

GIÁ TRỊ CỦA X QUANG LỒNG NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN THUYỀN TẮC PHỔI

Lê Thuong Vũ*

TÓM TẮT

Mở đầu: Là một trong những xét nghiệm cơ bản trong tiếp cận chẩn đoán các bệnh nhân có nghi ngờ thuyên tắc phổi, nghiên cứu thêm X quang lồng ngực có thể giúp cải thiện chẩn đoán thuyên tắc phổi (TTP).

Mục tiêu: Xác định liệu các bất thường X quang đơn lẻ kinh điển và các phối hợp của chúng có giúp chẩn đoán xác định hoặc loại trừ thuyên tắc phổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 68 trong 197 bệnh nhân nghi ngờ thuyên tắc phổi tại khoa Phổi và khoa Tim mạch, BV Chợ Rẫy từ 8/2007 đến 10/2010, được phát hiện TTP bằng chụp mạch máu phổi cắt lớp. Các biểu hiện X quang ngực (XQN) được phân tích để tìm độ nhạy, độ chuyên; tỷ số khả dĩ dương LR(+), tỷ số khả dĩ âm LR(-) ở toàn bộ bệnh nhân và các bệnh nhân không bệnh tim phổi trước.

Kết quả: Các bất thường XQN như bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, lớn ĐM phổi, bất kỳ thương tổn mạch máu là các biến đổi X quang có tương quan có ý nghĩa với sự hiện diện TTP trên toàn bộ bệnh nhân và trên các bệnh nhân không bệnh tim phổi từ trước. Độ nhạy của các biểu hiện này trên toàn bộ bệnh nhân dao động giữa 14,7-68,8%, độ chuyên giữa 76,0-98,4%, LR (+) 2,26-9,19, LR(-) 0,54-0,87. Qua phân tích đa biến, bóng mờ tựa đáy vào màng phổi và bất kỳ thương tổn mạch máu có khả năng tiên lượng độc lập chẩn đoán TTP ở tất cả các bệnh nhân (tỷ số chênh lần lượt là OR=17,6, ĐTC95% 3,5-87,8 và OR=5,5, ĐTC95% 2,8-10,8); cũng như với các bệnh nhân không bệnh tim phổi từ trước (tỷ số chênh lần lượt là OR=17,6; ĐTC95% 1,9-159,4 và OR=11,5; ĐTC95% 3,2-40,9).

Kết luận: X quang ngực có khả năng xác định bệnh thấp đến trung bình. XQN không giúp loại trừ TTP. Khi có biến đổi XQN hiện diện, xác suất lâm sàng mắc TTP gia tăng. XQN giúp định hướng các bước chẩn đoán và điều trị tiếp theo.

Từ khoá: X quang ngực, thuyên tắc phổi, chẩn đoán.

ABSTRACT

DIAGNOSTIC VALUE OF CHEST X RAY IN ACUTE PULMONARY EMBOLISM

Le Thuong Vu* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 15 - Supplement of No 4 - 2011: 444 - 450

Background: Being a basic test to approach patients suspected of pulmonary embolism, chest X ray may help to improve the diagnosis of pulmonary embolism.

Objective: To determine if chest X ray abnormalities or their combinations could help improving the diagnosis of pulmonary embolism

Method: In 197 patients suspected of pulmonary embolism in Cardiovascular and Pulmonary Medicine Department, Cho Ray hospital from 8/2007 to 10/2010, 68 patients found PE by multidetector CT angiography. Sensitivity, specificity, likelihood ratio was calculated for chest X ray abnormalities in patients without pre-existence cardio-pulmonary disease and in all patients.

Results: Chest X ray abnormalities (pleural based consolidation, big pulmonary arteries, any pulmonary

* Bộ Môn Nội Tổng Quát, ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS Lê Thuong Vũ

ĐT: 0913741140

Email: lethuongvu@ump.edu.vn

vascular abnormalities) were significantly associated with pulmonary embolism in all patients and in patients without pre-existing cardio-pulmonary diseases. Sensitivities of the three signs in all patients varied between 14.7-68.8%, specificities between 76.0-98.4%, LR (+) 2.26-9.19, LR(-) 0.54-0.87. Multivariable analysis showed pleural based consolidation, any pulmonary vascular abnormalities were the two independent variables for the diagnosis of pulmonary embolism in all patients (consecutively, OR=17.6 (95%CI=3.5-87.8) and OR=5.5 (95%CI=2.8-10.8)) and in patients without pre-existence cardio-pulmonary disease (consecutively, OR=17.6 (95%CI=1.9-159.4) and OR=11.5 (95%CI=3.2-40.9)).

