

PTH khác nhau giữa các bệnh nhân, càng làm giảm hệ số tương quan quan sát được.

Về ý nghĩa lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng PTH – một hormone vốn được quan tâm chủ yếu trong quản lý bệnh xương do suy thận – cũng có thể được xem là một dấu ấn liên quan đến mạch máu. Sự tăng nhẹ của độ cứng động mạch song hành với PTH cao cho thấy việc theo dõi định kỳ chỉ số PWV hoặc các thang đo độ cứng mạch khác có thể hữu ích trong đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân lọc máu. Những bệnh nhân có PTH máu rất cao có thể thuộc nhóm nguy cơ xơ cứng mạch và biến cố tim mạch cao hơn, từ đó cần được chú trọng điều trị tích cực.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được thảo luận. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu cắt ngang mô tả mối tương quan tại một thời điểm, do đó không thể suy diễn quan hệ nhân quả. Mặc dù chúng tôi quan sát thấy PTH cao gắn liền với độ cứng động mạch tăng, nhưng không thể khẳng định chắc chắn rằng PTH cao gây ra xơ cứng động mạch hay ngược lại, hoặc có yếu tố trung gian nào khác. Để làm rõ điều này cần các nghiên cứu dọc theo thời gian hoặc can thiệp chủ động vào nồng độ PTH. Thứ hai, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và mang tính đơn trung tâm, các đặc điểm dân số (ví dụ: tuổi trung bình, tỷ lệ đái tháo đường, mức kiểm soát huyết áp) có thể khác biệt so với quần thể ESRD chung. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường khá cao, điều này có thể làm tăng độ cứng động mạch chung và giảm biên độ quan sát tác động của PTH.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu ghi nhận có mối tương quan thuận giữa nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sipahioglu MH, Kucuk H, Unal A, et al. Impact of arterial stiffness on adverse cardiovascular outcomes and mortality in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int.*2012; 32(1):73-80. Doi: 10.3747/pdi.2010.00186.
2. Shoji T, Emoto M, Shinohara K, et al. Diabetes mellitus, aortic stiffness, and cardiovascular mortality in end-stage renal disease. *J Am Soc Nephrol.*2001;12(10):2117-2124. Doi: 10.1681/asn.V12102117.
3. Palit S, Kendrick J. Vascular calcification in chronic kidney disease: role of disordered mineral metabolism. *Curr Pharm Des.*2014;20(37):5829-33. Doi: 10.2174/1381612820666140212194926.
4. Bhuriya R, Li S, Chen SC, McCullough PA, Bakris GL. Plasma parathyroid hormone level and prevalent cardiovascular disease in CKD stages 3 and 4: an analysis from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis.*2009;53(4 Suppl 4):S3-10. Doi: 10.1053/j.ajkd.2008.11.029.
5. Kidney DIGO. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.*2024; 105(4s): S117-s314. Doi: 10.1016/j.kint.2023. 10.018.
6. Kato K, Nakashima A, Morishita M, Ohkido I, Yokoo T. Parathyroid hormone levels and pulse wave velocity in hemodialysis patients. *Ther Apher Dial.*2023;27(3): 552-561. Doi: 10.1111/1744-9987.13957.
7. Turgutkaya A, Aşçı G. The association between HbA1c and arterial stiffness among non-diabetic patients with chronic kidney disease. *J Vasc Bras.*2021;20:e20200245. Doi: 10.1590/1677-5449.200245.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DỊCH RỬA PHẾ QUẢN CỦA BỆNH NHÂN GIẶN PHẾ QUẢN SAU LAO PHỔI

Nguyễn Hồ Lam^{1,2,3}, Nguyễn Đình Lộc¹, Trần Văn Ngọc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giãn phế quản (GPQ) khá thường gặp ở dân số Châu Á, đặc biệt là giãn phế quản sau lao (GPQSL). GPQSL có liên quan diễn tiến bệnh nặng hơn, suy giảm chức năng phổi nhanh hơn GPQ do các

nguyên nhân khác. Tại Việt Nam chưa có nhiều dữ liệu về GPQSL. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra liệu GPQSL ở Việt Nam có đặc điểm như thế nào cũng như có sự khác biệt nào so với GPQ do các nguyên nhân khác không? **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và dịch rửa phế quản của bệnh nhân (BN) GPQSL tại Việt Nam ở người trưởng thành; so sánh đặc điểm của BN GPQSL với BN GPQ do nguyên nhân khác. **Đối tượng - Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả các BN người lớn với GPQ ổn định được nội soi phế quản tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 05/2022 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Ghi nhận 46 trường hợp (33,1%) thoả tiêu chuẩn chẩn đoán GPQSL trong tổng số 139 trường hợp GPQ ngoài đợt cấp. BN GPQ trong nghiên

