

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SINH HÓA VÀ TẾ BÀO HỌC CÁC TRƯỜNG HỢP TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI, MÀNG BỤNG

Nguyễn Văn Mão, Phạm Huyền Quỳnh Trang
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Giới thiệu: Tràn dịch màng phổi, màng bụng là bệnh cảnh lâm sàng thường gặp, việc xác định nguyên nhân tràn dịch đặc biệt do bệnh lý ác tính bằng tế bào học là rất cần thiết và chính xác bên cạnh khám lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, sinh hóa tràn dịch màng phổi, màng bụng. **Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh hóa** theo nguyên nhân tràn dịch màng phổi, màng bụng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 47 bệnh nhân tràn dịch màng phổi, màng bụng được chọc dịch và làm tế bào học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 4/2013 đến tháng 1/2014. **Kết quả:** Trong 47 trường hợp nghiên cứu, tràn dịch màng phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 55,32%, tiếp theo là tràn dịch màng bụng 29,79% và 14,89% tràn dịch cả hai màng. Triệu chứng hay gặp nhất trên bệnh nhân tràn dịch màng phổi là tam chứng rung thanh giảm (mất), gõ đục, âm phế bào giảm (hoặc mất) (100%), trên bệnh nhân tràn dịch màng bụng là bụng báng (95,24%). Dịch tiết chiếm 100% với trường hợp tràn dịch màng phổi, 50% với tràn dịch màng bụng, 80% với tràn dịch hai màng. Tế bào học tìm thấy tế bào ác tính chiếm tỉ lệ đáng kể: ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi 26,92%, tràn dịch màng bụng 28,57%, tràn dịch hai màng 42,86%. Đa số phát hiện tế bào ác tính trong lần xét nghiệm đầu tiên chiếm 57,14%, lần hai 9,53%, không phát hiện 33,33%. Hầu hết các trường hợp có tế bào ác tính và viêm đều là dịch tiết, các trường hợp ít tế bào đều là dịch thấm. Bên cạnh đó, 7,5% trường hợp có bạch cầu đa nhân trung tính ưu thế là dịch thấm. **Kết luận:** Đối với các trường hợp bệnh nhân bị tràn dịch, bên cạnh việc khám lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa thường quy thì việc xét nghiệm tế bào học cần được áp dụng để chẩn đoán nguyên nhân được chính xác, đặc biệt đối với các trường hợp lâm sàng nghi ngờ ung thư, có thể lặp lại xét nghiệm tế bào học lần hai để tăng khả năng phát hiện tế bào ác tính.

Từ khóa: Tràn dịch, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng, tế bào học, sinh hóa.

Abstract

CLINICAL SYMPTOMS, BIOCHEMISTRY AND CYTOLOGY OF PLEURAL, PERITONEAL EFFUSIONS

Nguyen Van Mao, Pham Huyen Quynh Trang
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: The cytology and the support of clinical symptoms, biochemistry for diagnosis of the cases of effusions are very important. **Objectives:** To describe some of clinical symptoms and biochemistry of effusions. To compare the results between cytology and biochemistry by the causes of pleural, peritoneal fluids. **Material & Method:** A cross-sectional study to describe all of 47 patients with pleural, peritoneal effusions examined by cytology in the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy from April 2013 to January 2014. **Results:** In 47 cases with effusions, pleural effusion accounting for 55.32%, following peritoneal effusions 29.79% and 14.89% with both of them. The most common symptoms in patients with pleural effusions were diminished or absent tactile fremitus, dull percussion, diminished or absent breath sounds (100%), in patients with peritoneal effusions was ascites (95.24%). 100% cases with pleural effusions, 50% cases with peritoneal effusions and 80% cases with pleural and peritoneal effusions were exudates. The percentage of malignant cells in patients with pleural effusions was 26.92%, in peritoneal effusions was 28.57%, in pleural and peritoneal effusions was 42.86%. The percentage of detecting the malignant cells in patients with suspected cancer in the first test was 57.14%, in the second was 9.53% and 33.33% undetectable. Most of cases which had malignant

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Văn Mão, email: maodhy@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2015.6.10

- Ngày nhận bài: 23/11/2015 * Ngày đồng ý đăng: 25/12/2015 * Ngày xuất bản: 12/01/2016

cells and inflammatory were exudates, all of the cases which had a few cells were transudates. Besides, 7.5% cases which had high neutrophil leukocytes were transudates. **Conclusion:** Cytology should be carry out adding to the clinical examinations and biochemistry tests to have an exact diagnosis, especially for the malignant ones. For the case with suspected cancer, we should repeat cytology test one more time to increase the ability to detect malignant cells.

