

KẾT QUẢ NỘI SOI PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ TRUNG TÂM DO UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

ĐỖ QUYẾT, TẠ BÁ THẮNG, NGUYỄN HUY LỰC, MAI XUÂN KHẮN

Học viện Quân y

Nghiên cứu kết quả nội soi phế quản can thiệp điều trị trên 33 bệnh nhân tắc nghẽn đường thở trung tâm (TNĐTTT) do ung thư phổi (UTP) tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4.2012 đến tháng 7.2014 cho thấy: nong phế quản bằng ống cứng và cắt tổn thương bằng kim sinh thiết ở 100% bệnh nhân, 84,8% bệnh nhân được cắt đốt laser và 12,1% được đặt stent silicon khí - phế quản. Các triệu chứng lâm sàng, xẹp phổi, viêm phổi dưới chít hẹp và mức độ tắc nghẽn đường thở thay đổi rõ rệt sau điều trị 1 tuần. Tỷ lệ biến chứng chung của nội soi can thiệp gặp 39,4%, trong đó ho máu nhẹ 24,2%, nhiễm trùng hô hấp 6,0%, suy hô hấp 3,0%.

Từ khóa: TNĐTTT, UTP, nội soi phế quản can thiệp.

THE RESULTS OF INTERVENTIONAL BRONCHOSCOPY FOR TREATMENT OF CENTRAL AIRWAY OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH LUNG CANCER AT HOSPITAL 103

Summary

A study on the results of interventional therapeutic bronchoscopy for treatment of central airway obstruction in 33 patients with lung cancer at Hospital 103 from April 2012 to July 2014 showed that: 100% of patients were stretched with mechanical dilatation and cut lesions with forceps, 84.8% of patients with laser ablation and 12.1% with silicon airway stent placement. The clinical symptoms, atelectasis, obstructive pneumonia and the degree of airway obstruction changed markedly after one week of treatment. The rate of overall complication was 39.4%, including 24.2% with mild hemoptysis, 6.0% with respiratory infection, 3.0% with respiratory failure.

Keywords: central airway obstruction, lung cancer, interventional bronchoscopy.

Đặt vấn đề

UTP là bệnh có tỷ lệ mắc cao trên thế giới và có tiên lượng xấu. Bệnh này thường gây nên biến chứng TNĐTTT, bao gồm: tắc nghẽn khí quản, phế quản gốc, phế quản trung gian. Các nghiên cứu cho thấy, 20-40% bệnh nhân UTP có xâm lấn đường thở trung tâm. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 600-700 bệnh nhân UTP có xâm lấn đường thở. Triệu chứng lâm sàng chính của TNĐTTT là khó thở, đôi khi gây suy hô hấp đe dọa tính mạng bệnh nhân [3, 6, 8]. Có nhiều phương pháp điều trị TNĐTTT như phẫu thuật, nội soi phế quản can thiệp (nong, cắt, đốt, đặt stent khí - phế quản...) [1, 2, 9]. Theo Colt H.G. và cs (1997) nghiên cứu các bệnh nhân TNĐTTT nhập Khoa điều trị tích cực, có khoảng 2/3 số bệnh nhân phải nội soi phế quản ống cứng can thiệp cấp cứu. Nội soi phế quản can thiệp có nhiều ưu điểm trong điều trị TNĐTTT hơn so với phẫu thuật: can thiệp cấp cứu bất kỳ thời điểm nào, can thiệp nhẹ nhàng hơn, các tai biến, biến chứng sau thủ thuật ít hơn, bệnh

nhân nhanh hồi phục hơn [4, 5, 6, 9]. Tại Việt Nam, một số kỹ thuật nội soi phế quản can thiệp đã được áp dụng từ lâu (lấy dị vật phế quản, cắt, đốt điện, nhiệt), tuy nhiên một số kỹ thuật mới còn chưa được áp dụng nhiều như cắt, đốt laser, đặt stent khí - phế quản. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá kết quả nội soi phế quản can thiệp điều trị TNĐTTT do UTP tại Bệnh viện Quân y 103.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là TNĐTTT do UTP, điều trị nội trú tại Khoa lao và bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4.2012 đến tháng 7.2014.

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTP bằng nội soi - sinh thiết xét nghiệm mô bệnh. Chẩn đoán TNĐTTT dựa vào các triệu chứng lâm sàng định hướng và xác định bằng chụp cắt lớp vi tính kết hợp với nội soi ảo và nội soi phế quản.

Phương pháp nghiên cứu

Khám lâm sàng các bệnh nhân để phát hiện các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng; thực hiện các xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu, đông máu, nhóm máu, điện tim, X quang phổi chuẩn ở thời điểm khi vào viện để chuẩn bị cho nội soi phế quản can thiệp.