Conclusion: Chest X ray had low to moderate capability to confirm pulmonary embolism. CXR could not be used to rule out pulmonary embolism. When CXR abnormalities exist, the clinical probability increases. CXR helps in triage of pulmonary embolism suspected patients.

Key words: chest X ray, pulmonary embolism, diagnosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thuyên tắc huyết khối bao gồm huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi là thường gặp trên thế giới^(1,18). Thuyên tắc phổi (TTP) thường chiếm 1/3 các trường hợp bệnh thuyên tắc huyết khối⁽²⁾. Bệnh giải thích 1% số bệnh nhân nhập viện do mọi nguyên nhân⁽¹⁸⁾. Tuy vậy, thuyên tắc phổi chỉ mới được báo cáo lẻ tẻ và hiện vẫn được coi là hiếm gặp tại Việt Nam^(8,9,10,11).

Khác với TTP, nhiều dữ liệu ủng hộ huyết khối tĩnh mạch tại Việt nam có tần suất tương tự các nước phương tây^(7,15). Leizorovicz phát hiện tần suất huyết khối tĩnh mạch ở các bệnh nhân đồng nam châu á sau phẫu thuật cao tương tự các nước phương tây⁽⁷⁾. Tần suất huyết khối tĩnh mạch không triệu chứng phát hiện qua một nghiên cứu tầm soát trên các bệnh nhân nội khoa có nguy cơ là tương tự các quốc gia trên thế giới⁽¹⁵⁾. Các dữ liệu này cho phép nghĩ đến một giả thuyết: TTP không là bệnh hiếm gặp tại Việt Nam. Giả thuyết này có thể đúng vững vì thuyên tắc phổi là một bệnh khó chẩn đoán do các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu⁽¹⁾. Các nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận TTP thường được chẩn đoán trễ^(8,9,10,11). Như vậy chẩn đoán trễ hay bỏ sót chẩn đoán có thể là nguyên nhân khiến TTP nói riêng hoặc bệnh lý thuyên tắc huyết khối nói chung không được phát hiện đủ hơn là không có tại Việt Nam.

Là một trong những xét nghiệm cơ bản trong tiếp cận chẩn đoán các bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực có nghi ngờ thuyên tắc phổi, X

quang ngực (XQN) có thể giúp ích phát hiện hoặc loại trừ TTP⁽³⁾. Trong y văn thế giới, XQN được xem là một phương tiện chẩn đoán sẵn có, rẻ tiền, đơn giản, bên giường bệnh nhưng được biết là kém nhạy và đặc hiệu⁽¹⁾. Vai trò XQN trong chẩn đoán thuyên tắc phổi ở Việt nam, nơi tần suất thuyên tắc phổi không cao thì chưa được biết^(8,11). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xem xét liệu các bất thường XQN đơn lẻ và các phổi hợp của chúng có giúp chẩn đoán xác định hoặc loại trừ TTP.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định độ nhạy, độ chuyên; tỷ số khả dĩ dương và âm của các bất thường XQN riêng rẽ hoặc phổi hợp trong chẩn đoán thuyên tắc phổi.

BỆNH NHÂN - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên các bệnh nhân nhập khoa Phổi và khoa Tim mạch, BV Chợ Rẫy từ 8/2007 đến 10/2010.

Tiêu chuẩn nhận bệnh

Các bệnh nhân trên 15 tuổi khi có đau ngực và/hoặc khó thở hoặc những biểu hiện lâm sàng khác phù hợp được nghi ngờ TTP bởi các bác sĩ lâm sàng. Các bác sĩ sẽ chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán gồm lượng giá xác suất lâm sàng mắc TTP (theo kinh nghiệm), ĐTD, X quang ngực, chụp cắt lớp mạch máu và/hoặc Ddimer.

