lệ mắc dao động từ 3% đến 30% tùy thuộc vào tỷ lệ lưu hành lao và các bệnh đi kèm như HIV tại từng khu vực. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính có 10,8 triệu ca lao mới trên toàn cầu năm 2023, trong đó lao ngoài phổi chiếm khoảng 15-17%. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, lao màng phổi có thể tiến triển thành xơ hóa màng phổi với tỷ lệ từ 5% đến 55% trong các trường hợp, gây hạn chế vận động lồng ngực, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng hô hấp và chất lượng cuộc sống của người bệnh.²

Có nhiều phương pháp chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi do lao, từ những xét nghiệm đơn giản như chọc hút dịch màng phổi, nội soi màng phổi nội khoa, đến những biện pháp ít xâm lấn như sinh thiết màng phổi mù,

nội soi màng phổi nội khoa, đến những biện pháp xâm lấn như sinh thiết màng phổi ngoại khoa. Sinh thiết màng phổi mù là một phương pháp ít xâm lấn, có thể thực hiện được ở nhiều đơn vị y tế cơ sở, có giá trị chẩn đoán cao.

Tác giả Renata Báez-Saldaña (2017) nghiên cứu 1034 mẫu sinh thiết màng phổi mù cho kết quả phân tích độ chính xác như sau: độ nhạy, 77%; độ đặc hiệu, 98%; giá trị dự đoán dương tính, 99%; giá trị dự đoán âm tính, 66%.³ Hiện tại, các phương pháp nội soi màng phổi nội khoa, nội soi màng phổi ngoại khoa đang ngày càng phổ biến, tuy nhiên, các biến chứng thường nặng hơn, đặc biệt, không phải cơ sở y tế nào cũng có khả năng thực hiện.⁴

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu tìm hiểu giá trị của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi do lao tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu đánh giá độ chính xác chẩn đoán.

*Tác giả liên hệ

2.2. Đối tượng nghiên cứu: gồm 49 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết được tiến hành sinh thiết màng phổi mù tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025.

2.3. Phương pháp tính cỡ mẫu, chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, chọn mẫu không xác suất.

2.4. Quy trình kĩ thuật sinh thiết màng phổi mù:

Chuẩn bị: Bệnh nhân được khám sàng lọc, làm xét nghiệm đông máu, giải thích và ký cam kết. Tiêm dự phòng phản xạ cường phế vị bằng Atropin 0,25mg trước 30-60 phút.

Xác định vị trí: Siêu âm màng phổi để đánh dấu vị trí có lớp dịch thuận lợi, màng phổi dày hoặc có nốt, đồng thời đo độ sâu khoang màng phổi.

Kỹ thuật: Được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm >2 năm. Bệnh nhân ở tư thế ngồi cưỡi ngựa. Gây tê từng lớp bằng Lidocain 2%. Sử dụng kim sinh thiết Cope.

Tiến hành: Rạch da 3-5 mm, đưa trocar vào bờ trên xương sườn dưới để tránh bó mạch thần kinh. Dưới hướng dẫn của cảm giác tay và độ sâu ước tính, thực hiện cắt mẫu tại các vị trí 4, 5, 7 và 8 giờ (lá thành màng phổi). Mỗi bệnh nhân được lấy 3-4 mảnh bệnh phẩm, bảo quản trong Formol 10% để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Sau thủ thuật: Theo dõi sát toàn trạng, xử trí tai biến (nếu có) và băng ép vị trí sinh thiết.

2.5. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán lao màng phổi: bệnh nhân thỏa mãn 01 trong các tiêu chuẩn sau:

- (1) AFB dịch màng phổi (+)
- (2) PCR lao, genexpert dịch màng phổi (+)
- (3) MGIT dịch màng phổi (+)
- (4) Đáp ứng lâm sàng với phác đồ điều trị thuốc kháng lao sau 06 tháng theo dõi.

Lâm sàng: hết sốt, hết đau ngực, tăng cân trở lại

Hình ảnh học (Xquang ngực, siêu âm màng phổi): hết dịch màng phổi hoàn toàn hoặc dày dính màng phổi tối thiểu, không tái phát tràn dịch trong quá trình điều trị.

Xét nghiệm: chỉ số viêm máu lắng, CRP về bình thường.

