

- Mostafa M Afify, et al.** Endogenous Ethanol Production Levels in Saudi Arabia Residents. *Journal of J Alcoholism & Drug Dependence*. 2015; 3 (3) DOI: 10.4172/2329-6488.1000211.
2. **CLSI.** EP6-A: Evaluation of the Linearity of Quantitative Measurement Procedures: A Statistical Approach: Approved Guideline. Wayne, PA: CLSI; 2003.
 3. **CLSI.** EP15-A3: User Verification of Precision and Estimation of Bias. Approved Guideline – Third Edition. Wayne, PA: CLSI; 2014.
 4. **CLSI.** EP17-A2: Evaluation of Detection Capability for Clinical Laboratory Measurement Procedures: Approved Guideline – Second Edition. Wayne, PA: CLSI; 2012.
 5. **Đỗ Thị Mai Dung, Đặng Thị Hòa, Phạm Thảo Diệp, và CS.** Khảo sát nồng độ ethanol trên nhóm người không sử dụng rượu bia. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 519: 102 – 108.
 6. **Luật phòng, chống tác hại của rượu, bia, số 44/2019/QH14.** Ban hành ngày 14 tháng 6 năm 2019. Hà Nội, Việt Nam.
 7. **Roche Diagnostics.** CD Foundations Participant Guide. TT-00570-03. Indianapolis. IN: Roche Diagnostics; 2021. Internal training document.
 8. **Westgard S.** 2025 CLIA Acceptance Limits for Proficiency Testing. Westgard QC. Published July 11, 2024. Accessed May 27, 2025. <https://www.westgard.com/clia-a-quality/quality-requirements/2024-clia-requirements.html>

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH NẤM PHỔI MẠN TÍNH ASPERGILLUS TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Thanh Đua¹, Nguyễn Quốc Tuấn¹,
Đặng Duy Đức¹, Đinh Văn Lượng¹, Phạm Hữu Lưu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh nấm phổi mạn tính do *Aspergillus* tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. Tiến hành trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh nấm phổi mạn tính *Aspergillus* được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi trung ương từ 01/2023 đến 06/2024. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata. **Kết quả:** Trong 124 bệnh nhân nấm phổi mạn tính *Aspergillus* có 72 bệnh nhân nam (58,1%) và 52 bệnh nhân nữ (41,9%). Độ tuổi trung bình 53±14 tuổi. Triệu chứng lâm sàng chính là ho ra máu (75,8%). Tổn thương nấm phổi mạn tính *Aspergillus* trên phim chụp cắt lớp vi tính gặp nhiều ở thùy trên hai phổi với tỷ lệ thùy trên phải (54,17%), thùy trên trái (54,55%). Có 115 ca điều trị bằng phẫu thuật thường quy, 9 phẫu thuật cấp cứu. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ chỉ định ở 101 bệnh nhân (81,45%), phẫu thuật mở ngực có 23 bệnh nhân (18,54%). Chỉ định cắt thùy chiếm tỷ lệ cao nhất ở nấm phổi mạn tính thể hang. **Kết luận:** Để chẩn đoán bệnh nấm phổi mạn tính *Aspergillus* dựa vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. Chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh nấm phổi mạn tính *Aspergillus* với tỉ lệ nguy cơ biến chứng thấp, bệnh khỏi hoàn toàn, cải thiện chất lượng cuộc sống không có triệu chứng cho người bệnh. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ

trợ đang được ưu tiên lựa chọn tại Bệnh viện Phổi trung ương vì có tính an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Aspergiloma. Chronic pulmonary aspergillosis (CPA), Cắt lớp vi tính (CLVT), Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ (VATS).