Key words: *Effusion, pleural effusion, peritoneal effusion, cytology, biochemistry*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng bụng là bệnh cảnh lâm sàng rất thường gặp tại các cơ sở y tế do nhiều nguyên nhân khác nhau [1], [3], [7], [12]. Khoảng 1,5 triệu người được phát hiện tràn dịch màng phổi tại Hoa Kỳ mỗi năm [3], [4], [5]. Mặc dù đã sử dụng các phương pháp hiện đại nhưng có đến 30% trường hợp tràn dịch không tìm thấy nguyên nhân [7], [11]. Trên thế giới đã có những báo cáo về chẩn đoán tế bào học tràn dịch các màng từ những năm 1937 của Foot Nc, Takahashi năm 1983, Richard W.Light năm 1994 giúp cho việc chẩn đoán nhanh và sớm nguyên nhân tràn dịch [3]. Xét nghiệm tế bào học giúp phát hiện sớm đến 60% tràn dịch ác tính [8]. Ở Việt Nam, phương pháp tế bào học nói chung và của dịch các màng nói riêng được thực hiện từ năm 1970, tuy nhiên cho đến nay việc nghiên cứu và áp dụng vào thực tiễn chưa có nhiều nghiên cứu, riêng miền Trung chưa có báo cáo nào [1], [10], [12]. Việc chẩn đoán nhanh và sớm nguyên nhân gây tràn dịch có ý nghĩa quan trọng quyết định hướng điều trị đúng nhằm phòng ngừa những biến chứng và di chứng có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Do đó có thể thấy được tầm quan trọng của chẩn đoán tế bào học và sự hỗ trợ lâm sàng, sinh hóa và một số xét nghiệm khác trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch. Hiện tại, ở Miền Trung chưa thấy báo cáo nào cụ thể vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau:

- *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, sinh hóa tràn dịch màng phổi, màng bụng*

- *Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh hóa theo nguyên nhân tràn dịch màng phổi, màng bụng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả trên 47 bệnh nhân tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng hoặc cả 2 màng điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 4/2013 đến tháng 1/2014.

- Kỹ thuật thực hiện:

+ Xét nghiệm tế bào học [3], [7]

Bệnh phẩm là dịch được đựng trong ống nghiệm (ít nhất 10ml) được gửi đến từ các khoa phòng, tiến hành nhuộm theo phương pháp nhuộm Giemsa sau khi đã ly tâm và lấy cặn lắng để làm xét nghiệm tế bào học. Tiêu bản được đọc dưới kính hiển vi quang học và chẩn đoán được thực hiện tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Phân loại chúng tôi tham khảo chính về chẩn đoán tế bào học của E. Cava, De May và Bernard Naylor như sau:

1. Phiến đồ có tế bào ác tính; 2. Viêm ưu thể bạch cầu đa nhân trung tính; 3. Viêm ưu thể lymphô; 4. Ít tế bào; 5. Khác: nghi ngờ ác tính, không có tế bào, chưa xác định ý nghĩa

+ Xét nghiệm sinh hóa [2], [10]

Lấy dịch màng phổi, dịch màng bụng thử phản ứng Rivalta, sử dụng máy phân tích sinh hóa tự động để định lượng các glucose và protein trong các dịch nhằm xác định là dịch thấm hay dịch tiết. Được thực hiện tại Phòng xét nghiệm trung tâm của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Dịch tiết: Rivalta (+), protein thường > 30g/l, glucose thường giảm

Dịch thấm: Rivalta (-), protein thường < 30g/l, glucose ít giảm, gần tương đương glucose máu.