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Lam

Email: bsholam1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025

cứu có tuổi trung bình là 60 ± 13 và giới nữ chiếm 59%. Ho và khạc đàm là triệu chứng thường gặp nhất (71,9%). Tác nhân vi trùng thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa* trong cả hai nhóm. Kiểu hình GPQSL thường gặp là nam giới (56,5%), chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp ($20,3 \pm 2,8 \text{ kg/m}^2$), thường biểu hiện ho ra máu (41,7%) và tổn thương GPQ trên hình ảnh học xuất hiện ưu thế thùy trên của phổi (87%). Không có sự khác biệt về mức độ nặng bệnh (dựa trên thang điểm BSI, FACED và Reiff) giữa GPQSL và GPQ do nguyên nhân khác. **Kết luận:** GPQSL là một nguyên nhân thường gặp của GPQ tại quốc gia với tỷ lệ lưu hành cao của bệnh lao như Việt Nam. Bệnh có những kiểu hình lâm sàng khá đặc trưng, vì thế, việc phân loại GPQSL thành một kiểu hình lâm sàng riêng của giãn phế quản có thể giúp quản lý và tiên lượng bệnh tốt hơn. **Từ khóa:** dịch rửa phế quản, giãn phế quản, lao phổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL MANIFESTATION AND BRONCHIAL LAVAGE FLUID IN PATIENTS WITH POST-TUBERCULOSIS BRONCHIECTASIS

Background: Bronchiectasis is relatively common in the Asian population, especially post-tuberculosis bronchiectasis (PTBE). PTBE is associated with more severe disease progression and faster decline in lung function compared to bronchiectasis caused by other causes. In Vietnam, there is limited data on PTBE. The research question is whether PTBE in Vietnam has any specific characteristics and whether there are differences between PTBE and bronchiectasis caused by other causes. **Objectives:** This study aims to describe the clinical characteristics and bronchial lavage fluid findings of adult patients with PTBE in Vietnam; to compare the characteristics of PTBE patients with those of bronchiectasis patients due to other causes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of adult patients with stable bronchiectasis who underwent bronchoscopy at Cho Ray Hospital and the University Medical Center Ho Chi Minh City from May 2022 to January 2024. **Results:** Among 139 bronchiectasis patients, 46 cases (33.1%) met the diagnostic criteria for PTBE. The patients in our study had an average age of 60 ± 13 , with female predominance (59%). Coughing and sputum production were the most common symptoms (71.9%). *Pseudomonas aeruginosa* was the most frequent bacteria isolated in both groups. Features of PTBE are more common in males (56.5%), a low BMI ($20.3 \pm 2.8 \text{ kg/m}^2$), hemoptysis (41.7%) and signs of bronchiectasis on imaging predominantly in the upper lobes of the lungs (87%). There was no significant difference in disease severity (based on bronchiectasis severity index, FACED, and Reiff) between PTBE and bronchiectasis due to other causes. **Conclusion:** PTBE is a common cause of bronchiectasis in countries with high tuberculosis prevalence as Vietnam. It has quite distinctive clinical features, so classifying PTBE as a separate clinical phenotype of bronchiectasis could improve the quality of management and prognosis. **Keywords:** bronchial lavage fluid, bronchiectasis, pulmonary tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản (GPQ) là một bệnh lý hô hấp tiến triển thường gặp, bao gồm các biểu hiện lâm sàng như ho, khạc đàm, nhiễm trùng hô hấp tái phát, kèm theo bất thường về hình ảnh học⁽⁴⁾. Nguyên nhân của GPQ xuất phát từ một hay đồng thời nhiều bệnh lý khác nhau như nhiễm trùng, suy giảm miễn dịch, rối loạn hoạt động lông chuyển, rối loạn di truyền,... trong đó có lao phổi⁽⁷⁾. Tại Châu Á, GPQ khá thường gặp với tần suất lưu hành 464 ca/100.000 người tại Hàn Quốc và 1200 ca/100.000 người ≥ 40 tuổi ở Trung Quốc. Trong đó, giãn phế quản sau lao (GPQSL) được xem như nguyên nhân hàng đầu của GPQ ở dân Châu Á. Tác nhân vi khuẩn thường được phân lập ở bệnh nhân (BN) GPQ đặc biệt nổi bật nhóm vi khuẩn Gram âm như *Pseudomonas* (P.) *aeruginosa*⁽⁶⁾. Các nghiên cứu chỉ ra phân lập được P. *aeruginosa* ở BN GPQ có liên quan tiên lượng xấu hơn và nhiều đợt cấp hơn⁽⁷⁾. Nghiên cứu trước đây cho thấy GPQSL thường có diễn tiến bệnh nặng hơn, mất chức năng phổi nhanh hơn GPQ do nguyên nhân khác⁽²⁾. Tại Việt Nam, phần lớn nghiên cứu tập trung vào đợt cấp GPQ. Năm 2022, Nguyễn Văn Giang nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học ở bệnh nhân đợt cấp GPQ, trong đó chỉ có 1 trường hợp (TH) cấy dịch rửa phế quản (DRPQ) dương tính với *Mycobacterium tuberculosis*⁽¹⁾. Do vậy, chúng tôi muốn tiến hành nghiên cứu tập trung vào nhóm BN GPQ ngoài đợt cấp, nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và dịch rửa phế quản (DRPQ) của BN GPQSL.
2. So sánh đặc điểm của GPQSL với GPQ do nguyên nhân khác.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. BN GPQ người lớn giai đoạn ổn định tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh có thực hiện nội soi phế quản từ 05/2022 đến 01/2024 được đánh giá.