Bảng 2. Test chẩn đoán và tiêu chuẩn vàng (tiêu chuẩn tham chiếu)

	Tiêu chuẩn vàng lao màng phổi (+)	Tiêu chuẩn vàng lao màng phổi (-)
Giải phẫu bệnh (bệnh phẩm sinh thiết màng phổi mù) lao màng phổi (+)	Dương tính thật (a)	Dương tính giả (b)
Giải phẫu bệnh (bệnh phẩm sinh thiết màng phổi mù) lao màng phổi (-)	Âm tính giả (c)	Âm tính thật (d)

Cách tính các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính:

Độ nhạy (Sensitivity): $Se = \frac{a}{a + c} \times 100\%$

Độ đặc hiệu (Specificity): $Sp = \frac{d}{b + d} \times 100\%$

Giá trị dự đoán dương (Positive Predictive Value):

$PPV = \frac{a}{a + b} \times 100\%$

Giá trị dự đoán âm (Negative Predictive Value):

$NPV = \frac{d}{c + d} \times 100\%$

- Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới.
- + Triệu chứng lâm sàng: ho đờm, đau ngực, khó thở, sốt (>37,5°C), sụt cân.
- + Vị trí tràn dịch màng phổi: bên phải, bên trái, cả hai bên.
- + Mức độ tràn dịch màng phổi: ít, trung bình, nhiều.
- + Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính.
- + Biến chứng: tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da, cường phế vị, tụ máu tại chỗ.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ tràn dịch màng phổi:
 - + Mức độ ít: tràn dịch màng phổi chỉ thấy góc sườn hoành tù
 - + Mức độ trung bình: Thấy hình mờ đậm, đồng đều, ở 1/3 dưới phế trường, có thể thấy đường cong mà phía lõm quay lên trên.
 - + Mức độ nhiều: Mờ đều quá ½ phổi, đẩy tim sang bên đối diện

- Tiêu chuẩn chẩn đoán cường phế vị: bệnh nhân trong quá trình sinh thiết màng phổi hoặc sau khi sinh thiết xong xuất hiện cảm giác hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi lạnh, buồn nôn, nhìn mờ, mất ý thức hồi phục sau vài phút mà đã loại trừ tụt huyết áp tư thế, không có rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học STATA 16.0. Các phép thống kê được sử dụng: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến định lượng; các phép toán tỉ lệ phần trăm của các biến định tính; tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, độ chính xác tổng thể.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- + Đề tài đã được thông qua hội đồng khoa học và được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An.
- + Bệnh nhân được giải thích để hiểu rõ mục tiêu, tự nguyện tham gia, có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào và được cung cấp đầy đủ thông tin bệnh.
- + Toàn bộ số liệu thu thập được trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực.
- + Việc nghiên cứu này không gây nguy hại gì cho đối tượng nghiên cứu.
- + Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 49 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết được sinh thiết màng phổi mù chẩn đoán nguyên nhân tại khoa Dị ứng – Hô hấp, bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025. Kết quả tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu $65,9 \pm 19,6$ tuổi, tỉ lệ nam giới chiếm 61,2%, nữ giới chiếm 38,8%. Tần suất các biến được thể hiện trong bảng 3.1.

Bảng 1. Tần suất các biến của đối tượng nghiên cứu (n=49)

Biến		Tần suất (n,%)
Ho đờm		33 (67,4)
Đau ngực		47 (95,9)
Khó thở		44 (89,8)
Sốt		18 (36,7)
Sụt cân		21 (42,9)
Vị trí tràn dịch	Bên phải	30 (61,2)
	Bên trái	13 (26,5)
	Cả hai bên	6 (12,3)
Mức độ tràn dịch	Ít	6 (12,2)
	Trung bình	29 (59,2)
	Nhiều	14 (28,6)

Nhận xét: Đau ngực, khó thở là hai triệu chứng thường gặp nhất ở các bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết được sinh thiết màng phổi mù. Tràn dịch màng phổi bên phải là vị trí thường gặp nhất, chiếm 61,2%. Chủ yếu gặp tràn dịch màng phổi mức độ trung bình.

Bảng 2. Kết quả chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết bằng sinh thiết màng phổi mù (n=49)

Kết quả mô bệnh học STMPM	Chẩn đoán xác định			Chung
	K màng phổi	Lao màng phổi	Viêm không xác định	
K màng phổi	7	0	0	7
Lao màng phổi	0	20	0	20
Viêm không xác định	6	5	11	22

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học lao màng phổi qua sinh thiết màng phổi mù đều được chẩn đoán lao màng phổi.

Trong 22 bệnh nhân chẩn đoán viêm không xác định qua sinh thiết màng phổi mù, tuy nhiên, có 05 bệnh nhân chẩn đoán xác định lao màng phổi bằng phương pháp khác gồm: 04 bệnh nhân chẩn đoán bằng nội soi màng phổi sinh thiết, 01 bệnh nhân đáp ứng điều trị lao màng phổi không bằng chứng 6 tháng với thuốc kháng lao. Có 6 bệnh nhân chẩn đoán K màng phổi sau khi nội soi màng phổi sinh thiết. Còn 11 bệnh nhân còn lại có 3 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, 4 bệnh nhân xơ gan và 4 bệnh nhân không rõ nguyên nhân.