SUMMARY

EVALUATE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND INDICATE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PHULMONARY ASPERGILOSIS BY ASPERGILLUS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Background: To evaluate clinical and paraclinical characteristics and indications for surgical treatment of chronic pulmonary aspergillosis (CPA) caused by *Aspergillus* at the National Lung Hospital during the period 2023-2024. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 124 patients diagnosed with chronic pulmonary aspergillosis which underwent surgical treatment at the National Lung Hospital from January 2023 to June 2024. Data were analyzed using Stata software. **Results:** Among the 124 CPA patients, 72 were male (58.1%) and 52 were female (41.9%), with a mean age of 53±14 years. The main clinical symptom was hemoptysis (75.8%). Radiological imaging revealed CPA lesions predominantly in the upper lobes of both lungs—right upper lobe (54.17%) and left upper lobe (54.55%). A total of 115 patients underwent elective surgery, and 9 underwent emergency surgery. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) was performed in 101 patients (81.45%), while open surgery was performed in 23 patients (18.54%). Lobectomy was the most common surgical indication, especially in the chronic cavity pulmonary aspergillosis (CCPA) form. **Conclusion:** The diagnosis of chronic pulmonary aspergillosis is based on clinical presentation, chest computed tomography (CT), microbiological cultures,

¹Bệnh viện Phổi trung ương

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Đua

Email: phamdua7587@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

and histopathology. Surgical intervention is indicated in selected CPA cases and is considered to carry an acceptable complication rate, offering a chance for complete cure and symptomatic relief. VATS is a safe surgical option for appropriately selected patients.

Keywords: Chronic pulmonary aspergillosis (CPA), aspergilloma, computed tomography (CT), video-assisted thoracoscopic surgery (VATS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nấm Aspergillus phổi mạn tính (Chronic pulmonary Aspergillosis - CPA) là tình trạng nhiễm nấm Aspergillus xâm nhập, phát triển mạn tính, phá hủy dần cấu trúc phổi. Nó thường phát triển thành các khối nấm hoại sinh và u nấm trong các khoang ở phổi bởi các thương tổn bất thường về mặt cấu trúc. Với việc sử dụng rộng rãi thuốc kháng sinh, glucocorticoid và thuốc ức chế miễn dịch, các bệnh nhân suy giảm miễn dịch ngày càng tăng như bệnh nhân ung thư, HIV, ghép tạng, các bệnh nhân có các bất thường về giải phẫu và cấu trúc, chẳng hạn như các tổn thương hang cũ lao phổi, giãn phế quản, COPD... thì tỷ lệ nhiễm CPA tăng lên[3]. Mặc dù với số lượng ước tính cao như vậy nhưng các báo cáo về bệnh nấm phổi Aspergillus ở Việt nam về việc chẩn đoán, điều trị và theo dõi quản lý nấm phổi còn rất hạn chế, nấm phổi Aspergillus vẫn là một bệnh ít được quan tâm, đồng nghĩa với việc nhiều bệnh nhân không được tiếp cận chẩn đoán, điều trị và quản lý dẫn đến nhiễm trùng nhiễm độc hoặc biến chứng nặng nề như ho ra máu ồ ạt. Chẩn đoán sớm, điều trị đúng giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ tai biến và biến chứng. Tại Việt Nam hiện nay chưa có chưa có nhiều nghiên cứu về CPA. Từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh nấm phổi mạn tính Aspergillus tại Bệnh viện Phổi Trung ương giai đoạn 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiến hành trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán nấm phổi mạn tính do Aspergillus được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2023 đến tháng 06/2024 theo hướng dẫn của Hội hô hấp Châu Âu và Hội vi sinh lâm sàng và bệnh truyền nhiễm châu Âu năm 2016[4].

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại khỏi nghiên cứu: - Bệnh nhân có 1 trong các yếu tố sau ở vật chủ mắc nấm phổi xâm lấn theo (Các yếu tố giai đoạn cấp tính

được kiểm soát trước phẫu thuật). Tiêu chuẩn đồng thuận của EORTC/MSF 2008:

+ Tiền sử giảm bạch cầu trung tính gần đây (dưới 500 bạch cầu trung tính/mm³ trong ít nhất 10 ngày)

+ Bệnh máu ác tính

+ Ghép tế bào gốc tạo máu

+ Ghép tạng đặc (tim, gan, thận, phổi)

+ Sử dụng corticosteroid kéo dài (không bao gồm bệnh nhân mắc bệnh aspergillosis phế quản phổi dị ứng) với liều điều trị $\geq 0,3$ mg/kg prednisone trong 3 tuần, trong 60 ngày qua

+ Điều trị bằng các chất ức chế miễn dịch tế bào T (chất ức chế calcineurin, chất chẹn yếu tố gây hoại tử khối u, kháng thể đơn dòng đặc hiệu với tế bào lympho, các chất tương tự nucleoside ức chế miễn dịch) hoặc B (chất ức chế Bruton tyrosine kinase: ibrutinib, acalabrutinib) trong 90 ngày qua.

