

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1 TỪ THÁNG 5/2025 ĐẾN THÁNG 9/2025

Thân Trọng Hưng¹, Phạm Thị Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh. Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp giãn phế quản tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025, được cấy bệnh phẩm đờm hoặc/và dịch phế quản. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66.77±13.28. Tỷ lệ nam: nữ là 1.14: 1; Triệu chứng ho khạc đờm gặp nhiều nhất chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%, sốt chiếm 23.3%; Tính chất đờm mủ đục gặp nhiều nhất chiếm phần lớn 46.7%, đờm trong chiếm 30%, đờm lẫn máu 13.3%, đờm vàng gặp ít chiếm 10%; 90% bệnh nhân có rales ở phổi, trong đó rales ẩm và nổ thường gặp chiếm 56.6%; 83.3% người bệnh có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, thể hỗn hợp chiếm 13.4, hình túi gặp 3.3%; 87.5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*; còn nhạy nhiều kháng sinh Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem. **Từ khóa:** Giãn phế quản, Nội soi phế quản, kháng sinh.

SUMMARY

REVIEW OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH BRONCHIECTASM TREATED AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF BAC NINH GENERAL HOSPITAL NO. 1 FROM MAY 2025 TO SEPTEMBER 2025

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with bronchiectasis treated at the Department of Respiratory Medicine - Bac Ninh General Hospital No. 1 from May 2025 to September 2025. **Research subjects and methods:** This is a descriptive study of a series of cases. The study subjects include 30 patients diagnosed with acute bronchiectasis at the Department of Respiratory Medicine, Bac Ninh General Hospital No. 1 from May 2025 to September 2025, with sputum and/or bronchial fluid cultures. **Results and conclusions:** The average age of the study subjects is 66.77±13.28. The male: female ratio is 1.14: 1; The most common

symptom is cough with phlegm, accounting for 80%, followed by 73.3% of shortness of breath, 70% of chest pain, hemoptysis accounting for 26.7%, fever accounting for 23.3%; The most common sputum characteristics are turbid sputum (46.7%), clear sputum (30%), bloody sputum (13.3%), and yellow sputum (10%); 90% of patients have rales in the lungs, of which moist and explosive rales are common (56.6%); 83.3% of patients have cylindrical bronchiectasis lesions on CT scan, mixed 13.4%, and saccular 3.3%; 87.5% are positive for *Pseudomonas aeruginosa*; and are sensitive to many antibiotics: Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem. **Keywords:** Bronchiectasis, Bronchoscopy, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản là tình trạng giãn không hồi phục một phần của cây phế quản. Bệnh cảnh lâm sàng của giãn phế quản được Laennec mô tả đầu tiên năm 1819 với đặc điểm lâm sàng: ho, khạc nhiều đờm, khạc ra máu tươi. Bệnh nhân thường nhập viện điều trị vì các đợt cấp do bội nhiễm. Nguyên nhân gây đợt cấp của giãn phế quản thường gặp nhất là do nhiễm khuẩn. Tại Hoa Kỳ, Giãn phế quản là một tình trạng tương đối phổ biến ở Hoa Kỳ, với tỷ lệ mắc ước tính là 4,2 trên 100.000 người từ 18–34 tuổi và 272 trên 100.000 người từ 75 tuổi trở lên¹. Tại Việt Nam, chưa có thống kê đầy đủ, nhưng từ năm 1996 – 2000 có 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai chiếm 1,86%². Tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1, hàng năm có từ 70- 80 trường hợp Giãn phế quản được điều trị và điều trị nhắc lại tại khoa Hô hấp.