Tiêu chí chọn mẫu. BN được chẩn đoán GPQ theo hướng dẫn hiệp hội lồng ngực Anh năm 2019⁽⁹⁾ với biểu hiện lâm sàng phù hợp (ho, khạc đàm, nhiễm trùng tái đi tái lại hoặc ho ra máu) và thỏa tiêu chí hình ảnh học.

Tiêu chí hình ảnh học: BN có ≥ 1 trong các bất thường sau đây trên ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao (HRCT).

- Tỷ số đường kính trong phế quản – động mạch đi kèm ≥ 1 .
- Thiếu thu hẹp của phế quản khi tiến ra ngoại biên.

• Hiện diện phế quản nhìn thấy được ở vùng ngoại biên (1 cm dưới màng phổi).

Tất cả các hình ảnh HRCT ngực đều được đánh giá bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và bác sĩ chuyên khoa hô hấp với ít nhất 5 năm kinh nghiệm.

Tiêu chí loại trừ

- Lao phổi đang hoạt động
- GPQ do co kéo (xơ phổi vô căn)

Thiết kế nghiên cứu. Cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định dựa trên tỷ lệ GPQSL trong nghiên cứu của tác giả Hayoung Choi⁽⁵⁾ 19,7% và giá trị $\alpha = 0,05$ ($Z = 1,96$) cũng như sai số $d = 0,07$, ta tính được cỡ mẫu cho nghiên cứu tối thiểu 125 bệnh nhân GPQ dựa vào công thức tính cỡ mẫu bên dưới.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Các bước tiến hành. Tất cả BN người lớn phù hợp tiêu chí chọn mẫu và loại trừ, có thực hiện nội soi phế quản sẽ được đánh giá. Thông tin nhân khẩu học, lâm sàng bệnh, xét nghiệm công thức máu, chức năng hô hấp và đặc điểm hình ảnh học được thu thập. DRPQ được thu nhận qua nội soi và được chỉ định xét nghiệm cần thiết tùy theo nhận định bác sĩ lâm sàng. Số

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Tổng (n = 139)	GPQSL (n=46)	GPQ do nguyên nhân khác (n=93)	Giá trị P
Tuổi (năm)	60 ± 13	58 ± 13	60 ± 12	0,222*
Giới nữ	82 (59,0)	20 (43,5)	62 (66,7)	0,009 [§]
BMI (kg/m ²)	21,1 ± 3,0	20,3 ± 2,8	21,4 ± 3,0	0,038*
Sống tại Hồ Chí Minh	31 (22,3)	10 (21,7)	21 (22,6)	0,911 [§]
Thu nhận từ bệnh viện Chợ rẫy	89 (64,0)	31 (67,4)	58 (62,4)	0,561 [§]

Số liệu trong bảng được trình bày dưới dạng số lượng (phần trăm) hay trung bình ± độ lệch chuẩn

*Kiểm định T-student; [§]Kiểm định Chi bình phương

BMI: Chỉ số khối cơ thể; GPQ: giãn phế quản; GPQSL: giãn phế quản sau lao

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60 ± 13. Nữ giới chiếm ưu thế (82/139 TH, 59%) và cao hơn có ý nghĩa ở nhóm GPQ không do lao phổi ($p=0,009$). Nhóm GPQSL có BMI thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm GPQ do nguyên nhân khác ($p=0,038$).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Tổng (n=139)
Triệu chứng	
Ho đàm	100 (71,9)
Thể tích đàm trong ngày (mL)	5,0 [5,0 – 10,0]
Khó thở	83 (59,7)
Tiền sử đợt cấp trong 1 năm	31 (22,3)

liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0. Chúng tôi dựa vào tiền sử lao phổi trước đây (có giấy xác nhận chẩn đoán và điều trị lao hoặc mô tả đã từng chẩn đoán lao và điều trị đầy đủ với phác đồ lao) phân chia BN thành hai nhóm GPQSL và GPQ do nguyên nhân khác để so sánh, sử dụng các phép kiểm: kiểm định T-student, Mann-Whitney U hay Chi bình phương. Các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, mã nghiên cứu 21385-ĐHYD, số: 528/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày cấp 09/11/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2022 đến tháng 01/2024, chúng tôi ghi nhận 46 TH được chẩn đoán GPQSL (33,1%) trong tổng số 139 BN GPQ được thực hiện nội soi phế quản tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

trước đó	
Hút thuốc lá	
Đang còn hút	7 (5,0)
Đã từng hút	43 (30,9)
Chưa bao giờ hút	89 (64,0)
Bệnh đi kèm	
Tăng huyết áp	46 (33,1)
Đái tháo đường	23 (16,6)
Xơ gan	5 (3,6)
Bệnh thận mạn	2 (1,42)
Trầm cảm-Lo âu	5 (3,6)