+ Suy giảm miễn dịch nghiêm trọng do di truyền hoặc mắc phải

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc đồng thời các loại nấm khác tại phổi.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

* CT ngực:

- Vị trí tổn thương.

- Loại tổn thương: Phân loại thể bệnh dựa trên hình ảnh tổn thương trên Xquang, CLVT lồng ngực [4]:

+ Nốt: là một bóng mờ dạng tròn, có đường kính dưới 3 cm.

+ Thâm nhiễm: là đám mờ tương đối đồng đều, che khuất các mạch máu, không đẩy hoặc co kéo các tổ chức lân cận. Có thể mờ theo định khu thùy hoặc phân thùy hoặc mờ rải rác.

+ Hang: là hình sáng giới hạn bởi một bờ mờ tròn khép kín liên tục, trong lòng không có nhu mô phổi, đường kính $\geq 0,5$ cm. Kích thước của hang đa dạng: hang nhỏ < 2 cm, trung bình từ 2 – 4cm, 4cm $\leq$ hang lớn < 6 cm, hang khổng lồ ≥ 6 cm, tuy nhiên có thể rất lớn chiếm 1/2 phế trường, 1 thùy phổi, hoặc rất nhỏ và tập trung lại tạo hình "rổ tổ ong" hoặc "ruột bánh mì". Thành hang: có độ dày ≥ 2 mm phân biệt với những bóng giãn phế nang. Trong lòng hang thường là hình sáng của khí, đôi khi có mức dịch còn gọi là hình liềm khí.

+ Dải mờ: là các đường mờ có đường kính rộng từ 0,5 – 1 mm, thường tạo giống "hình lưới" hoặc hình "vân đá".

+ Giãn phế quản: hình ảnh giãn phế quản khi tỉ số đường kính trong của phế quản/đường kính động mạch đi kèm $> 1,5$.

+ Hình ảnh u nấm: là một khối mờ nằm trong hang, thường có dạng hình cầu hoặc ovan,

không khí xung quanh u nấm có hình lưới liềm. Ở các tư thế khác nhau của bệnh nhân, khối có thể di động.

+ Dày màng phổi: là sự dày lên của màng phổi thành hoặc màng phổi tạng. Dày màng phổi có thể khu trú hoặc lan tỏa.

2.3. Chỉ định phẫu thuật nấm phổi *Aspergillus* mạn tính

- SA (Simple/Single aspergilloma), AN (Aspergillus nodules): U, nốt nấm phổi đơn giản.

- CCPA (Chronic cavitary pulmonary aspergillosis) tổn thương khu trú

- CFPA (Chronic fibrosing pulmonary aspergillosis) cần nhắc cho các trường hợp: Điều trị liệu pháp kháng nấm lâu dài không hiệu quả do không dung nạp thuốc hoặc đa kháng.

- Ho ra máu: Phương pháp điều trị cầm máu nội khoa hoặc can thiệp bít tắc động mạch thất bại.

- SAIA (Subacute invasive aspergillosis): Cần nhắc phẫu thuật khi tổn thương nấm liên kế những cấu trúc giải phẫu quan trọng như mạch máu và phế quản do nguy cơ xâm lấn của nấm vào những thành phần này.