- Quá trình thực hiện

- Bước 1: Lấy dịch màng phổi, dịch màng bụng tiến hành ly tâm, nhuộm và đọc chẩn đoán tế bào học.

- Bước 2: Khám lâm sàng và tham khảo hồ sơ bệnh án để thu thập những thông tin về lâm sàng, sinh hóa dịch màng phổi, dịch màng bụng của đối tượng nghiên cứu dựa trên phiếu nghiên cứu đã được thiết kế sẵn.

- Bước 3: Tổng hợp kết quả từ lâm sàng, sinh hóa, tế bào học và tiến hành phân tích số liệu nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 47 trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 26 trường hợp tràn dịch màng phổi (55,32%), 14 trường hợp tràn dịch màng bụng (29,79%), 7 trường hợp tràn dịch 2 màng (14,89%).

3.1. Đặc điểm lâm sàng, sinh hóa tràn dịch màng phổi, màng bụng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân có tràn dịch màng phổi

T r i ệ u chứng	Sốt	Đau ngực	Khó thở	Ho khan	Thực thể: rung thanh giảm(mất), gõ đục, âm phế bào giảm (mất)	Tổng
Số lượng	15	25	24	16	33	33
Tỷ lệ(%)	45,45	75,76	72,73	48,48	100	100

Nhận xét: Tam chứng thực thể (rung thanh giảm hoặc mất, gõ đục, âm phế bào giảm hoặc mất) hay gặp nhất, chiếm 100%. Hai triệu chứng đau ngực và khó thở có tỷ lệ tương đương nhau, lần lượt là 75,76% và 72,73%. Hai triệu chứng còn lại ít gặp hơn.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân có tràn dịch màng bụng

Triệu chứng	Sốt	Đau bụng	Khó thở	Bụng báng	Tổng
Số lượng	9	18	9	20	21
Tỷ lệ(%)	42,86	85,71	42,86	95,24	100

Nhận xét: Bụng báng và đau bụng là các triệu chứng hay xuất hiện nhất với tỷ lệ 95,24% và 85,71%. Hai triệu chứng sốt và khó thở không thường gặp với tỷ lệ xấp xỉ nhau là 42,86%.

Bảng 3. Sinh hóa dịch màng phổi, màng bụng

Vị trí	Màng phổi		Màng bụng		Cả hai màng	
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Dịch thấm	0	0	5	50	1	20
Dịch tiết	25	100	5	50	4	80
Tổng	25	100	10	100	5	100

Nhận xét: Dịch tiết thường gặp hơn ở tràn dịch màng phổi với tỷ lệ 100% các trường hợp khảo sát. Trong khi đó, tỷ lệ gặp dịch thấm và dịch tiết ở tràn dịch màng bụng lần lượt là tương đương nhau.

Còn với tràn dịch cả hai màng, dịch tiết chiếm ưu thế hẳn với 80%.

3.2. Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh hóa dịch màng phổi, màng bụng

Bảng 4. Nguyên nhân tràn dịch màng phổi, màng bụng từ kết quả tế bào học

Vị trí	Màng phổi		Màng bụng		Cả hai màng	
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Có tế bào ác tính (Ung thư)	7	26,92	4	28,57	3	42,86
Bạch cầu đa nhân trung tính ưu thế (Viêm cấp)	6	23,08	4	28,57	1	14,28
Lympho ưu thế (Viêm mạn, hướng đến lao)	7	26,92	0	0	0	0
Ít tế bào	0	0	3	21,43	0	0
Khác	6	23,08	3	21,43	3	42,86
Tổng	26	100	14	100	7	100

Nhận xét: Với tràn dịch màng phổi, nguyên nhân tràn dịch do ung thư và viêm nghi do lao chiếm tỷ lệ tương đương nhau là 26,92%, không gặp trường hợp nào là ít tế bào, nguyên nhân khác ở đây khi tế bào học chưa thể chẩn đoán cụ thể, gặp đối với trường hợp nghi ngờ ác tính hoặc chưa xác định ý nghĩa. Với tràn dịch màng bụng, trường hợp có tế bào ác tính trong dịch và viêm cấp đều chiếm 28,57%, ít tế bào chiếm 21,43%, không gặp trường hợp nào nghi lao và có 21,43% là khác. Với tràn dịch cả hai màng, nguyên nhân do ung thư chiếm đến 42,86%, viêm cấp 14,28%, có đến 42,86% là những trường hợp khác chưa có nguyên nhân rõ ràng.