Số liệu trong bảng được trình bày dưới dạng số lượng (phần trăm) hay trung vị [khoảng tứ phân vị]

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	Chung (n=139)
Công thức máu	
WBC (K/mm ³)	7,9 [6,7 – 9,9]
EOS (K/mm ³)	0,2 [0,1 – 0,3]

Tiểu cầu (K/mm ³)	282,0 [234,5 – 337,5]
NLR	2,7 [1,8 – 4,0]
Hô hấp ký	
%FEV1	70,0 [55,0 – 81,0]
%FVC	71,0 [60,0 – 82,0]
Dạng GPQ trên HRCT	
Dạng đường	88 (63,3)
Dạng búi	13 (9,4)
Dạng nang	15 (10,8)
Dạng phổi hợp	23 (16,5)
Phân bố tổn thương GPQ trên HRCT	
Thùy trên	95 (68,4)
Thùy giữa	76 (54,7)
Thùy dưới	75 (54,0)
Cả hai phế trường	80 (57,6)

Số liệu trong bảng được trình bày dưới dạng số lượng (phần trăm) hay trung vị [khoảng tứ phân vị]

EOS: Bạch cầu ái toan máu; FEV1: Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên; FVC: Dung tích sống gắng sức; GPQ: giãn phế quản; HRCT: chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao; NLR: Tỷ số

Neutrophil – lympho bào; WBC: Bạch cầu

Nhận xét: Phần lớn TH (63,3%) có tổn thương GPQ trên hình ảnh học ở dạng đường và phân bố tập trung chủ yếu ở thùy trên (95/139 TH, 68,4%).

Bảng 4. Nguyên nhân của giãn phế quản trong dân số nghiên cứu (n=139)

Nguyên nhân	Tỷ lệ (n, %)
Sau lao phổi	46 (33,1)
Suy giảm miễn dịch	5 (3,6)
Hen nặng	6 (4,3)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	2 (1,4)
Nghĩ do nhiễm NTM	26 (18,7)
Bệnh mô liên kết	3 (2,2)
Nguyên nhân khác (sau nhiễm trùng, dị vật, tắc nghẽn do u, rối loạn hoạt động lồng chuyển)	8 (5,8)
Chưa rõ nguyên nhân	43 (30,9)

Số liệu trong bảng được trình bày dưới dạng số lượng (phần trăm); GPQ: giãn phế quản; NTM: Vi khuẩn lao không điển hình

Bảng 5. Mức độ nặng bệnh giãn phế quản của đối tượng nghiên cứu

Thang đo độ nặng	Chung (n=139)	GPQSL (n=46)	GPQ do nguyên nhân khác (n=93)	Giá trị P
BSI	4,0 [3,0 – 7,0]	4,0 [2,0 – 7,3]	4,0 [3,0 – 6,0]	0,882 [!]
FACED	1,0 [0,0 – 2,0]	1,0 [0,0 – 2,0]	1,0 [0,0 – 3,0]	0,633 [!]
Thang điểm Reiff hiệu chỉnh	3,0 [2,0 – 5,0]	2,0 [1,8 – 4,0]	3,0 [2,0 – 5,0]	0,077 [!]

Số liệu trong bảng được trình bày dưới dạng trung vị [khoảng tứ phân vị]

[!]Kiểm định Mann-Whitney U

BSI (bronchiectasis severity index) là chỉ số mức độ nặng giãn phế quản, được tính toán qua đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và vi sinh, được chia thành các mức độ nhẹ (0 – 4), trung bình (5 – 8), nặng (≥ 9)⁽¹⁰⁾

Thang điểm FACED cũng đánh giá mức độ nặng giãn phế quản qua đặc điểm lâm sàng, hình

ảnh học và vi sinh, được chia thành các mức độ nhẹ (0 – 2), trung bình (3 – 4), nặng (5 – 7)⁽¹⁰⁾

Thang điểm Reiff hiệu chỉnh đánh giá mức độ nặng GPQ qua đặc điểm hình ảnh học, được chia thành các mức độ nhẹ (1 – 6), trung bình (7 – 12), nặng (13 – 18)⁽¹¹⁾

Nhận xét: Đa phần các TH GPQ trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức độ nhẹ - trung bình và không có sự khác biệt mức độ nặng giữa nhóm GPQSL với nhóm GPQ do nguyên nhân khác.