* Phẫu thuật mổ mở và VATS

+ Mổ mở: Đường rạch da lớn

Ban sườn

Thao tác nhìn trực tiếp qua vết mổ

+ VATS: Là phẫu thuật ít xâm lấn

Đường rạch da từ 2-6 cm

Các thao tác nhìn qua màn hình Video

Không ban sườn

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm thống kê Stata.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

Giới	Nam (n=72)		Nữ (n=52)		Tổng (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi						
X±SD	53 ± 12		51 ± 17		53 ± 14	
≤ 35	5	6,94	10	19,23	15	12,1
36-45	12	16,67	6	11,54	18	14,52
46-55	22	30,56	10	19,23	32	25,81
56-65	22	30,56	15	28,85	37	29,84
66+	11	15,28	11	21,15	22	17,74

Tuổi trung bình mắc bệnh là 53 ± 14, nam giới 53 ± 12 và nữ giới 51 ± 17. Nam giới mắc bệnh nhiều ở độ tuổi từ 46-65 với tỷ lệ 30,56%. Nữ giới mắc bệnh nhiều ở độ tuổi từ 56-65 với tỷ lệ 28,85%. Nam giới chiếm 58,1%, nữ giới chiếm 41,9%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,4 lần.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng, thực thể

Triệu chứng	Số lượng (n=124)	%
Ho máu	94	75,8
Ho đờm	73	58,9
Đau tức ngực	34	27,4
Gầy sút cân	12	9,7
Sốt	17	13,7
Khó thở	13	10,5
Triệu chứng khác	3	2,4

Triệu chứng cơ năng, thực thể thường gặp nhất là ho ra máu 94/124 (75,8%), tiếp theo lần lượt ho khạc đờm 73/124 (58,9%), đau tức ngực 34/124 (27,4%).

Bảng 3. Tổn thương trên cắt lớp vi tính

Tổn thương	Phổi phải (n=67)*						Phổi trái (n=58)			
	Thùy trên (n=48)		Thùy giữa (n=6)		Thùy dưới (n=19)		Thùy trên (n=44)		Thùy dưới (n=17)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
U nấm	37	77,08	3	50	11	57,89	38	86,36	14	82,35
Hang/nhiều hang	27	56,25	5	83,33	11	57,89	32	72,73	10	58,82
Đông đặc	12	25	2	33,33	6	31,58	8	18,18	2	11,76
Dày, xơ hóa màng phổi	15	31,25	1	16,67	3	15,79	19	43,18	4	23,53
Xơ phổi	10	20,83	1	16,67	0	0	7	15,91	2	11,76
Giãn phế quản	21	43,75	1	16,67	6	31,58	27	61,36	9	52,94
Kén khí	1	2,08	1	16,67	1	5,26	0	0	0	0
Nốt/khối	8	16,67	2	33,33	1	5	7	15,91	4	23,53
Bất thường mạch máu	7	14,58	0	0	0	0	5	11,36	0	0

U nấm là tổn thương gặp phải nhiều nhất ở thùy trên hai phổi với các tỷ lệ tương ứng là 77,08%, 86,36%. Hình ảnh hang/nhiều hang phổ biến thứ 2 ở cả 2 phổi chiếm nhiều ở thùy trên hai phổi là 72,73%, 56,25% và tỷ lệ tổn thương hay gặp ở thùy giữa phải với số lượng

bệnh nhân là 5 chiếm 83,33%. Hình ảnh giãn phế quản gặp phải phổ biến nhất ở thùy trên phổi trái (61,36%). Các tổn thương trên hình ảnh CT scan xen đa dạng với 42 tổ hợp khác nhau từ 9 hình thức tổn thương trên, trong đó có

15 bệnh nhân (12,1%) có tổn thương u nấm và hang, chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 4. Các chỉ định phẫu thuật trên tình trạng ho ra máu

Mức độ ho ra máu	Cấp cứu (n=8)		Thường quy (n=116)	
	n	%	n	%
Không ho ra máu	0	0	30	25,86
Nhẹ	0	0	73	62,93
Trung bình	1	12,5	6	5,17
Nặng	7	87,5	7	6,04

Kết quả bảng 6. cho thấy phần lớn bệnh nhân cấp cứu là có tình trạng ho ra máu nặng (87,5%). Trong khi đó, đối với bệnh nhân phẫu thuật thường quy thì hầu hết là ho ra máu nhẹ hoặc không ho ra máu (88,79%)