Điểm đặc trưng của bệnh GPQ là các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rất phong phú và đa dạng theo cá thể người bệnh, do vậy việc xác định triệu chứng cận lâm sàng và lâm sàng là rất cần thiết, nhằm giúp cho thầy thuốc lâm sàng lựa chọn và phối hợp kháng sinh có hiệu quả. Do vậy, tôi tiến hành nghiên cứu "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2025" với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

Chịu trách nhiệm chính: Thân Trọng Hưng

Email: phamngoc.n7@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Giãn phế quản điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán giãn phế quản: Chụp cắt lớp vi tính HRCT có tổn thương giãn phế quản: Có 1 trong 5 tiêu chuẩn sau^{2,3}: - Đường kính phế quản lớn hơn đường kính động mạch đi cùng 1,5 lần. - Phế quản không thuôn nhỏ dần sau chỗ chia đôi với chiều dài trên 2cm. - Thấy phế quản cách màng phổi lá tạng dưới 1 cm. - Thấy phế quản đi sát vào trung thất. - Thấy hình ảnh đường ray và thành phế quản dày. Được cấy bệnh phẩm đờm hoặc/và dịch phế quản

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh, phân tích tiền cứu, chọn cỡ mẫu thuận tiện là các bệnh nhân đợt cấp giãn phế quản điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các test thống kê y sinh học thích hợp cho các biến số của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
< 40	1	3.3	0	0	1	3.3
40-49	2	6.7	0	0	2	6.7
50-59	1	3.3	3	10.0	4	13.3
≥ 60	16	53.3	7	23.3	23	76.7
Tổng	20	66.7	10	33.3	30	100
Trung bình (X±SD)	Min 19		Trung bình 66.77±13.28		Max 87	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66.77±13.28. Nam/Nữ : 1.14/1

Bảng 2. Tiền sử bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử bệnh tật	n	Tỷ lệ (%)
Lao phổi	3	10.0
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	6	20.0
Giãn phế quản	9	30.0
Nhiễm khuẩn hô hấp dưới không do lao	12	40.0
Bệnh mạn tính khác (THA, ĐTĐ, Xơ gan...)	19	63.3

Nhận xét: 63,3% bệnh nhân có bệnh nền kèm theo, 40% nhiễm khuẩn hô hấp không do lao.

Bảng 3. Thời gian phát hiện bệnh (năm)

Thời gian phát hiện bệnh (năm)	n	Tỷ lệ (%)
< 5	13	43,3
6 -10	6	20.0
Không rõ thời gian	11	37,7
Tổng	30	100

Nhận xét: 43.3% bệnh nhân phát hiện bệnh dưới 5 năm, 20% phát hiện bệnh từ 6-10 năm, có 37.7% bệnh nhân không rõ thời gian bị bệnh

Bảng 4. Tiền sử đợt bùng phát/năm của đối tượng nghiên cứu

Đợt bùng phát/năm	n	Tỷ lệ (%)
Ít (<2 lần/năm)	23	76.7
Nhiều (≥2 lần/năm)	7	23.3
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 23 trường hợp có đợt bùng phát 1 lần/ năm, 23,3% có trên 2 đợt bùng phát/năm

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng, toàn thân, thực thể của đối tượng nghiên cứu

	n	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Ho khạc đờm	24	80.0
Ho máu	8	26.7
Khó thở	22	73.3
Đau ngực	21	70.0
Triệu chứng toàn thân		
Sốt	7	23.3
Phù	3	10.0
Gầy sút cân	5	16.7
Triệu chứng thực thể		
Ran ẩm, ran nổ	17	56.6
Ran rít, ran ngáy	5	16.7
Ran ẩm, nổ, rít, ngáy	5	16.7
Không có ran	3	10.0

Nhận xét: Ho khạc đờm chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%. Rales ẩm, nổ chiếm 56.6%.

Bảng 6. Đặc điểm tổn thương trên CT scanner lồng ngực

	n	Tỷ lệ (%)
Phân loại tổn thương GPQ		
Hình trụ	24	83.3
Hình túi	1	3.3
Hỗn hợp	5	13.4
Vị trí GPQ		
Phổi phải	9	30.0
Phổi trái	3	10.0
Cả 2 phổi	18	60.0

Nhận xét: 83.3% có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, gặp nhiều nhất ở cả 2 phổi chiếm 60%.