Tiêu chuẩn loại bệnh

Bệnh nhân không thể chụp CT scanner được do suy thận, dị ứng thuốc cản quang, tình trạng

lâm sàng quá nặng không di chuyển được hoặc không được chụp XQN hoặc XQN không chất lượng tốt, không phân tích được.

Phương pháp lấy mẫu

Lấy mẫu toàn bộ.

Phương pháp tiến hành

Xác suất lâm sàng mắc thuyên tắc phổi được lượng giá theo kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng. Các bệnh nhân bắt buộc chụp CT scanner để chẩn đoán TTP khi xác suất lâm sàng mắc TTP không thấp và/hoặc Ddimers dương tính. Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp với máy đa đầu dò, phổ biến là 4 và một số ít bệnh nhân là máy 64 đầu dò (detector) (giai đoạn cuối 2009 đầu 2010 của nghiên cứu). Thuyên tắc phổi được chẩn đoán theo hướng dẫn ESC 2008⁽¹⁾, khi bệnh nhân có hình ảnh khuyết thuốc (huyết khối) trong các động mạch phổi trên chụp mạch máu phổi cắt lớp. Các bệnh nhân được coi là có bệnh tim trước khi có bệnh van tim, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, suy tim trái hoặc phải, thuyên tắc phổi và bệnh phổi trước khi có hen, bệnh phổi tắc nghẽn mãn, bệnh phổi mô kẽ, lao⁽¹⁸⁾.... XQN được phân tích mà không có thông tin về chẩn đoán xác định. Các tổn thương X quang được phân tích theo Stein⁽¹⁸⁾. Giảm mạch máu phổi khu trú được dùng thay vì sử dụng tên riêng là dấu Westermarck⁽¹⁸⁾. Cũng vậy lớn động mạch phổi (hoặc phồng hoặc dãn) được sử dụng thay cho dấu Fleischner⁽²⁾. Bóng mờ tựa đáy vào màng phổi cho các tổn thương nhồi máu kể cả thay cho gù Hampton⁽¹⁸⁾. Các thương tổn phổi hợp từng được định nghĩa dưới đây: *bất kỳ tổn thương chủ mô* khi bệnh nhân có ít nhất một trong các biểu hiện sau: tổn thương chủ mô không đặc hiệu, bóng mờ tựa đáy vào màng phổi và xẹp phổi dạng đĩa, cơ hoành nâng cao; *bất kỳ tổn thương mạch máu* khi bệnh nhân có một trong các biểu hiện: giảm mạch máu phổi khu trú, lớn động mạch (ĐM) phổi, “phồng động mạch trung tâm, giảm ngoại biên”, cắt cụt động mạch phổi.

Phân tích thống kê

Biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± ĐLC (độ lệch chuẩn), nếu phân bố chuẩn hoặc trung vị kèm theo giá trị tối đa và giá trị tối thiểu. Biến số định danh được trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hay phần trăm. Tương quan của các biến định danh được phân tích qua bảng 2X2 với phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher’s exact. Khả năng tiên lượng độc lập của các biến với chẩn đoán TTP được kiểm định bằng phép hồi quy logistic. Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, tỉ số khả dĩ (likelihood ratio-LR) dương và âm, của các bất thường XQN trong chẩn đoán TTP. Giá trị p<0,05 được xem như có ý nghĩa thống kê. Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 15.

KẾT QUẢ

Đặc điểm cơ bản của mẫu nghiên cứu

Có 197 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu. Đặc điểm cơ bản của các bệnh nhân nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm cơ bản của mẫu nghiên cứu

Các đặc điểm cơ bản		Kết quả#
Nam (n)		122 (61,9%)
Tuổi (năm)		62,3±17
Thuyên tắc phổi		68 (34,5%)
Bệnh tim phổi trước		122 (61,9%)
Tỷ lệ bệnh nhân có yếu tố nguy cơ		174 (88,3%)
Số yếu tố nguy cơ trung bình/1 bn		1,3±0,8
Cơ năng		
Khó thở		176 (89,3%)
Đau ngực	Kiểu màng phổi	93 (47,2%)
	Nặng ngực	25 (12,7%)
Ho máu		32 (16,2%)
Thực thể		
Phù 1 bên chi		15 (7,6%)
Mạch (lần/phút)		100,9±13,2
Nhịp thở (lần/phút)		21,8±3,3
Huyết áp tâm thu (mmHg)		111,9±9,2
Huyết áp tâm trương (mmHg)		69,0±11,8
Nhiệt độ (°C)		37,4±0,6
Chỉ số sức		0,93±0,13
SpO2 (%)		92,9±4,5