Bảng 5. Phân bố chỉ định phẫu thuật với phân loại CPA trên CT

Phân loại CPA trên CT	Mổ mở (n=23)		VATS (n=101)		Giá trị p
	n	%	n	%	
AN	0	0	5	4,95	<0,001
CCPA	12	52,17	63	62,38	
CFPA	10	43,48	0	0	
SA	1	4,35	33	32,67	

Kết quả bảng 7. cho thấy ở cả chỉ định mổ mở hoặc VATS thì phân loại CCPA chiếm tỷ lệ cao nhất, giá trị tương ứng là 52,17% và 62,38%. Chiếm tỷ lệ cao thứ 2 trong số bệnh nhân mổ mở là CFPA (43,48%) và tỷ lệ tương ứng ở nhóm SA (32,67%) phẫu thuật VATS. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p ở mức độ tin cậy 95% là <0,001.

IV. BÀN LUẬN

- Kết quả bảng 1, 124 bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình mắc bệnh là 53 ± 14 , nam giới 53 ± 12 và nữ giới 51 ± 17 , tuổi lớn nhất 78, nhỏ nhất là 24 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,4 lần. Ở độ tuổi từ 46-65 với tỷ lệ 29,84%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Hakan Keskin (2022)[8], tỷ lệ gặp ở nam nhiều hơn nữ và độ tuổi ở nhóm 56-65 mắc bệnh nhiều hơn.

Kết quả ở bảng 2. Ho ra máu là triệu chứng phổ biến nhất, đó là kết quả của tình trạng xói mòn mạch máu lân cận do chuyển động của u nấm và tạo ra độc tố, dẫn đến tăng sinh mạch máu toàn thân thứ phát, nhất là động mạch phế quản và động mạch liên sườn. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng ho ra máu chiếm (75,8%), tiếp theo lần lượt ho khạc đờm (58,9%), đau tức ngực (27,4%) phù hợp với nghiên cứu của Gerard Babasati (2000)[1] với ho khạc máu gặp tới 66% trường hợp, ho đờm chiếm 15% và 18% ghi nhận bệnh không có

triệu chứng. Hay một nghiên cứu khác của Narendran Balasubbiah (2024)[2] triệu chứng phổ biến nhất liên quan đến Aspergilloma là ho ra máu là 52% và trong đó có đến 29% trường hợp ho ra máu có thể đe dọa tính mạng.

- Kết quả ở bảng 3. Những thay đổi về hình thái học liên quan đến CPA là một trong những bằng chứng quan trọng để chẩn đoán CPA. CT-ngực giúp phân tích chi tiết tổn thương để chẩn đoán CPA được khuyến cáo, đồng thời chẩn đoán phân biệt nhiều căn nguyên như ung thư phổi, áp xe phổi, NTM... CPA thường biểu hiện dưới dạng một hoặc nhiều hang, thành dày không đều nhau và có xu hướng phát triển theo thời gian, các thâm nhiễm quanh các khoang. Hình ảnh điển hình trong CPA là khối u nấm bên trong hang tạo dấu hiệu "liềm khí". Tuy nhiên giai đoạn sớm khi nấm Aspergillus bắt đầu phát triển trong lòng hang tạo thành hình ảnh "mạng nhện" hoặc "bọt biển", khi số lượng đủ lớn sẽ kết lại thành u nấm[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi u nấm là tổn thương gặp phải nhiều nhất ở thùy trên hai phổi với các tỷ lệ tương ứng là 77,08%, 86,36%. Hình ảnh hang/nhiều hang phổ biến thứ 2 ở cả 2 phổi chiếm nhiều ở thùy trên hai phổi là 72,73%, 56,25% Các tổn thương trên hình ảnh CT đan xen đa dạng với 42 tổ hợp khác nhau từ 9 hình thức tổn thương trên, trong đó có 15 bệnh nhân (12,1%) có tổn thương u nấm và hang, chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này phù hợp với nghiên cứu có tiền sử lao phổi chiếm tỷ lệ cao nhất, tổn thương lao phổi hay gặp thùy trên hai phổi, tổn thương nấm phổi phát triển sau tổn thương cấu trúc đường thở như sau lao phổi, giãn phế quản, kén phế quản.