Bảng 7. Kết quả nuôi cấy ở các bệnh phẩm cấy

Kết quả nuôi cấy	Dịch phế quản		Đờm	
	n	%	n	%
Dương tính	2	16.7	6	20.0
Âm tính	10	83.3	24	80.0
Tổng	12	100	30	100

Nhận xét: 16.7% dương tính bệnh phẩm dịch phế quản, 20% dương tính bệnh phẩm đờm

Bảng 8. Đặc điểm định danh vi khuẩn từ bệnh phẩm cấy

Định danh vi khuẩn	n	Tỷ lệ (%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7	87.5
<i>Serratia Liquefaciens</i>	1	12.5

Nhận xét: 87,5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*

Bảng 9. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn thường gặp

Loại kháng sinh	Số mẫu	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>					
		(S)		(I)		(R)	
		n	%	n	%	n	%
Ampicillin	7	0	0	0	0	7	
mezapenem	7	5	71.4	1	14.3	1	14.3
Imipenem	7	4	57.1	1	14.3	2	28.6
Cefuroxime	7					6	85.7
Ceftazidime	7	5	71.4			2	28.6
Ceftriaxone	7	3	42.9	1	14.3	3	42.9
Amo+ A.Clavunalic	7					6	85.7
Amikacin	7	5	71.4	2	28.6		
Ciprofloxacin	7	6	85.7	1	14.3		
Levofloxacin	7	6	85.7	1	14.3		
Colistin	7	6	85.7	1	14.3		

Nhận xét: Kháng sinh nhạy nhiều nhất với *Pseudomonas aeruginosa* là Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin chiếm 85.7% và meropenem chiếm 71.4%; kháng sinh kháng nhiều là amoxicilin, cefuroxime.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, GPQ gặp ở nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 1.14;1, nhóm tuổi là 50-59 chiếm 13.3%, ≥60 chiếm 76.7%, tuổi trung bình là 66.77±13.28. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu khác: Chu Thị Lan (2016) Tỷ lệ nam/nữ 34/21, lứa tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 67.3%⁴; Trương Thành Kiến (2021) tỷ lệ Nam/nữ 1/1, tuổi trung bình 63.4±13.9, 68.2% trên 60 tuổi⁵. Nguyễn Văn Giang (2022) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân GPQ 59.2 ±11.7, Nam/nữ là 1.64/1⁶. Trên 60 tuổi bệnh nhân bắt đầu có nhiều vấn đề sức khỏe, cần được thăm khám, tầm soát định kì. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 40% bệnh nhân có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới, có 63,3% bệnh nhân có bệnh nền kèm theo, 10%

tiền sử lao phổi. Tương tự nghiên cứu của Chu Thị Lan năm (2016) tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp dưới không do Lao chiếm tỷ lệ 61.8%⁴. Nguyễn Văn Sơn (2024) cho thấy tỷ lệ tiền sử 64% có bệnh lý mạn tính kèm theo⁸. Như vậy khai thác kỹ bệnh lý kèm theo, tiền sử bệnh giúp tiên lượng bệnh tốt hơn, có chiến lược điều trị phù hợp đối với từng bệnh nhân.