#: kết quả trình bày theo tần số n (tần suất=n/197 (%)), hoặc trung bình±ĐLC

Các bất thường XQN ở bệnh nhân không và có TTP

Bảng 2: Các bất thường XQN ở bệnh nhân không và có TTP

	Toàn bộ bệnh nhân (n=197)			Không bệnh tim phổi trước (n=75)		
	TTP (n=68)	KhôngTTP (n=129)	P*	TTP (n=36)	KhôngTTP (n=39)	P*
TT chủ mô	79,4%	68,8%	NS	83,3%	84,6%	NS
Bóng mờ tựa đáy vào màng phổi	14,7%	1,6%	0,001	22,2%	2,6%	0,024
Xẹp phổi dạng đĩa	11,8%	3,9%	NS	16,7%	5,1%	NS
Tràn dịch màng phổi	54,4%	38,8%	NS	66,7%	38,5%	0,027
Cơ hoành nâng cao	30,9%	28,7%	NS	33,3%	25,6%	NS
Giảm mạch máu phổi	20,6%	1,6%	<0,0005	8,3%	2,6%	NS
Lớn ĐM phổi	42,1%	18,6%	0,001	38,9%	7,7%	0,003
Phòng trung tâm, giảm ngoại biên	8,8%	1,6%	0,038	5,6%	0,0%	NS
Cắt cụt ĐM phổi	8,8%	0,8%	0,013	8,3%	0,0%	NS
Tim to	38,2%	26,4%	NS	25,0%	15,4%	NS
Phù phổi	0,0%	0,8%	NS	0,0%	0,0%	NS
Tái phân bố mạch máu	5,9%	4,7%	NS	8,3%	0,0%	NS
X quang bình thường	2,9%	0,8%	NS	5,6%	0,0%	NS
Bất kỳ TT chủ mô	89,7%	95,3%	NS	91,7%	97,4%	NS
Bất kỳ TT mạch máu	58,8%	24,0%	<0,0005	50,0%	10,3%	<0,0005

*: chi bình phương; TT: tổn thương; ĐM: động mạch; NS: không khác biệt có ý nghĩa.

Với toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu, bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, giảm mạch máu phổi, lớn ĐM phổi, “phòng trung tâm, giảm ngoại biên”, cắt cụt ĐM phổi, bất kỳ thương tổn mạch máu hiện diện nhiều hơn có ý nghĩa thống kê trên các bệnh nhân thuyên tắc phổi. Như vậy, các biến đổi XQN này tương quan có ý nghĩa với chẩn đoán TTP. Sau khi loại các bệnh nhân có bệnh tim phổi từ trước, bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, tràn dịch màng phổi, lớn ĐM phổi,

bất kỳ thương tổn mạch máu tương quan có ý nghĩa với chẩn đoán TTP. Trong nghiên cứu này, bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, lớn ĐM phổi, bất kỳ thương tổn mạch máu là các biến đổi X quang có tương quan hằng định với sự hiện diện TTP trên toàn bộ bệnh nhân hoặc trên các bệnh nhân không bệnh tim phổi từ trước. Các giá trị chẩn đoán của các thông số này được trình bày trong bảng 3 với độ nhạy dao động 8,8-67%, độ chuyên 61,5-99,2%, LR (+) 1,73-12,88, LR(-) 0,54-0,92.