- Kết quả bảng 4, trong nghiên cứu phần lớn bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu là có tình trạng ho ra máu nặng (87,5%). Trong khi đó, đối với bệnh nhân phẫu thuật thường quy thì hầu hết là ho ra máu nhẹ hoặc không ho ra máu (88,79%). Theo y văn một số cơ chế gây ho ra máu đã được đề xuất bao gồm xói mòn thành nang mạch máu do chuyển động của u nấm, tạo ra nội độc tố do nấm và bệnh tiềm ẩn của bệnh nhân. Nguồn mạch máu gây ho ra máu bắt nguồn từ động mạch phế quản, vú trong, liên sườn...Trong đó chủ yếu là động mạch phế quản. Một trong những chỉ định phẫu thuật CPA là bệnh nhân có biến chứng ho ra máu. Theo nghiên cứu Balasubbiah (2024)[2] phẫu thuật cấp cứu trong trường hợp ho ra máu ồ ạt đã được cho thấy có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh và tử vong cao từ 7% đến 40%. Do đó, can thiệp để cầm máu trước khi phẫu thuật chắc chắn là rất quan trọng. Thuyên tắc động mạch

phế quản là một can thiệp rất thành công để chấm dứt tình trạng ho ra máu ồ ạt, có hiệu quả trong 73% đến 99% các trường hợp. Nghiên cứu họ chỉ ra rằng chỉ ra rằng những bệnh nhân trải qua phẫu thuật cấp cứu có nguy cơ mắc biến chứng cao hơn so với những bệnh nhân trải qua phẫu thuật theo lịch trình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 65,9% bệnh nhân bị ho ra máu. Ho ra máu mức độ nặng đe dọa tính mạng đòi hỏi phải phẫu thuật cấp cứu hoặc truyền tắc động mạch phế quản bằng catheter.

- Kết quả bảng 5, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định mổ mở hoặc VATS thì phân loại CCPA chiếm tỷ lệ cao nhất, giá trị tương ứng là 52,17% và 62,38%. Chiếm tỷ lệ cao thứ 2 trong số bệnh nhân mổ mở là CFPA (43,48%) và tỷ lệ tương ứng ở nhóm SA (32,67%) phẫu thuật VATS. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p ở mức độ tin cậy 95% là <0,001. Phẫu thuật mở ngực thường là lựa chọn đầu tiên cho phân loại CCPA và CFPA vì mức độ phức tạp của tổn thương, đặc biệt là phát triển sau bệnh lao, được đặc trưng bởi các tổn thương co rút, xơ hóa, dính chặt lá thành. Những đặc điểm này giải thích tại sao phẫu thuật mở ngực được chỉ định ở thể nấm phức tạp đảm bảo giải phóng màng phổi tốt hơn và tránh mở vào tổn thương nấm aspergillus rơi trong khoang màng phổi. Đôi khi, bắt buộc phải cắt bỏ xương sườn với trường hợp hẹp khít liên sườn. Các báo cáo về phẫu thuật mở ngực cho thấy tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đáng kể lên đến 43% đối với bệnh nấm phổi do nấm[10]. Nghiên cứu Kumar A (2017)[9] đã thực hiện VATS cho 43,6% bệnh nhân SA và AN, tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp. Mong muốn tránh cắt bỏ thùy phổi ở những bệnh nhân có chức năng phổi rất kém có thể phù hợp nhưng phải cân nhắc với nguy cơ tái phát nếu u nấm aspergilloma không được cắt bỏ hoàn toàn. Mặc dù không thể phủ nhận thực tế là phẫu thuật có nguy cơ biến chứng đáng kể như: mất máu ồ ạt, rò phế quản, mũ màng phổi và tử vong do suy hô hấp. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng gần 20% bệnh nhân bị u nấm aspergilloma phát triển thành bệnh nấm aspergilloma xâm lấn khiến phẫu thuật trở nên khó khăn hơn. Những người khác nhận thấy nguy cơ ho ra máu đe dọa tính mạng là tương tự nhau ở cả bệnh nhân có triệu chứng và trước đây không có triệu chứng. Điều này thúc đẩy chúng tôi tin tưởng vào can thiệp phẫu thuật ngay cả ở những bệnh nhân SA không có triệu chứng. Ở đây, chúng tôi muốn nhấn mạnh rằng quyết định thực hiện cắt thùy phổi giải phẫu so với cắt Wedge không phụ thuộc vào phương pháp tiếp cận VATS hay phẫu thuật