Các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và nội soi ảo, nội soi phế quản mềm đánh giá vị trí, mức độ hẹp, tình trạng tổn thương tại chỗ hẹp đường thở. Phân loại hình thái và mức độ hẹp đường thở theo Bollinger C.T. và cs (2006).

Các bệnh nhân được thực hiện soi phế quản ống cứng (kiểu Dumon) kết hợp với soi phế quản mềm (olympus) dưới gây mê tại phòng phẫu thuật nội soi. Tiến hành phá hủy các tổn thương bằng cắt, đốt laser hoặc kim sinh thiết và nong đường thở bằng ống cứng và ống mềm. Tiến hành đặt stent silicon khí hoặc phế quản gốc nếu bệnh nhân có hẹp lại đường thở sau điều trị nội soi 1 tuần. Đặt ống nội khí quản qua chỗ đường thở cắt, đốt, nong ở bệnh nhân không đặt stent và đưa bệnh nhân về Khoa hồi sức tích cực theo dõi và điều trị tiếp.

Đánh giá kết quả của nội soi phế quản can thiệp: đánh giá thay đổi triệu chứng lâm sàng (khó thở, tiếng rít khu trú), hình ảnh X quang, nội soi phế

quản mềm và theo dõi các tai biến, biến chứng của nội soi can thiệp sau điều trị 1 tuần.

Xử lý số liệu theo phần mềm Epi.info 6.0.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Đặc điểm lâm sàng, vị trí và mức độ tắc nghẽn đường thở

Bảng 1: tuổi và giới tính bệnh nhân

Tuổi	Giới		Tổng
	Nam	Nữ	
<30	2		2 (6,0%)
30-<40	3	2	5 (15,1%)
40-<50	6	1	7 (21,2%)
50-<60	10	2	12 (36,5%)
≥ 60	6	1	7 (21,2%)
Tổng	27 (81,8%)	6 (18,2%)	33 (100%)
Tuổi trung bình	61,5±11,0		

Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm đa số (81,8%), nữ giới chỉ chiếm 18,2%; tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,5±11,0, lứa tuổi gặp nhiều nhất là 50-<60 (36,5%). Theo Cosano Porendano A. và cs (2005), tỷ lệ nam giới chiếm 66,17%, nữ 33,83%, tuổi trung bình 57±7 tuổi ở những bệnh nhân TNĐTTT. Hespagnol V. và cs (2013) nghiên cứu 804 bệnh nhân TNĐTTT thấy nam giới chiếm 76,9%, nữ 23,1%, tuổi trung bình 62. Như vậy, tuổi trung bình ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu của các tác giả nêu trên và phù hợp với giới và lứa tuổi hay gặp của UTP (nam giới, trung tuổi).

Bảng 2: đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị

Lâm sàng	n=33	%
Sốt	13	39,4
Ho máu	8	24,2
Khó thở rít	33	100
Tiếng rít khu trú	33	100
Suy hô hấp cấp	4	12,1

Hai triệu chứng gặp phổ biến nhất ở các bệnh nhân là khó thở rít và tiếng rít khu trú: 100%, sốt gặp 39,4%, ho máu gặp 24,2% và 12,1% bệnh nhân có suy hô hấp cấp. Theo Saji H. và cs (2010), đa số bệnh nhân TNĐTTT nhập viện với các triệu chứng chính: khó thở rít, ho máu, nhiễm trùng hô

hấp, đôi khi có bệnh cảnh suy hô hấp cấp do tắc nghẽn đường thở nặng [8]. Đây cũng chính là lý do một số bệnh nhân phải nội soi phế quản can thiệp cấp cứu.

Bảng 3: phân loại tít mô bệnh

Tít mô bệnh	n=33	%
UTBM tế bào vảy	5	15,2
UTBM tuyến	11	33,3
UTBM tế bào lớn	4	12,1
UTBM tế bào nhỏ	4	12,1
Không phân được tít	9	27,3

Kết quả xét nghiệm mô bệnh học ở các bệnh nhân cho thấy, ung thư biểu mô (UTBM) tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), UTBM tế bào vảy chiếm 15,2%, UTBM tế bào lớn và nhỏ chiếm tỷ lệ như nhau (12,1%) và có 27,3% UTBM chưa định được tít. Các nghiên cứu cho thấy, hiện tại có sự thay đổi tỷ lệ trong các tít mô bệnh của UTP: xu hướng tăng tỷ lệ UTBM tuyến. Đây cũng là cơ hội cho việc áp dụng điều trị đích bước một cho các bệnh nhân UTP.