Bảng 3: Giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu XQN trên toàn bộ bệnh nhân và trên những bệnh nhân không bệnh tim phổi trước

Bất thường XQN	Toàn bộ bệnh nhân (n=197)				Không bệnh tim phổi trước (n=75)			
	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	LR (+)	LR (-)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	LR (+)	LR (-)
Bóng mờ tựa đáy vào màng phổi	14,7%	98,4%	9,19	0,87	22,2%	97,4%	8,54	0,80
Tràn dịch màng phổi					66,7%	61,5%	1,73	0,54
Giảm mạch máu phổi	20,6%	98,4%	12,88	0,81				
Lớn ĐM phổi	42,1%	81,4%	2,26	0,71	38,9%	92,3%	5,05	0,66
Phòng trung tâm, giảm ngoại biên	8,8%	98,4%	5,50	0,93				
Cắt cụt ĐM phổi	8,8%	99,2%	11,00	0,92				
Bất kỳ thương tổn mạch máu	58,8%	76,0%	2,45	0,54	50,0%	89,7%	4,85	0,56

Khi tiến hành phân tích đa biến, chúng tôi ghi nhận hai biến đổi XQN có khả năng tiên lượng độc lập (so với các biểu hiện XQN khác) cho chẩn đoán TTP ở tất cả các bệnh nhân không phân biệt tiền căn là bóng mờ tựa đáy vào màng

phổi (OR=17,6, ĐTC95% 3,5-87,8) và bất kỳ thương tổn mạch máu (OR=5,5, ĐTC95% 2,8-10,8); với các bệnh nhân không bệnh tim phổi từ trước, yếu tố tiên lượng độc lập cũng là bóng mờ tựa đáy vào màng phổi (OR=17,6, ĐTC95% 1,9-

159,4) và bất kỳ thương tổn mạch máu (OR=11,5, ĐTC95% 3,2-40,9).

BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình thường gặp của các nghiên cứu tương tự^(8,9,10). Tỷ lệ nam: nữ phù hợp nghiên cứu đã báo cáo của chúng tôi trước đây^(9,10). Tần suất thuyên tắc phổi 34,5% là tương tự y văn (10-40%)⁽²⁾. Đa số bệnh nhân có biểu hiện nghi ngờ thuyên tắc phổi với 89% khó thở, 60% đau ngực phù hợp tiêu chuẩn thu dung.

Các nghiên cứu khảo sát vai trò X quang trong chẩn đoán TTP khác nhau về nhiều điểm. Vài nghiên cứu trong y văn^(4,6) chỉ mô tả tần suất các tổn thương X quang mà không so sánh với nhóm chứng để thấy được tổn thương nào thực sự tương quan có ý nghĩa với thuyên tắc phổi, nhưng cho phép có một cái nhìn toàn cảnh về tần suất các tổn thương X quang trên một số rất lớn các trường hợp lâm sàng. Chúng tôi giống Stollberger⁽¹⁹⁾, Stein⁽¹⁷⁾, Miniati^(12,13), Greenspan⁽⁵⁾ và Worsley⁽²⁰⁾ khảo sát khả năng chẩn đoán của từng biểu hiện X quang trong TTP qua việc so sánh với nhóm chứng. Khác với Greenspan⁽⁵⁾, Miniati^(12,13) và Stein⁽¹⁷⁾ không chọn toàn bộ bệnh nhân nghi TTP, chúng tôi giống Stollberger⁽¹⁹⁾ and Worsley⁽²⁰⁾ chọn tất cả bệnh nhân nghi TTP nằm viện vào nghiên cứu. Worsley⁽²⁰⁾ thực hiện nghiên cứu hồi cứu với số bệnh nhân lớn 1063, với 383 bệnh nhân TTP chẩn đoán bằng chụp mạch máu phổi trong khi chúng tôi và Stollberger⁽¹⁹⁾ thực hiện nghiên cứu tiền cứu trên lần lượt tổng số 198 bệnh nhân và 307 bn; trong đó lần lượt có 68 và 93 trường hợp TTP chẩn đoán bằng chụp mạch phổi qua cắt lớp vi tính. Các X quang trong nghiên cứu của Greenspan⁽⁵⁾ được phân tích bởi BS nội khoa và BS hình ảnh học, trong nghiên cứu của Stein một phần bởi BS cấp cứu, trong nghiên cứu chúng tôi bởi BS nội khoa.