Bảng 6. So sánh một số đặc điểm giữa hai nhóm giãn phế quản

Đặc điểm	Chung (n=139)	GPQSL (n=46)	GPQ do nguyên nhân khác (n=93)	Giá trị P
Biểu hiện ho ra máu hay tiền sử ho ra máu	58 (41,7)	28 (60,9)	30 (32,3)	0,001 ^{\$}
Khó thở	83 (59,7)	29 (63,0)	54 (58,1)	0,573 ^{\$}
WBC (K/mm ³)	7,9 [6,7 – 9,9]	7,7 [6,5 – 10,8]	7,9 [6,7 – 9,6]	0,691 [!]
NLR	2,7 [1,8 – 4,0]	2,7 [1,8 – 4,0]	2,7 [1,8 – 3,9]	0,866 [!]
GPQ thùy trên	95 (68,4)	40 (87,0)	55 (59,1)	0,004 ^{\$}
%FEV1	70,0 [55,0 – 81,0]	69,0 [52,0 – 81,0]	70,5 [55,3 – 81,8]	0,658 [!]
%FVC	71,0 [60,0 – 82,0]	71,0 [58,0 – 82,0]	71,0 [60,3 – 82,0]	0,888 [!]

Số liệu trong bảng được trình bày dưới dạng số lượng (phần trăm) hay trung vị [khoảng tứ phân vị]

^{\$}Kiểm định Chi bình phương; [!]Kiểm định Mann-Whitney U

BSI: Chỉ số mức độ nặng giãn phế quản; FACED: thang điểm FACED; FEV1: Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên; FVC: Dung tích sống gắng sức; GPQ: giãn phế quản; GPQSL: giãn phế quản sau lao phổi; NLR: Tỷ số

Neutrophil – lympho bào; WBC: Bạch cầu

Nhận xét: Ho ra máu là một trong những biểu hiện thường gặp của BN GPQ (41,7%), đặc biệt rất thường gặp ở nhóm GPQSL (60,9%, $p=0,001$). So với các nguyên nhân khác, tổn thương GPQSL thường xuất hiện ở thùy trên hơn ($p = 0,004$).

DRPQ được thu nhận trong tất cả các trường hợp nghiên cứu với xét nghiệm tế bào trong DRPQ được thực hiện trong 109 (78,4%) trường hợp, cấy vi trùng DRPQ thực hiện trong 136 (97,8%) trường hợp và cấy nấm DRPQ thực hiện trong 99 (71,2%) trường hợp. So sánh kết quả DRPQ giữa hai nhóm ghi nhận:

- Về mặt tế bào: bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) chiếm ưu thế ($\geq 50\%$) ghi nhận ở 75,7% (28/37) BN GPQSL và ở 52,8% (38/72) BN GPQ do nguyên nhân khác, có 3 trường hợp trong nhóm GPQSL và 7 trường hợp trong nhóm còn lại với phần trăm bạch cầu ái toan trong DRPQ $\geq 3\%$.

- Có 51 (37,5%) trường hợp phân lập được vi trùng với 16 trường hợp phân lập *P. aeruginosa* và 14 trường hợp phân lập *Klebsiella pneumoniae*, tác nhân vi trùng thường gặp nhất là *P. aeruginosa* trong cả hai nhóm (5/43 trường hợp GPQSL và 11/93 trường hợp GPQ do nguyên nhân khác).

- Có 26 (26,3%) trường hợp phân lập được nấm từ DRPQ, 7 trường hợp trong nhóm GPQSL và 13 trường hợp trong nhóm GPQ do nguyên nhân khác phân lập nấm *Candida* spp. và 6 trường hợp trong nhóm GPQ không do lao phân lập được *Aspergillus* spp.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và dịch rửa phế quản của bệnh nhân giãn phế quản. Dựa theo các nghiên cứu trước đây và báo cáo loạt ca, tần suất GPQ tăng dần theo tuổi, với trung vị tuổi là 65 và nữ giới chiếm ưu thế, khoảng 55 – 60%⁽⁷⁾. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận GPQ thường gặp ở nhóm trung niên và người cao tuổi, với tuổi trung bình là 60 ± 13 , thấp hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc⁽⁵⁾, Singapore⁽⁸⁾, tương đồng với báo cáo của Wang và cộng sự và cao hơn so với báo cáo tại Ấn Độ⁽³⁾. Chúng tôi nhận thấy nữ giới chiếm phần lớn TH GPQ (59%) trong nghiên cứu, tương đồng kết quả báo cáo của Choi và cộng sự⁽⁵⁾. Bên cạnh đó, nghiên cứu tại Trung Quốc không thấy sự khác biệt về giới tính, nghiên cứu tại Ấn Độ⁽³⁾, Singapore⁽⁸⁾ cho thấy nam giới chiếm ưu thế trong các TH GPQ.