Bảng 3. Hiệu quả chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi do lao

	Độ nhạy		Độ đặc hiệu		Giá trị dự đoán dương tính		Giá trị dự đoán âm tính		Độ chính xác	
	Giá trị	95% CI	Giá trị	95% CI	Giá trị	95% CI	Giá trị	95% CI	Giá trị	95% CI
Chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao	80	59,3-93,2	100	85,8-100	100	83,2-100	82,8	68,7-91,3	89,8	77,8-96,6

Nhận xét: Phương pháp sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao có độ nhạy 80%, khoảng tin cậy 95% CI: 59,3%-93,2%; độ đặc hiệu 100% với khoảng tin cậy 95% CI (85,8-100). Giá trị tiên đoán dương tính 100%, giá trị tiên đoán âm tính 82,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ tai biến (n=49)

Tai biến	Số lượng	Tỉ lệ
Cường phế vị	1	2
Tràn khí màng phổi ít	6	12,2
Tràn khí dưới da	2	4,1
Tụ máu tại chỗ	1	2

Nhận xét: Tai biến thường gặp nhất là tràn khí màng phổi lượng ít với tỷ lệ 12,2%; tràn khí dưới da 4,1%; tụ máu tại chỗ và cường phế vị chiếm tỷ lệ ít như nhau với 2%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $65,9 \pm 19,6$ tuổi, với tỉ lệ nam giới chiếm 61,2% và

nữ giới chiếm 38,8% (tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,5/1). Kết quả này tương đồng với nhận xét chung trong y văn rằng lao màng phổi có xu hướng gặp nhiều hơn ở nam giới, được lý giải bởi các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, tiếp xúc nghề nghiệp và hành vi xã hội. Tuổi trung bình tương đối cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh đặc điểm dịch tễ học lao tại khu vực miền Trung Việt Nam, nơi bệnh nhân cao tuổi có thể tái hoạt động lao tiềm ẩn do suy giảm miễn dịch liên quan đến tuổi tác hoặc các bệnh đồng mắc, hơn nữa trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, có 13 bệnh nhân bị K màng phổi, thường gặp ở nhóm cao tuổi, dẫn tới tuổi trung bình của nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác.

Về triệu chứng lâm sàng, đau ngực chiếm tỉ lệ cao nhất (95,9%), tiếp theo là khó thở (89,8%), ho đờm (67,4%), sụt cân (42,9%) và sốt (36,7%). Các triệu chứng này phù hợp với biểu hiện lâm sàng điển hình của tràn dịch màng phổi dịch tiết nói chung và lao màng phổi nói riêng. Tỉ lệ sốt và sụt cân tương đối thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây, có thể liên quan đến độ tuổi cao của bệnh nhân trong nghiên cứu, khi đó đáp ứng viêm toàn thân thường không điển hình.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sinh thiết màng phổi mù có độ nhạy 80% với khoảng tin cậy 95% CI: 59,3%-93,2%; độ đặc hiệu 100% với khoảng tin cậy 95% CI: 85,8%-100% trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao. Giá trị tiên đoán dương tính đạt 100% và giá trị tiên đoán âm tính là 82,8%, với độ chính xác tổng thể là 89,8%. Kết quả này của chúng tôi hoàn toàn phù hợp và nhất quán với hầu hết các nghiên cứu trước đây cả trong nước và quốc tế. Nghiên cứu của Đặng Hùng Minh và cộng sự (2015) tại Bệnh viện Bạch Mai trên 187 bệnh nhân sử dụng kim Cope cho kết quả độ đặc hiệu 100%.⁵ Tương tự, nghiên cứu của Ngô Thanh Bình (2011) cũng báo cáo độ đặc hiệu 100% khi sử dụng kim Castelain.⁶ Trên thế giới, một nghiên cứu quy mô lớn của Báez-Saldaña và cộng sự (2017) trên 1034 mẫu sinh thiết cũng ghi nhận độ đặc hiệu rất cao, đạt 98%.⁷ Với kết quả thu được như vậy cũng cho thấy tiềm năng, giá trị của sinh thiết màng phổi mù khá tốt trong chẩn đoán lao màng phổi ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết: khi mô bệnh học tìm thấy các tổn thương điển hình của lao (như nang lao với tế bào bán liên, hoại tử bã đậu), nó gần như chắc chắn cho phép khẳng định chẩn đoán. Một kết quả dương tính từ sinh thiết màng phổi mù có giá trị chẩn đoán xác định rất cao, là cơ sở vững chắc để bắt đầu điều trị đặc hiệu. Độ nhạy trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng biến động khá rộng so với các nghiên cứu khác. Kết quả này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Ngô Thanh Bình (2011) (50,7%) và tương đồng với nghiên cứu của Đặng Hùng Minh (76,7%).^{5,6} Tuy nhiên, nó thấp hơn so với nghiên cứu gần đây của Nguyễn Hoàng Khải và cộng sự (2024) tại Cần Thơ (96,9%).⁸ Kết quả này được lý giải vì những nguyên nhân sau: kinh nghiệm của bác sĩ làm thủ thuật qua việc lựa chọn vị trí đâm kim, góc độ và thao tác lấy mẫu có vai trò quyết định; tổn thương màng phổi trong lao thường là tổn thương lan tỏa tuy nhiên ở giai đoạn sớm tổn thương chưa đồng đều nên có thể lấy vào vùng tổn thương lành, bên cạnh đó, cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ và đây cũng là hạn chế trong nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các tai biến đều ở mức độ nhẹ, không ghi nhận trường hợp nào cần can thiệp phẫu thuật hoặc dẫn lưu màng phổi. Tỷ lệ tràn khí màng phổi lượng ít 12,2% tương đương với y văn (dao động 5–15%), cao hơn Đặng Hùng Minh và cộng sự (2015) (4,3%) khi sử dụng kim Abrams nhưng thấp hơn Gouda AM và cộng sự (2006) (18% khi dùng kim Cope).⁹ Sự khác biệt này có thể do loại kim sinh thiết và kinh nghiệm của người thực hiện. Tràn khí dưới da (4,1%), cường phế vị và tụ máu tại chỗ (mỗi loại 2,0%) đều tự hồi phục hoặc được xử trí dễ dàng bằng biện pháp nội khoa đơn giản. So sánh với nội soi màng phổi nội khoa và ngoại khoa (VATS), sinh thiết màng phổi mù có tỷ lệ tai biến thấp hơn và mức độ nhẹ hơn đáng kể, khẳng định tính an toàn của kỹ thuật này trong điều kiện tuyến tính.