Các bất thường XQN được khẳng định trong nghiên cứu này là có xuất hiện thường hơn (bảng 2) trên các bệnh nhân TTP so với các bệnh

nhân không TTP phù hợp hầu hết các nghiên cứu khác trong y văn^(14,16). Tuy nhiên, về chi tiết, các nghiên cứu khác nhau có thể chỉ ra những biểu hiện XQN khác biệt có ý nghĩa khác nhau. Trên toàn bộ bn, Worsley⁽²⁰⁾ ghi nhận chỉ giảm mạch máu phổi (Westermarck) có khác biệt giữa 2 nhóm, với Miniati^(12,13) là lớn thất phải, giảm mạch máu phổi, cắt cụt động mạch phổi, đông đặc kiểu nhồi máu (bóng mờ đáy tựa màng phổi), xẹp phổi dạng đĩa, cơ hoành nâng cao, tràn dịch màng phổi và chúng tôi là bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, giảm mạch máu phổi, lớn ĐM phổi, “phồng trung tâm, giảm ngoại biên”, cắt cụt ĐM phổi, bất kỳ thương tổn mạch máu. Nhìn chung, giảm mạch máu phổi khu trú là biểu hiện giúp phân biệt có và không TTP trong nhóm toàn bộ bệnh nhân được xác nhận qua nhiều nghiên cứu.

Trên nhóm bệnh nhân không bệnh tim phổi trước nhằm loại bớt ảnh hưởng gây nhiễu của các bệnh cơ bản, Stein ghi nhận giảm mạch máu phổi, bóng mờ đáy tựa màng phổi, xẹp phổi dạng đĩa hoặc bất thường chủ mô, tràn dịch màng phổi có khác biệt ý nghĩa giữa 2 nhóm có và không TTP; với chúng tôi là bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, tràn dịch màng phổi, lớn ĐM phổi, bất kỳ thương tổn mạch máu. Sự khác biệt một phần do Stein⁽¹⁶⁾ chọn tùy ý các bn, chúng tôi dùng toàn bộ; Stein⁽¹⁶⁾ dùng các bệnh nhân cấp cứu, chúng tôi bệnh nhân nhập viện và Stein⁽¹⁶⁾ có số bệnh nhân lớn hơn chúng tôi đáng kể (364 so với 75). Tuy nhiên, bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, tràn dịch màng phổi lại là các biến cùng được Stein⁽¹⁶⁾ và chúng tôi mô tả giúp phân biệt có và không TTP trên nhóm bệnh nhân không bệnh tim phổi trước này.

Về khả năng chẩn đoán, các biểu hiện khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm có và không TTP trong nghiên cứu này giúp chẩn đoán với độ nhạy dao động 8,8-67%, độ chuyên 61,5-99,2%%, LR (+) 1,73-12,88, LR(-) 0,54-0,92. Các biểu hiện có độ chuyên và tỷ số khả dĩ dương cao (>10) như giảm mạch máu phổi và cắt cụt động mạch phổi đáng tiếc lại có độ nhạy rất thấp 8,8 và

20,6% vì vậy ít hữu dụng trên lâm sàng⁽²⁰⁾. Riêng bóng mờ tựa đáy vào màng phổi, lớn ĐM phổi, bất kỳ thương tổn mạch máu là các biến đổi X quang có tương quan có ý nghĩa với sự hiện diện TTP trên cả 2 nhóm: toàn bộ bệnh nhân và các bệnh nhân không bệnh tim phổi từ trước. Độ nhạy của các biểu hiện này trên toàn bộ bệnh nhân dao động giữa 14,7-68,8%, độ chuyên giữa 76,0-98,4%, LR (+) 2,26-9,19, LR(-) 0,54-0,87. Nhưng LR(+) này cũng chỉ được phân loại là khả năng xác định bệnh thấp (LR(+) từ 2-5) và trung bình (LR(+) từ 5-10). Tất cả các LR(-) đều không đủ nhỏ để loại trừ TTP. Điều này giúp xác nhận vai trò các bất thường XQN là làm gia tăng xác suất mắc TTP trên lâm sàng, tương tự kết luận Miniati^(12,13) và Stollberger⁽¹⁹⁾. X quang ngực chính vì vậy nên được dùng như là xét nghiệm cận lâm sàng bước một hay còn gọi là bên giường bệnh phổi hợp với các xét nghiệm bên giường bệnh khác như ECG và khí máu, giúp lượng giá nguy cơ lâm sàng của TTP⁽¹⁷⁾. Các biểu hiện XQN góp phần xác định nguy cơ mắc TTP trong các thang điểm lượng giá xác suất mắc TTP^(12,13,14,16,17).