Theo y văn, triệu chứng thường gặp nhất

của BN GPQ là ho, khạc đàm, chiếm gần 80% TH, ngoài ra còn có khó thở (60%) và ho ra máu (18 – 30%)⁽⁷⁾. Nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu BN GPQ dựa theo hướng dẫn của hội lồng ngực Anh năm 2019⁽⁹⁾, trong đó yêu cầu phải có tiêu chí lâm sàng. Chúng tôi ghi nhận ho, khạc đàm là triệu chứng thường gặp nhất (100/139 TH, 71,9%), kể đến là khó thở (83/139 TH, 59,7%). Kết quả của chúng tôi cao hơn so với các báo cáo từ dữ liệu đăng ký đa trung tâm ở Ấn Độ (60%) và Hàn Quốc (40%), với đặc điểm của BN GPQ tại Châu Á thường khó khạc đàm hơn⁽⁶⁾. Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy ho ra máu thường gặp hơn (41,7% TH) trong nghiên cứu của mình, khá tương đồng với báo cáo tại Trung Quốc⁽¹²⁾.

Chúng tôi sử dụng thang điểm Reiff cải biên, điểm BSI và FACED để đánh giá độ nặng cho BN GPQ. Kết quả cho thấy phần lớn TH ở mức độ nhẹ đến trung bình. Theo tác giả Choi, so với các khu vực khác, BN Châu Á bị GPQ có mức độ nặng của bệnh qua các thang điểm tương đối thấp hơn, tần suất đợt cấp trong vòng 1 năm cũng thấp hơn nhưng thường than phiền khó thở nhiều hơn và tỷ lệ nhập viện điều trị kháng sinh cũng cao hơn⁽⁶⁾.

Trong các báo cáo ở dân Châu Á, GPQ dạng nang chiếm khoảng 50 – 60% bất thường trên HRCT và 60% tổn thương nằm ở thùy dưới bên trái⁽⁶⁾. Khi phân tích bất thường trên HRCT, chúng tôi phát hiện phần lớn TH có tổn thương dạng đường (63,3%), và mặc dù tổn thương ở thùy dưới phổi không quá ít gặp, nhưng chiếm ưu thế là tổn thương ở thùy trên phổi (68,4%), đặc biệt ở nhóm GPQSL (87%). Trong nghiên cứu tại Hàn Quốc⁽⁵⁾, tác giả Choi và cộng sự đã ghi nhận tổn thương GPQ xuất hiện ưu thế ở thùy dưới trái, chiếm 73% TH. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong báo cáo tại Trung Quốc⁽¹²⁾. Những điều này phản ánh sự không đồng nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán, về phổ nguyên nhân gây GPQ giữa các quốc gia trong cùng khu vực Châu Á. Chúng tôi nhận thấy lao phổi là một nguyên nhân đặc biệt của BN GPQ tại Việt Nam, góp phần hình thành nên những nét đặc trưng riêng so với BN GPQ tại các quốc gia khác.

P. aeruginosa là tác nhân phân lập được nhiều nhất trong các nghiên cứu tại Châu Á và trong các nghiên cứu đăng ký GPQ ở Hàn Quốc và Ấn Độ. Ngoài ra, nhóm vi khuẩn Gram âm đường ruột, đặc biệt là *Klebsiella* với bằng chứng cho thấy có liên quan đến gia tăng tử vong cũng được báo cáo thường gặp tại Châu Á⁽⁶⁾. Chúng tôi ghi nhận hai tác nhân thường gặp nhất chính

là *P. aeruginosa* (11,5% TH) và *Klebsiella* (*K.*) *pneumoniae* (10,1% TH). Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu được báo cáo tại Ấn Độ⁽³⁾, Hàn Quốc⁽⁵⁾ và cao hơn so với báo cáo tại Singapore⁽⁸⁾. Tỷ lệ phân lập được *P. aeruginosa* cũng khá tương đồng giữa hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi (10,9% trường hợp GPQSL và 11,8% trường hợp GPQ do nguyên nhân khác), giống với báo cáo tại Trung Quốc⁽¹²⁾. Điểm khác biệt nằm ở tác nhân *K. pneumoniae* mà chúng tôi phân lập được lại cao hơn khá nhiều so với các báo cáo trong khu vực^{(3),(5),(8)}. Vi khuẩn lao không điển hình (NTM) thường được phân lập ở dân số Hoa Kỳ, nhưng khá ít gặp ở dân số Châu Á⁽⁶⁾. Tác giả Choi và cộng sự đã ghi nhận có 10,4% TH phân lập được NTM từ DRPQ⁽⁵⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 18,7% TH GPQ nghi do nhiễm NTM. Tính đa dạng về mặt vi sinh học của GPQ là một chủ đề rất được quan tâm, đặc biệt ở nhóm GPQSL⁽⁶⁾.