5. KẾT LUẬN

Sinh thiết màng phổi mù là một phương pháp chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi do lao có giá trị chẩn đoán tốt trong bối cảnh cơ sở y tế chưa có nội soi màng phổi với độ nhạy 80% (95%CI:59,3-93,2), độ đặc hiệu 100% (95%CI: 85,8-100), giá trị dự đoán dương tính 100% (95%CI: 83,2-100), giá trị dự đoán âm tính 82,8% (95%CI: 68,7-91,3). Tỷ lệ gặp tai biến thấp, chủ yếu là các tai biến nhẹ, tự hồi phục.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. *Clinical Infectious Diseases*. 2017;64(2):e1-e33. doi:10.1093/cid/ciw694
- [2] Shaw JA, Irusen EM, Diacon AH, Koegelenberg CF. Pleural tuberculosis: A concise clinical review. *Clin Respir J*. 2018;12(5):1779-1786. doi:10.1111/crj.12900
- [3] Báez-Saldaña R, Rumbo-Nava U, Escobar-Rojas A, et al. Accuracy of closed pleural biopsy in the diagnosis of malignant pleural effusion. *J bras pneumol*. 2017;43:424-430. doi:https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000323
- [4] Augustine J, Vijay A, Ramachandran D, et al. Improving the yield of diagnostic medical thoracoscopy for undiagnosed exudative pleural effusions using a rigid diagnostic algorithm. *Int J Mycobacteriol*. 2021;10(4):405-410. doi:10.4103/ijmy.ijmy_214_21
- [5] Minh ĐH, Hoàn L, Tài ĐĐ. Hiệu quả của sinh thiết màng phổi bằng kim Cope trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi tại trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2015;Chuyên đề tháng 11:135-141.
- [6] Ngô TB, Nguyễn TTN. Giá trị của sinh thiết màng phổi mù bằng kim Castelain trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. *Tạp chí Nghiên cứu Y học TP Hồ Chí Minh*. 2011;15(1):415-422.
- [7] Báez-Saldaña R, Rumbo-Nava U, Escobar-Rojas A, et al. Accuracy of closed pleural biopsy in the diagnosis of malignant pleural effusion. *J Bras Pneumol*. 2017;43(6):424-430. doi:10.1590/S1806-37562016000000323
- [8] Khải NH, Trần NTH, Diệu TT. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và vai trò của sinh thiết màng phổi mù ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;(74):74. doi:10.58490/ctump.2024i74.2527
- [9] Gouda A, Dalati T, Al-Shareef N. A comparison between Cope and Abrams needle in the diagnosis of pleural effusion. *Annals of Thoracic Medicine*. 2006;1:12. doi:10.4103/1817-1737.25864