Trong nghiên cứu này, việc phân tích đa biến giúp nhận diện các yếu tố tương quan độc lập với chẩn đoán TTP là bóng mờ tựa đáy vào màng phổi và bất kỳ thương tổn mạch máu. Miniati^(12,13) mô tả nhiều yếu tố tương quan độc lập cho toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu hơn (lớn thất phải, giảm mạch máu phổi, cắt cụt động mạch phổi, bóng mờ đáy tựa màng phổi, xẹp phổi dạng đĩa, cơ hoành nâng cao, tràn dịch màng phổi). Cỡ mẫu nhỏ hơn trong nghiên cứu chúng tôi có thể là nguyên nhân làm chúng tôi không phát hiện được vai trò tiên lượng độc lập của lớn thất phải, xẹp phổi dạng đĩa, cơ hoành nâng cao, tràn dịch màng phổi trên chẩn đoán TTP. Dấu Miniati không có biến phổi hợp “bất kỳ thương tổn mạch máu” giống chúng tôi, giảm mạch máu phổi, cắt cụt động mạch phổi cũng được mô tả trong các nghiên cứu của tác

giả này^(12,13) như các yếu tố tiên lượng độc lập. Vì vậy chúng tôi tin rằng thực sự bóng mờ tựa đáy vào màng phổi và bất kỳ thương tổn mạch máu là những yếu tố tiên lượng độc lập mạnh mẽ qua nhiều nghiên cứu. Ý kiến này cũng được khẳng định thêm với phát hiện trên nhóm bệnh nhân không bệnh tim phổi trước, yếu tố tiên lượng độc lập cũng là bóng mờ tựa đáy vào màng phổi (OR=17,6, ĐTC95% 1,9-159,4) và bất kỳ thương tổn mạch máu (OR=11,5, ĐTC95% 3,2-40,9).

Khi Stein^(18,17) mô tả các biến phổi hợp, tác giả nhận thấy các biến này không giúp phân biệt độ nặng của các trường hợp TTP. Chúng tôi lần đầu tiên sử dụng các biến phổi hợp này trong chẩn đoán. Các bệnh nhân trong nghiên cứu là bệnh nhân nhập viện có tần suất thương tổn chủ mô cao nên biến phổi hợp bất kỳ thương tổn chủ mô không giúp phân biệt có hoặc không TTP. Ngược lại, bất kỳ thương tổn mạch máu giúp phân biệt có và không TTP trên cả 2 nhóm bn: toàn bộ và nhóm không bệnh tim phổi trước. Như vậy, việc xem xét biến phổi hợp bất kỳ thương tổn mạch máu qua tổng hợp 4 biến đơn lẻ (giảm mạch máu phổi khu trú, lớn động mạch phổi, “phồng động mạch trung tâm, giảm ngoại biên”, cắt cụt động mạch phổi) mặc dầu có phức tạp hơn khi sử dụng các biến đơn lẻ nhưng có thể giúp ích chẩn đoán TTP.

KẾT LUẬN

X quang ngực hết sức quan trọng trong tiếp cận bệnh nhân TTP vì là một xét nghiệm cơ bản trên các bệnh nhân lâm sàng đau ngực và/hoặc khó thở, giúp nhận diện một số bệnh cảnh lâm sàng đặc hiệu như tràn khí màng phổi, gãy xương sườn. Các bất thường ĐTD xuất hiện thường hơn có ý nghĩa thống kê ở các bệnh nhân TTP so với các bệnh nhân không TTP. Với tỷ số khả dĩ âm không đủ nhỏ, X quang ngực không giúp loại trừ TTP. Đa số các biểu hiện X quang ngực có khả năng xác định bệnh thấp đến trung bình. Một số có khả