Bảng 4: vị trí và mức độ TNĐTTT

Vị trí TNĐTTT	Mức độ TNĐTTT			
	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Tổng n (%)
Khí quản	1	1		2 (6,0)
Phế quản gốc		8	18	26 (78,8)
Phế quản trung gian		3	2	5 (15,2)
Tổng	1 (3,0)	12 (36,4)	20 (60,6)	33 (100)

Vị trí TNĐTTT ở phế quản gốc gặp nhiều nhất (78,8%), ở phế quản trung gian gặp 15,2%, hẹp khí quản gặp ít nhất (6,0%). Mức độ hẹp nặng gặp 60,6%, tiếp đến mức độ trung bình gặp 36,4%, mức độ nhẹ gặp ít nhất (3,0%). Hesperhol V. và cs (2013) nghiên cứu 864 bệnh nhân TNĐTTT do UTP gặp hẹp khí quản chiếm tỷ lệ cao nhất [5]. Các nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân có hẹp khí quản thường có triệu chứng suy hô hấp và nội soi phế quản can thiệp gặp nhiều khó khăn hơn [1, 7].

Kết quả nội soi can thiệp

Bảng 5: các phương pháp nội soi can thiệp điều trị TNĐTTT

Phương pháp	n=33	%
Nong phế quản	33	100
Cắt cơ học	33	100
Cắt, đốt laser	28	84,8
Đặt stent silicon	4	12,1

Trong các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, khi thực hiện nội soi phế quản can thiệp, 3 kỹ thuật được áp dụng đồng bộ trong điều trị TNĐTTT gồm: nong phế quản, cắt tổn thương bằng kim sinh thiết kết hợp với cắt đốt laser (84,8-100%) và có 12,1% bệnh nhân được đặt stent silicon khí - phế quản. Cosano Povedano A và cs (2005) nghiên cứu trên 136 bệnh nhân TNĐTTT đã thực hiện 320 lần nội soi phế quản can thiệp, trong đó: 33 lần nong bóng, cơ học; 145 lần cắt, đốt laser; 26 lần đốt điện; 116 lần đặt stent silicon. Các tác giả cho thấy, cần phải phối hợp các biện pháp điều trị trong điều trị TNĐTTT: đầu tiên là các biện pháp giải phóng tắc nghẽn đường thở (cắt, đốt, nong), sau đó là các biện pháp tạo lại hình thở đường thở (stent) [2]. Theo Sajia H. và cs (2010), cần phải đánh giá mức độ, tính chất đoạn hẹp để sử dụng phối hợp các biện pháp điều trị qua nội soi một cách hiệu quả [9].

Bảng 6: biến đổi lâm sàng, hình ảnh X quang và mức độ tắc nghẽn đường thở sau điều trị

Thay đổi lâm sàng, cận lâm sàng	Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)
Lâm sàng:		
Sốt	13 (39,4)	1 (3,0)
Ho máu	8 (24,2)	2 (6,0)
Khó thở rít	33 (100)	1 (3,0)
Tiếng rít khu trú	33 (100)	2 (6,0)
Suy hô hấp cấp	4 (12,1)	0
X quang:		
Xẹp thùy phổi	10 (30,3)	1 (3,0)
Viêm phổi dưới chít hẹp	10 (30,3)	0
Mức độ hẹp đường thở:		
Không còn hẹp đường thở	0	13 (39,4)
Hẹp nhẹ	1 (3,0)	18 (54,5)
Hẹp trung bình	12 (36,4)	2 (6,1)
Hẹp nặng	20 (60,6)	0

Sau điều trị 1 tuần, các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thay đổi rõ rệt so với trước điều trị: hết tình trạng suy hô hấp, các triệu chứng khó thở rít, tiếng rít khu trú, sốt và ho máu chỉ còn 3-6%. Trên hình ảnh X quang sau điều trị hết viêm phổi dưới chít hẹp và tỷ lệ xẹp thùy phổi giảm rõ rệt so với trước điều trị (chỉ còn 1 so với 10 bệnh nhân). Sau điều trị, bệnh nhân hết mức độ hẹp đường thở nặng, mức độ hẹp đường thở trung bình giảm rõ rệt sau điều trị (2 so với 12 bệnh nhân) và chuyển thành mức độ hẹp đường thở nhẹ: 54,5%, có 39,4% bệnh nhân không còn hẹp đường thở. Sajia H. và cs (2010) đánh giá kết quả nội soi can thiệp ở 65 bệnh nhân TNĐTTT do ung thư thấy cải thiện triệu chứng tức thì ở 98% bệnh nhân, 25,2% bệnh nhân sống thêm 1 năm và thời gian sống thêm trung bình tăng 4 tháng [9]. Neyman K. và cs (2011) đánh giá kết quả nội soi can thiệp trên 257 bệnh nhân TNĐTTT ác tính thấy các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X quang và nội soi cải thiện rõ rệt sau 1 tuần điều trị; thời gian sống thêm của bệnh nhân tăng 15 tuần [7]. Như vậy, kết quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X quang và mức độ tắc nghẽn đường thở ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của các tác giả nước ngoài, đặc biệt là cải thiện các triệu chứng lâm sàng như khó thở, suy hô hấp.