Bảng 5. Số lần xét nghiệm để phát hiện tế bào ác tính

Lần XN phát hiện được tế bào ác tính	Lần đầu	Lần thứ 2	Lần thứ 3 trở lên không phát hiện được	Tổng
Số lượng	12	2	7	21
Tỷ lệ(%)	57,14	9,53	33,33	100

Nhận xét: Các trường hợp có thể phát hiện tế bào ác tính ngay trong lần xét nghiệm đầu tiên chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,14%. Trong lần xét nghiệm thứ hai có thể phát hiện thêm 9,53% trường hợp. Có một tỷ lệ không nhỏ xét nghiệm trên ba lần nhưng vẫn không phát hiện được tế bào ác tính 33,33%.

Bảng 6. Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh hóa dịch màng phổi, màng bụng

Sinh hóa Tế bào	Dịch tiết		Dịch thấm		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Có tế bào ác tính	11	27,5	0	0	11	27,5
Viêm ưu thể bạch cầu đa nhân	7	17,5	3	7,5	10	24,39
Viêm ưu thể lympho	7	17,5	0	0	7	17,5
Ít tế bào	0	0	3	7,5	3	7,5
Khác	9	22,5	0	0	9	22,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tất cả trường hợp có tế bào ác tính là dịch tiết, chiếm 27,5%. Dịch viêm ưu thể bạch cầu đa nhân hay lympho hầu hết cũng là dịch tiết, tỷ lệ tương đương là 17,5%, chỉ có 7,5% dịch viêm ưu thể bạch cầu đa nhân là dịch thấm. 7,5% trường hợp ít tế bào đều là dịch thấm. Có khoảng 22,5% là các trường hợp khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, sinh hóa tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng

4.1.1. Về đặc điểm lâm sàng

Ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi, các triệu chứng rung thanh giảm (mất), gõ đục, âm phế bào giảm (mất) hay gập nhất, chiếm 100%. Đây là triệu chứng thực thể được phát hiện bởi bác sỹ do đó có tính khách quan và xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân có tràn dịch màng phổi tham gia nghiên cứu. Hai triệu chứng phổ biến nhất khiến bệnh nhân vào viện khám là đau ngực, khó thở với tỷ lệ xấp xỉ nhau 75,76% và 72,73%. Trong khi đó, sốt, ho khan ít gặp hơn với tỷ lệ 45,45% và 48,48%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ngô Quý Châu, Trịnh Thị Hương, Chu Văn Ý (2007) cả về tỷ lệ các triệu chứng và về thứ tự xuất hiện trên lâm sàng. Cụ thể là triệu chứng thực thể 92,2%, đau ngực 81,6%, khó thở 75,1%, sốt 54,8%, ho khan 43,8% [6], [12].

Ở bệnh nhân tràn dịch màng bụng, bụng báng chiếm tỷ lệ cao nhất 95,24% là vì các trường hợp khảo sát là tràn dịch tự do lượng vừa và nhiều nên có thể phát hiện được trên lâm sàng. Đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất (85,71%). Hai triệu chứng sốt và khó thở không thường gặp với tỷ lệ xấp xỉ nhau là 42,86%. Kết quả này tương tự trong y văn [4].

4.1.2. Về đặc điểm sinh hóa

Dịch màng phổi 25 trường hợp khảo sát đều là dịch tiết (100%) (trong số 33 trường hợp có tràn dịch màng phổi chúng tôi chỉ ghi nhận có 25 trường hợp có kết quả sinh hóa). So với nghiên cứu của Ngô Quý Châu (2007) thì dịch tiết cũng chiếm ưu thế 87,3%. Trong khi đó, tỷ lệ gặp dịch thấm và dịch tiết ở dịch màng bụng lần lượt là tương đương nhau 50% (trong 25 trường hợp có tràn dịch màng bụng ghi nhận có 10 trường hợp có kết quả sinh hóa). Kết quả này với nghiên cứu của Vũ Xuân Tạo, Nguyễn Gia Bình và Lương Thị Hồng Vân (2013) với dịch thấm chiếm 27% và dịch tiết chiếm 73% chủ yếu là do lấy cỡ mẫu khác nhau. Còn với tràn dịch cả hai màng, dịch tiết chiếm ưu thế hẳn với 80% [10].