So sánh đặc điểm của giãn phế quản sau lao và giãn phế quản do nguyên nhân khác. Tỷ lệ GPQSL trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như báo cáo của tác giả Isaac Fong và cộng sự⁽⁸⁾ 31,1%, thấp hơn so nghiên cứu Jyoti Bajpai và cộng sự⁽³⁾ tại Ấn Độ 50,0% nhưng cao hơn nghiên cứu tại Trung Quốc⁽¹²⁾ 16,9% và Hàn Quốc⁽⁵⁾ 19,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy BN GPQSL thường có biểu hiện ho ra máu và tổn thương GPQ trên hình ảnh thường xuất hiện ở thùy trên. Hơn thế nữa, BN GPQSL thường có BMI thấp hơn GPQ do các nguyên

nhân khác^(5,8). Mặc dù, giới nữ chiếm ưu thế trong dân số nghiên cứu nhưng ở những BN GPQSL thì nam giới thường chiếm ưu thế, điều này cũng phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu tại Ấn Độ⁽³⁾. Về phương diện mức độ nặng của bệnh, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt giữa GPQSL so với GPQ nguyên nhân khác. Điều này tương tự kết quả nghiên cứu tại Hàn Quốc⁽⁵⁾ và Trung Quốc nhưng khác với tác giả Isaac Fong và cộng sự. Lý do cho sự khác biệt này có thể liên quan đặc điểm dân số thu nhận, nghiên cứu Isaac Fong và cộng sự đánh giá trên nhóm bệnh nhân GPQ nhập viện vì đợt cấp⁽⁸⁾.

Theo các nghiên cứu đăng ký tại Châu Á, GPQSL thường có mức độ tổn thương phổi nặng hơn trên hình ảnh và chức năng phổi tiến triển xấu hơn GPQ không do lao phổi^(2,6). Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về điểm Reiff cải biên và chức năng hô hấp giữa nhóm GPQSL và nhóm GPQ không do lao phổi. Tuy nhiên, chúng tôi tìm được những đặc điểm đặc trưng của nhóm GPQSL, bao gồm giới nam ưu thế (56,5%), BMI thấp hơn ($20,3 \pm 2,8 \text{ kg/m}^2$), biểu hiện ho ra máu thường gặp hơn (41,7%) và dấu hiệu GPQ trên hình ảnh xuất hiện ưu thế thùy trên phổi (87%). Kết quả này tương đồng với các báo cáo tại Hàn Quốc⁽⁵⁾ và Singapore⁽⁸⁾. Những đặc điểm này sẽ giúp hướng đến cá thể hóa trong quản lý BN GPQSL. So sánh đặc điểm bệnh nhân GPQSL giữa các quốc gia được trình bày trong bảng 7 bên dưới

Bảng 7. So sánh các nghiên cứu liên quan giãn phế quản sau lao

Nghiên cứu	Bajpai ⁽³⁾	Choi H ⁽⁵⁾	Fong I ⁽⁸⁾	Wang H ⁽¹²⁾	Chúng tôi
Cỡ mẫu chung	132	598	148	596	139
Năm	2023	2021	2022	2018	2025
Quốc gia	An Độ	Hàn Quốc	Singapore	Trung Quốc	Việt Nam
Đối tượng	GPQ ổn định	GPQ ổn định	Đợt cấp GPQ	GPQ ổn định	GPQ ổn định
GPQ sau lao (n, %)	66 (50%)	118 (19,7%)	46 (31,1%)	101 (16,9%)	46 (33,1%)
Tuổi (năm)	36 $\pm$ 13	66 [60–72]	63 $\pm$ 10	56,8 $\pm$ 12,79	58 $\pm$ 13
Giới nữ (n, %)	30 (45,6)	56 (47,5)	16 (34,8)	54 (53,5)	20 (43,5)
BMI (kg/m ²)	–	22,1 [19,5–24,6]	21,2 $\pm$ 6,4	–	20,3 $\pm$ 2,8
Ho ra máu (n, %)	28 (42,4)	–	–	38 (37,6)	58 (41,7)
FEV1 (%)	–	57,6 [43,0–74,2]	63 (40–82)	–	69,0 [52,0–81,0]
FVC (%)	–	70,1 [54,4–84,4]	68 (61–81)	–	71,0 [58,0–82,0]
Giãn phế quản thùy trên (n, %)	–	(T): 63 (53,9) (P): 74 (63,3)	–	(T): 40 (39,6) (P): 59 (58,4)	40 (87,0)
BSI	–	7 [5–9]	–	7,6 $\pm$ 3,95	4,0 [2,0 – 7,3]
FACED	–	2,4 $\pm$ 1,6	–	1,5 $\pm$ 1,56	1,0 [0,0 – 2,0]