mở. Nó chủ yếu phụ thuộc vào đặc điểm của tổn thương. Tổn thương ngoại vi được phân định rõ ràng, không có tổn thương nhu mô xung quanh có thể được xử lý cắt phân thùy, wedge trong hầu hết các trường hợp VATS của nghiên cứu chúng tôi. Mặt khác, tổn thương lớn ở trung tâm hoặc có tổn thương nhu mô xung quanh đáng kể, thì nên thực hiện cắt thùy phổi/cắt hai thùy phổi hoặc cắt phổi tùy theo nhu cầu. Phương pháp phẫu thuật mở hoặc VATS có thể chuyển đổi. Một số nghiên cứu cho thấy, VATS là phương pháp tiếp cận tốt hơn so với phẫu thuật mở ngực đối với một số lượng lớn các tình trạng phẫu thuật ngực[9]. Do đó, cần cân nhắc kỹ lưỡng tỷ lệ rủi ro và lợi ích tổng thể và lựa chọn các trường hợp cho phù hợp để có kết quả tốt hơn một cách nhất quán. Trong một báo cáo của Jewkes và cộng sự[7], tỷ lệ sống sót sau 5 năm được quan sát thấy ở nhóm phẫu thuật là 84% so với 41% ở nhóm bệnh nhân không phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Để chẩn đoán bệnh nấm phổi mạn tính Aspergillus dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng. Chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh nấm phổi mạn tính Aspergillus được coi có nguy cơ với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được, để giúp bệnh nhân chữa khỏi hoàn toàn và cải thiện chất lượng cuộc sống không có triệu chứng. Phẫu thuật cắt bỏ trong điều trị SA, AN, CCPA với tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp, trong khi phẫu thuật CFPA nên giới hạn ở một số bệnh nhân được chọn lọc do tỷ lệ biến chứng cao hơn. Chúng tôi khuyến nghị can thiệp phẫu thuật sớm cho SA, AN, CCPA cần bệnh nhân đủ điều kiện phẫu thuật. Phẫu thuật VATS an toàn cho bệnh nhân được chọn lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babasati G, Massetti M, Chapelier A, et al. Surgical treatment of pulmonary aspergilloma: current outcome. J Thorac Cardiovasc Sur. 2000;119:906-12.
2. Balasubbiah N, Saeteng S, Siwachat S, et al. Outcomes of pulmonary resection in pulmonary aspergilloma: A retrospective cohort study in a single tertiary-care hospital in Northern Thailand. Asian J Surg. 2024.
3. Bongomin, F., et al. Surgical management of chronic pulmonary aspergillosis in Africa: A systematic review of 891 cases. Mycoses. 2021;00:1–8. DOI: 10.1111/myc.13359
4. Denning DW, et al. ERS and ESCMID guideline for the management of chronic pulmonary aspergillosis released. Eur Respir J. 2016;47:45–68.
5. Harmouchi H, Lakranbi M, Issoufou I, et al. Pulmonary aspergilloma: surgical outcome of 79 patients in a Moroccan center. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2019;27(6):476–480.
6. He B, et al. Clinical profile and surgical outcome