4.2. Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh hóa dịch màng phổi, màng bụng

4.2.1. Nguyên nhân tràn dịch dựa vào kết quả tế bào học

Với tràn dịch màng phổi, nguyên nhân tràn dịch nghi do ung thư (có tế bào ác tính) và viêm nghi do lao (có tế bào lympho chiếm ưu thế) chiếm tỷ lệ tương đương nhau là 26,92%. Viêm cấp ít gặp hơn với 23,08%. Không gặp trường hợp nào ít tế bào và 23,08% là khác. Trường hợp có tế bào ác tính chiếm 26,92% là khá phù hợp với kết quả 21,2% của Ngô Quý Châu (2007) [6], [12]. Với tràn dịch màng bụng, trường hợp có tế bào ác

tính trong dịch và viêm cấp đều chiếm 28,57%, ít tế bào chiếm 21,43%, không gặp trường hợp nào nghi lao và có 21,43% là các trường hợp khác. So sánh với nghiên cứu của Sears D, Hajdu SI (1987), 44% phát hiện tế bào ác tính trong dịch màng phổi, 36% trong dịch màng bụng thì có chút khác biệt có thể là vì cỡ mẫu, thời gian và không gian nghiên cứu khác nhau [9]. Còn tràn dịch hai màng, nguyên nhân do ung thư chiếm đến 42,86%, viêm cấp 14,28%, có đến 42,86% là những trường hợp khác chưa có nguyên nhân rõ ràng.

Một phát hiện thú vị trong nghiên cứu là các trường hợp bệnh nhân nghi ngờ ung thư di căn dịch màng phổi, màng bụng trên lâm sàng có thể phát hiện tế bào ác tính ngay trong lần xét nghiệm đầu tiên chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,14%. Trong lần thứ hai có thể phát hiện thêm 9,53% trường hợp. Mặc dù chưa có báo cáo cụ thể nào về vấn đề này ở cả tràn dịch màng phổi và màng bụng nhưng theo Porcel J.M.(2011) nghiên cứu ở tràn dịch màng phổi, có khoảng 50% được chẩn đoán với một lần xét nghiệm tế bào học duy nhất, một phân tích lần hai sẽ phát hiện thêm khoảng 10% và xét nghiệm lần ba không phát hiện được thêm trường hợp nào [8]. Có một tỷ lệ không nhỏ (33,33%) xét nghiệm nhiều hơn ba lần nhưng vẫn không phát hiện được tế bào ác tính. Kết quả này phù hợp với kết quả của Bernard Naylor (2008) là 36,61% [7]. Đây là những trường hợp mà bệnh nhân đã có chẩn đoán u ác tính nguyên phát và có tràn dịch kèm theo hoặc bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ ác tính và có tràn dịch nhưng chưa xác định được nguyên nhân nào khác của tràn dịch như do viêm hay do dịch thấm. Những trường hợp này cần theo dõi bệnh nhân, lặp lại xét nghiệm và làm các xét nghiệm bổ sung khác để chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch.

4.2.2. Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh hóa dịch màng phổi, màng bụng

Tất cả trường hợp có tế bào ác tính là dịch tiết, chiếm 27,5%. Dịch viêm ưu thể bạch cầu đa

nhân hay lympho hầu hết cũng là dịch tiết, tỷ lệ tương đương là 17,5%, chỉ có 7,5% dịch viêm ưu thể bạch cầu đa nhân là dịch thấm. 7,5% trường hợp ít tế bào (thanh dịch) đều là dịch thấm.