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Thời gian phát hiện bệnh GPQ của đối tượng nghiên cứu được xác định từ lần đầu khi bệnh nhân có triệu chứng ho, khạc đờm dai dẳng, ho máu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu bệnh nhân mắc bệnh dưới 5 năm (43.3%), 23 trường hợp có đợt bùng phát 1 lần/năm, 23,3% có trên 2 đợt bùng phát/năm. Tương tự nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) tỷ lệ mắc bệnh dưới 5 năm là 36,4%⁴; Nguyễn Văn Sơn (2024) số đợt cấp phải nhập viện trung bình/năm 1.88±1.43⁸; Nguyễn Văn Giang (2022) cho tỷ lệ số đợt bùng phát/ năm là 1,27±1,29⁶. Tỷ lệ bùng phát mỗi năm giảm có thể do ý thức tự dự phòng tốt kèm theo sự phát triển của kháng sinh mới giúp cho việc điều trị và dự phòng bệnh tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng ho khạc đờm gặp nhiều nhất chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%, sốt chiếm 23.3%, triệu chứng ít gặp gây sút cân và phù lần lượt 16.7%,10%. Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016)⁴ cho thấy tỷ lệ hay gặp nhất là ho khạc đờm 66.7%, ho máu 33.3%, khó thở 43.7%; Nguyễn Văn Giang (2022)⁶ ho khạc đờm là triệu chứng gặp nhiều nhất chiếm 66.7%, ho máu chiếm 33.3%, đau ngực 62.1%, sốt 48.3%, Nguyễn Văn Sơn (2024)⁸ có 95.1% ho đờm, 60,7% khó thở, sốt 50%, Dimakou K (2016)⁷ cho thấy ho đờm nhầy mủ chiếm trên 80%, ho máu 37%, 60% khó thở. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác. Bất thường chức năng thường gặp nhất ở các bệnh nhân GPQ là suy giảm khả năng bài xuất chất nhầy của biểu mô thành phế quản do đó luôn có ứ đọng chất nhầy trong lòng phế quản, dẫn đến ho khạc đờm là triệu chứng rất thường gặp. Chất nhầy ứ đọng trong lòng phế quản lại tạo điều kiện cho bội nhiễm vi khuẩn, vì vậy trong các đợt bội nhiễm bệnh nhân thường khạc có màu đờm xanh, vàng hoặc trắng đục. Ho máu do tình trạng vỡ động mạch phế quản, nơi tiếp nối với động mạch phổi bị phình giãn hoặc do hoại tử nặng thành phế quản gây nên ho máu. Ở bệnh nhân GPQ thì các triệu chứng cơ năng như ho, khạc đờm, khạc đờm mủ số lượng nhiều, ho ra máu, khó thở hay đau ngực là những triệu chứng hay gặp hơn nhất.

Nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng rales gặp ở 90% bệnh nhân, trong đó rales ẩm và nổ thường gặp chiếm 56.6%; Rales ẩm, rales nổ khu trú và khu trú tồn tại kéo dài là dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán xác định GPQ khi thăm khám lâm sàng. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giang (2022) cho thấy tỷ lệ có rales ở phổi chiếm 87.4%, trong đó rales ẩm – nổ chiếm tỷ lệ cao nhất 77.3%⁶; Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) có Rales ẩm – nổ chiếm 81.8%, rít – ngáy chiếm 32.7%⁴. GPQ nhất là thể ướt thì triệu chứng rất phong phú như rales nổ, rales ẩm, rales rít, rales ngáy, lồng ngực căng giãn. Ở giai đoạn tiến triển, đặc trưng là rales ẩm thô giữa thì thở vào và thì thở ra, cố định ở một hay nhiều vị trí tùy theo tổn thương của GPQ, thường nghe thấy ở đáy phổi, tồn tại lâu qua nhiều lần khám và không mất đi khi ho. Nhưng trong GPQ thể khô thì triệu chứng rất nghèo nàn, đôi khi chỉ có dấu hiệu ho máu tái diễn.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu này có 83.3% người bệnh có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, thể hỗn hợp chiếm 13.4, hình túi gặp 3.3%. Tổn thương giãn PQ gặp nhiều nhất ở cả 2 phổi chiếm 60%, tiếp theo là có 30% chỉ gặp ở phổi phải, 10% chỉ gặp ở phổi trái. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu đi trước: Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) thấy có hình ảnh GPQ trên phim chủ yếu gặp hình trụ, chiếm 52.7%, GPQ hình túi gặp ít hơn 29.1%, GPQ thể hỗn hợp chiếm 18.2%⁴; Nghiên cứu của Phùng Anh Tuấn (2018) trên 50 bệnh nhân Giãn Phế quản điều trị tại Bệnh viện Quân đội 103 cho thấy hình ảnh giãn Phế quản hình trụ chiếm tỷ lệ cao 70%, thể hỗn hợp chiếm 20% còn lại là hình túi và chuỗi hạt⁹; Nghiên cứu của Huỳnh Đình Nghĩa năm 2025 tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Bình Định trên 84 bệnh nhân cho thấy tổn thương hình trụ chiếm 41.5%, hỗn hợp 12.2%, còn lại là các tổn thương khác, tổn thương 2 phổi chiếm đa số¹⁰; Như vậy nghiên cứu của chúng tôi kết quả cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả trên hình ảnh trên CLVT hình trụ chiếm đa số sau đó đến hỗn hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được cấy đờm nhưng chỉ có 40% bệnh nhân được nội soi và cấy dịch phế quản. Chúng tôi không chỉ định soi phế quản được toàn bộ bệnh nhân do bệnh nhân vào viện có tình trạng khó thở, tuổi cao và nhiều bệnh nền. Kết quả trong 12 bệnh nhân được nội soi phế quản nuôi cấy có 16.7% dương tính, 83.3% âm tính, 100% bệnh nhân được cấy đờm trong đó 20% dương tính, 80% âm tính. Tổng số kết quả dương tính ở các