- for different types of chronic pulmonary aspergillosis. *Am J Transl Res.* 2019;11(6):3671-3679. www.ajtr.org /ISSN:1943-8141/ AJTR0091153.
7. **Jewkes J, Kay PH, Paneth M, Citron KM.** Pulmonary aspergilloma: analysis of prognosis in relation to haemoptysis and survey of treatment. *Thorax.* 1983;38:572-8.
 8. **Hakan Keskin, Hülya Diro, Nurgül Bozkurt.** Pulmonary aspergilloma management: 5 years of experience from a tertiary hospital. *Kardiochir Torakochir Pol.* 2022;19(4):194-198.
 9. **Kumar A, Asaf BB, Puri HV, et al.** Video-assisted thoracoscopic surgery for pulmonary aspergilloma. *Lung India.* 2017;34:318-23.
 10. **Shen CM, et al.** Outcomes of surgery for different types of chronic pulmonary aspergillosis: results from a single-center, retrospective cohort study. *BMC Pulm Med.* 2022;22:40.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ PHOSPHO MÁU Ở NGƯỜI BỆNH THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Trang¹, Hoàng Anh Trung²,
Đông Thế Uy^{1,3}, Nguyễn Hữu Dũng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn chuyển hóa phospho làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở người bệnh thận mạn. Suy dinh dưỡng là tình trạng thường gặp ở người bệnh thận nhân tạo. Nghiên cứu này nhằm khảo sát một số yếu tố liên quan giữa nồng độ phospho máu và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ phospho máu ở người bệnh thận nhân tạo chu kỳ. Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ phospho máu với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm người bệnh nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 202 người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nồng độ phospho máu trung bình là 1.66 ± 0.62 mmol/L. Tỷ lệ giảm, bình thường, tăng phospho máu lần lượt là 20.3%, 39.1%, 40.6%. Tích số Calci x Phospho là 3.93 ± 1.59 mmol²/L². Nồng độ phospho máu có tương quan thuận với nồng độ PTH, Creatinin, tích số Calci x Phospho. Nồng độ phospho máu có mối liên quan đến chỉ số khối cơ thể (BMI) với $p < 0.001$ và tình trạng dinh dưỡng. **Kết luận:** Tỷ lệ hạ phospho máu ở người bệnh thận nhân tạo chu kỳ là phổ biến. Và tình trạng này liên quan chặt chẽ đến tình trạng suy dinh dưỡng thể hiện ở chỉ số khối cơ thể giảm, Albumin máu giảm trên nhóm người bệnh nghiên cứu.

Từ khóa: Phospho máu, thận nhân tạo chu kỳ, bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

SUMMARY

EVALUATION OF SERUM PHOSPHATE CONCENTRATIONS IN PATIENTS ON

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Phenikaa

³Bách viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: ngthtrang0916@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Disorders of phosphorus metabolism increase the risk of cardiovascular disease and represent a leading cause of mortality in patients with chronic kidney disease. Malnutrition is a common condition among patients undergoing hemodialysis. This study aims to investigate the association between serum phosphorus levels and the nutritional status of patients receiving maintenance hemodialysis. **Objectives:** To investigate serum phosphorus levels in patients undergoing maintenance hemodialysis and to explore the association between serum phosphorus and various clinical and paraclinical factors in this patient population. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 202 patients receiving maintenance hemodialysis at the Nephrology and Dialysis Center, Bach Mai Hospital. **Results:** The mean serum phosphorus level was 1.66 ± 0.62 mmol/L. The prevalence of hypophosphatemia, normophosphatemia, and hyperphosphatemia was 20.3%, 39.1%, and 40.6%, respectively. The mean calcium-phosphorus product was 3.93 ± 1.59 mmol²/L². Serum phosphorus levels were positively correlated with parathyroid hormone (PTH), serum creatinine, and the calcium-phosphorus product. There was a statistically significant association between serum phosphorus and body mass index (BMI) ($p < 0.001$), as well as nutritional status. **Conclusions:** Hypophosphatemia is a common condition among patients on maintenance hemodialysis and is closely associated with malnutrition, as reflected by reduced BMI and serum albumin levels in the study population.

Keywords: Serum phosphorus, maintenance hemodialysis, end-stage renal disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chuyển hóa phospho là một biến chứng thường thấy ở người bệnh thận nhân tạo chu kỳ. Ở người bệnh thận mạn giai đoạn 5, nồng độ phospho máu > 1.78 mmol/L làm tăng 30-50% nguy cơ tử vong so với nhóm người bệnh kiểm soát nồng độ phospho máu trong giới hạn cho phép ($1.13-1.78$ mmol/L) [1]. Tình trạng