Kết quả nghiên cứu phù hợp với nguyên nhân của tràn dịch dịch tiết có thể do viêm nhiễm hoặc không do viêm nhiễm như ung thư. Cơ chế bệnh sinh của tràn dịch dịch thấm thường không liên quan đến quá trình viêm tại chỗ, tuy nhiên theo kết quả đối chiếu trên có đến 7,5% trường hợp khảo sát có phản ứng viêm với sự xuất hiện bạch cầu đa nhân trung tính, đây là những trường hợp xơ gan mất bù có nhiễm trùng bàng. Lý giải cho kết quả sinh hóa vẫn chưa biến đổi có thể do giai đoạn đầu quá trình viêm nên chưa có sự thoát protein đáng kể, rivaalta vẫn âm tính [1], [4], [5], [11].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 47 trường hợp tràn dịch màng phổi, màng bụng hoặc cả 2 màng, chúng tôi nhận thấy:

Tràn dịch màng phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 55,32%, tiếp theo là tràn dịch màng bụng 29,79% và 14,89% tràn dịch cả hai màng. Triệu chứng hay gặp nhất trên bệnh nhân tràn dịch màng phổi là tam chứng rung thanh giảm (mất), gõ đục, âm phế bào giảm (hoặc mất) (100%), trên bệnh nhân tràn dịch màng bụng là bụng báng (95,24%). Dịch tiết chiếm 100% với trường hợp tràn dịch màng phổi, 50% với tràn dịch màng bụng, 80% với tràn dịch hai màng.

Tế bào học tìm thấy tế bào ác tính chiếm tỉ lệ đáng kể: ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi 26,92%, tràn dịch màng bụng 28,57%, tràn dịch hai màng 42,86%. Phát hiện tế bào ác tính trong lần xét nghiệm đầu tiên 57,14%, lần hai 9,53%, không phát hiện 33,33%. Đa số trường hợp có tế bào ác tính và viêm đều là dịch tiết, các trường hợp ít tế bào đều là dịch thấm. Bên cạnh đó, 7,5% trường hợp có bạch cầu đa nhân trung tính ưu thể là dịch thấm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Bằng (2011), “Tràn dịch màng phổi”, *Giáo trình sau đại học hô hấp học*, NXB Đại học Huế, Huế, tr. 293-320.
2. Burgess L.J.(2004), “Biochemistry analysis of pleural, peritoneal and pericardial effusions”, *Clinical Chimica Acta*, 343, pp. 61-84.
3. Demay RM (1999): *The art and science of cytopathology*. 2nd edition ASCP Press.
4. Harrison’s (2011), “ Ascites”, *Principles of Internal Medicine*, pp. 331-333.
5. Harrison’s (2011), “Disorders of the Pleural and mediastinum”, *Principles of Internal Medicine*, pp. 2178-2181.
6. Trịnh Thị Hương, Ngô Quý Châu (2007), “Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và kết quả điều trị 768 bệnh nhân tràn dịch màng phổi”, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, tập 53 (Số 5), tr. 72-79.
7. Naylor B. (2008), “Pleural, Peritoneal and Pericardial Effusions”, *Comprehensive Cytopathology*, pp. 515-577.
8. Porcel J.M. (2013), “Diagnosis of pleural effusion”, *Hospital Medicine Clinics*.

9. Sears D, Hajdu SI (1987), “The cytologic diagnosis of malignant neoplasms in pleural and peritoneal effusions”, *Acta Cytologica*, 31(2), pp. 85-97.
10. Vũ Xuân Tạo, Nguyễn Gia Bình, Lương Thị Hồng Vân (2013), “Nghiên cứu sự đa hình protein bền nhiệt trong dịch màng bụng và giới hạn phát hiện định lượng protein nhằm thay thế cho xét nghiệm định tính rivalta”, *Tạp chí Y Học Thực Hành*, tập 865 (Số 4), tr 32-35.
11. Trần Hoàng Thành (2009), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân tràn dịch màng phổi lượng nhiều”, *Tạp chí Y Học Thực Hành*, Tập 667 (Số 7), tr.52-54.
12. Chu Văn Ý, Nguyễn Văn Thành, Ngô Quý Châu (2007), “ Tràn dịch màng phổi”, *Bài giảng bệnh học nội khoa*, Trường Đại Học Y Hà Nội, tập 1, tr. 135-144.