BMI: Chỉ số khối cơ thể; BSI: Chỉ số mức độ nặng giãn phế quản; FACED: thang điểm FACED; FEV1: Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu

tiên; FVC: Dung tích sống gắng sức; GPQ: giãn phế quản

V. KẾT LUẬN

Qua 139 TH GPQ, chúng tôi ghi nhận lao phổi là nguyên nhân thường gặp nhất gây GPQ (33,1%) tại hai trung tâm y tế ở Việt Nam. BN GPQ thường ở độ tuổi trung niên, chủ yếu là nữ giới. Các triệu chứng thường gặp là ho, khạc đàm, khó thở và ho ra máu. Từ kết quả DRPQ, chúng tôi ghi nhận tác nhân được phân lập thường gặp nhất là *P. aeruginosa* và *K. pneumoniae*. Đặc điểm đặc trưng của GPQSL là nam giới, BMI thấp, biểu hiện ho ra máu và tổn thương GPQ trên hình ảnh xuất hiện ưu thế ở thùy trên phổi. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về mức độ nặng giữa GPQSL với GPQ do nguyên nhân khác. Tuy vậy, cá thể hóa quản lý BN GPQSL có thể mang lại những kết cục và tiên lượng tốt hơn, đặc biệt ở một quốc gia có gánh nặng lao cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang NV, Châu NQ, Giáp VV.** Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học ở người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại trung tâm hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 2022;521(1).
2. **Allwood BW, Byrne A, Meghji J, et al.** Post-Tuberculosis Lung Disease: Clinical Review of an Under-Recognised Global Challenge. *Respiration.* 2021;100(8):751-763.
3. **Bajpai J, Kant S, Verma A, et al.** Clinical, Radiological, and Lung Function Characteristics of Post-tuberculosis Bronchiectasis: An Experience From a Tertiary Care Center in India. *Cureus.* 2023;15(2):e34747.
4. **Chalmers JD, Elborn S, Greene CM.** Basic, translational and clinical aspects of bronchiectasis in adults. *Eur Respir Rev.* 2023;32(168):230015.
5. **Choi H, Lee H, Ra SW, et al.** Clinical Characteristics of Patients with Post-Tuberculosis Bronchiectasis: Findings from the KMBARC Registry. *J Clin Med.* 2021;10(19):4542.
6. **Choi H, Xu JF, Chotirmall SH, Chalmers JD, et al.** Bronchiectasis in Asia: a review of current status and challenges. *Eur Respir Rev.* 2024;33(173):240096.
7. **Cohen R, Shteinberg M.** Diagnosis and Evaluation of Bronchiectasis. *Clin Chest Med.* 2022;43(1):7-22.
8. **Fong I, Low TB, Yii A.** Characterisation of the post-tuberculous phenotype of bronchiectasis: A real-world observational study. *Chron Respir Dis.* 2022;19:14799731221098714.
9. **Hill AT, Sullivan AL, Chalmers JD, et al.** British Thoracic Society Guideline for bronchiectasis in adults. *Thorax.* 2019;74(Suppl 1):1-69.
10. **Minov J, Karadzinska-Bislimovska J, Vasilevska K, et al.** Assessment of the Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis Severity: The FACED Score vs the Bronchiectasis Severity Index. *Open Respir Med J.* 2015;9:46-51.

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI VÀ PHÂN LOẠI GỠY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TRÊN CT-SCAN DỰNG HÌNH 3D TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đinh Thanh Long¹, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2}, Trần Nguyễn Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương vùng mấu chuyển là một trong những dạng gãy xương vùng háng phổ biến nhất ở người cao tuổi. Phân loại gãy xương vùng mấu chuyển là yếu tố quyết định chiến lược điều trị phù hợp. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá hình thái và số lượng mảnh gãy liên mấu chuyển xương đùi trên CT-scan dựng hình 3 bình diện theo phân loại Nakano-Shoda (2017) và phân loại Wada (2019). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 47 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được chụp CT-scan dựng hình 3D từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022. Phân tích hình thái ổ gãy theo hai bảng phân loại mới dựa trên CT-scan. **Kết**

quả: Theo Nakano-Shoda, loại gãy thường gặp nhất là 3 mảnh G-L (53,2%), kể đến là gãy ≥ 4 mảnh (19,2%). Tỷ lệ gãy không vững chiếm 76,6%. Theo Wada, kiểu gãy phổ biến nhất là 4 mảnh GP/L (44,7%). Cơ chế gãy mất vững chủ yếu là mất vững thành sau trong đơn thuần (46,8%) và mất vững sau trong kèm mất vững thành ngoài (21,3%). Một số trường hợp được phân loại gãy vững trên X-quang nhưng thực tế là gãy không vững khi đánh giá trên CT-scan 3D. **Kết luận:** CT-scan 3D giúp phát hiện chính xác các trường hợp gãy không vững. Phân loại Wada giúp phân tích chi tiết cơ chế mất vững, trong khi phân loại Nakano-Shoda đơn giản và thực tế hơn trong ứng dụng lâm sàng.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển, CT-scan 3D, phân loại Nakano-Shoda, phân loại Wada.

SUMMARY

EVALUATION OF MORPHOLOGY AND CLASSIFICATION OF INTERTROCHANTERIC FRACTURES USING 3D CT-SCAN AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

¹Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025