Bảng 7: tai biến, biến chứng của nội soi can thiệp

Tai biến, biến chứng	n	%
Tỷ lệ biến chứng chung	13	39,4
Ho máu nhẹ	8	24,2
Nhiễm trùng hô hấp	3	9,0
Suy hô hấp	2	6,0

Tỷ lệ gặp tai biến, biến chứng chung của nội soi can thiệp ở các bệnh nhân nghiên cứu là 39,4%, trong đó ho máu nhẹ gặp nhiều nhất (24,2%), nhiễm trùng hô hấp 9,0%, suy hô hấp gặp 6,0%. Sajia H. và cs (2010) gặp tỷ lệ tai biến chung của nội soi phế quản can thiệp ở bệnh nhân ung thư là 22%, tử vong 8% [9]. Neyman K. và cs (2011) gặp một số tai biến, biến chứng của nội soi can thiệp như chảy máu, tràn khí màng phổi, tắc nghẽn đường thở gây suy hô hấp, tuy nhiên tỷ lệ thấp (khoảng 1,9-5%) [7]. Chúng tôi cũng gặp ho máu nhẹ ở 24,2% bệnh nhân, nhiễm trùng hô hấp 9,0% và chỉ điều trị nội khoa sau 1 tuần ổn định. Có 6,0% bệnh nhân có suy hô hấp trong quá trình nội soi can thiệp do tắc nghẽn đường thở nhưng được xử lý cấp cứu ngay trong quá trình làm thủ thuật. Sau can thiệp, những bệnh nhân đặt stent đều được đặt nội khí quản và theo dõi điều trị tại Khoa hồi sức tích cực nên không xảy ra biến chứng suy hô hấp.

Kết luận

Đánh giá kết quả nội soi phế quản điều trị TNĐTTT do UTP tại Bệnh viện Quân y 103, bước đầu chúng tôi nhận thấy:

- Nong phế quản bằng ống cứng và cắt tổn thương bằng kim sinh thiết ở 100% bệnh nhân, 84,8% bệnh nhân được cắt đốt laser và 12,1% được đặt stent silicon khí - phế quản.

- Các triệu chứng lâm sàng, xẹp phổi và viêm phổi dưới chít hẹp và mức độ tắc nghẽn đường thở thay đổi rõ rệt sau điều trị 1 tuần.

- Tỷ lệ biến chứng chung gặp 39,4%, trong đó ho máu nhẹ 24,2%, nhiễm trùng hô hấp 6,0%, suy hô hấp 3,0%

Tài liệu tham khảo

[1] Đỗ Quyết. Nhận xét 65 trường hợp điều trị TNĐTTT. Công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị Bệnh phổi toàn quốc 2005, 142-145.

[2] Cosano Povedano A., Muñoz Cabrera L., Cosano Povedano F.L., et al. Endoscopic Treatment of Central Airway Stenosis: Five Years' Experience, Arch Bronconeumol. 2005;41(6):322-7.

[3] Dutat H., Breen D.P. Endobronchial laser treatment: an essential tool in therapeutic bronchoscopy. Eur Respir Mon, 2010, 48, 1-12.

[4] Ernst A., Feller - Kopman D., Becker H.D., et al. Central Airway Obstruction. Am J Respir Crit Care Med 2004, 169. pp 1278-1297.

[5] Hespanhol V., Magalhães A., Marques A. Neoplastic severe central airways obstruction, interventional bronchoscopy: a decision-making analysis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Apr;145(4):926-32. doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.08.066. Epub 2012 Sep 27.

[6] Lund M.E., Garland R., Ernst A. Airway Stenting: Applications and Practice Management Considerations. Chest 2007; 131:579-587.

[7] Neyman K., Sundset A., Espinoza A., et al. Survival and complications after interventional bronchoscopy in malignant central airway obstruction: a single-center experience. J Bronchology Interv Pulmonol. 2011 Jul;18(3):233-8.

[8] Oviatt L., Michaud G.C., Stather D.R., et al. Quality of life and exercise capacity following interventional bronchoscopy for malignant airway obstruction. Chest 2009, 136 (4), Abstract.

[9] Sajia H., Furukawab K., Tsutsuia H., et al. Outcomes of airway stenting for advanced lung cancer with central airway obstruction. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery 2010, 11: 425-428.