năng xác định bệnh cao nhưng rất có độ nhạy rất thấp vì vậy ít hữu dụng trên lâm sàng. Khi có biến đổi X quang ngực hiện diện, xác suất mắc lâm sàng gia tăng giúp định hướng chẩn đoán và điều trị tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Authors/Task Force, M., Torbicki, A., Perrier, A., Konstantinides, S., Agnelli, G., Galie, N., et al. (2008), "Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC)". *Eur Heart J*, 29(18), 2276-2315.
2. Beek, E. J. R. v., Bller, H. R., Oudkerk, M. (2009), *Deep vein thrombosis and pulmonary embolism*. J. Wiley, Chichester, West Sussex ; Hoboken, NJ.
3. Brown, G. (2009), "BET 2. DIAGNOSTIC UTILITY OF CHEST X RAY FOR INVESTIGATION OF PULMONARY EMBOLISM". *Emergency Medicine Journal*, 26(4), 289-290.
4. Elliott, C. G., Goldhaber, S. Z., Visani, L., DeRosa, M. (2000), "Chest Radiographs in Acute Pulmonary Embolism : Results From the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry". *Chest*, 118(1), 33-38.
5. Greenspan, R. H., Ravin, C. E., Polansky, S. M., McLoud, T. C. (1982), "Accuracy of the chest radiograph in diagnosis of pulmonary embolism". *Invest Radiol*, 17(6), 539-543
6. Kerr, I. H., Simon, G., Sutton, G. C. (1971), "The value of the plain radiograph in acute massive pulmonary embolism". *Br. J. Radiol.*, 44(526), 751-757.
7. Leizorovicz, A. (2007), "Epidemiology of post-operative venous thromboembolism in Asian patients. Results of the SMART venography study". *Haematologica*, 92(9), 1194-1200
8. Lê Thị Thu Hương, Nguyễn Ngọc Thụy. Báo cáo loạt ca lâm sàng TTP do huyết khối được chẩn đoán tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2009;13(phụ bản số 6):103
9. Lê Thượng Vũ, Đặng Vạn Phước. Ứng dụng CT scan xoắn ốc trong chẩn đoán thuyên tắc phổi. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2005;9(phụ bản số 1, chuyên đề nội khoa):14
10. Lê Thượng Vũ, Đặng Vạn Phước. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng 22 trường hợp thuyên tắc phổi chẩn đoán tại Chợ Rẫy. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2006;10(phụ bản số 1, chuyên đề nội khoa):32
11. Lê Thượng Vũ, Trần Văn Ngọc. Thuyên tắc phổi. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2009;13(phụ bản số 1):1
12. Miniati, M., Prediletto, R., Formichi, B., Marini, C., Di Ricco, G., Tonelli, L., et al. (1999), "Accuracy of clinical assessment in the diagnosis of pulmonary embolism". *Am J Respir Crit Care Med*, 159(3), 864-871.
13. Miniati, M., Monti, S., Bottai, M. (2003), "A structured clinical model for predicting the probability of pulmonary embolism". *Am J Med*, 114(3), 173-179.
14. Miniati, M., Bottai, M., Monti, S., Salvadori, M., Serasini, L., Passera, M. (2008), "Simple and accurate prediction of the clinical probability of pulmonary embolism". *Am J Respir Crit Care Med*, 178(3), 290-294.
15. Nguyễn Văn Trí, Đặng Vạn Phước. Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu bằng siêu âm màu duplex trên bệnh nhân nội khoa cấp tính. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2009;13(phụ bản số 1, chuyên đề nội khoa):42
16. Stein, P. D., Terrin, M. L., Hales, C. A., Palevsky, H. I., Saltzman, H. A., Thompson, B. T., et al. (1991), "Clinical, laboratory, roentgenographic, and electrocardiographic findings in patients with acute pulmonary embolism and no pre-existing cardiac or pulmonary disease". *Chest*, 100(3), 598-603.
17. Stein, P. D., Henry, J. W. (1997), "Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism stratified according to their presenting syndromes". *Chest*, 112(4), 974-979.
18. Stein, P. D. (2007), *Pulmonary embolism* (2nd ed.). Williams & Wilkins, Baltimore
19. Stollberger, C., Finsterer, J., Lutz, W., Stoberl, C., Kroiss, A., Valentin, A., et al. (2000), "Multivariate analysis-based prediction rule for pulmonary embolism". *Thromb Res*, 97(5), 267-273.
20. Worsley, D. F., Alavi, A., Aronchick, J. M., Chen, J. T., Greenspan, R. H., Ravin, C. E. (1993), "Chest radiographic findings in patients with acute pulmonary embolism: observations from the PIOPED Study". *Radiology*, 189(1), 133-136.