bệnh phẩm là 36.7%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giang (2022) tại Bệnh viện Bạch Mai cho tỷ lệ nuôi cấy dương tính với mẫu đờm là 27,3%, mẫu dịch phế quản là 31.8% Trung bình cả 2 mẫu bệnh phẩm khoảng 30%⁶. Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) cho tỷ lệ dương tính mẫu đờm là 27.3%⁴.

Về đặc điểm định danh vi khuẩn cho thấy trong 42 mẫu bệnh phẩm đưa lên cấy, có 8 mẫu bệnh phẩm dương tính, trong đó 87,5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giang (2022) cho thấy vi khuẩn thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa* (12.1 – 15.2% các bệnh phẩm đờm và dịch phế quản). Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* còn nhạy với nhiều loại kháng sinh như Meropenem 94.4%, ceftazidim 81.8%, amikacin 88.9%...⁶. Nghiên cứu của Araújo D (2018) ở 2596 bệnh nhân Giãn phế quản cho thấy Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* là nguyên nhân gặp nhiều nhất ở bệnh nhân Giãn phế quản¹¹. Nghiên cứu của Dimakou K (2016)⁷ cho thấy *Pseudomonas aeruginosa* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất được tìm thấy trong đờm chiếm 43%. Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) thấy vi khuẩn hay gặp nhất là *P. aeruginosa* chiếm 33.3%⁴. Đặc điểm nhiễm trùng trong GPQ là lĩnh vực ngày càng được quan tâm. Một trong những tác nhân vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất được phân lập ở các nghiên cứu là *P. aeruginosa*. Kháng sinh nhạy nhất với *P. aeruginosa* trong nghiên cứu này là Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin chiếm 85.7% và meropenem chiếm 71.4%; kháng sinh kháng nhiều là amoxicilin, cefuroxime. Colistin và meronem là loại kháng sinh thế hệ mới, được đưa vào sử dụng trong những năm gần đây, giá thành còn cao, chưa được sử dụng phổ biến nên tỷ lệ kháng thuốc còn thấp

V. KẾT LUẬN

Trong bệnh Giãn phế quản, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh. Triệu chứng thường gặp là ho đờm, khó thở, ho máu, đau tức ngực. Chụp CLVT thường gặp tổn thương hình trụ. Cấy đờm hoặc/và dịch phế quản thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa*. Kháng sinh còn nhạy nhiều nhóm như Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luce Cantin Alexander A. Bankier Ronald L. Eisenberg (2009), "Bronchiectasis" AJR:193, September 2009.

2. **Ngô Quý Châu (2011)**, Bệnh hô hấp, NXBGDVN, tr 203- 204- 207.
3. **Jin-Hwa Lee, Yoo-Kyung Kim, Hyon-Ju Kwag, Jung-Hyun Chang (2004)**, "Relationships between High-Resolution Computed Tomography, Lung Function and Bacteriology in Stable Bronchiectasis", The Korean Academy of Medical Sciences 2004; 19: 62-8
4. **Chu Thị Thu Lan (2016)** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao và vi khuẩn học qua dịch rửa phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Trương Thành Kiên, Khổng Thị Kim Nghĩa và cộng sự (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2019 – 2021", Tạp chí Y học Việt Nam tập 515 (192-194) Số đặc biệt.
6. **Nguyễn Văn Giang, Ngô Quý Châu, Vũ Văn Giáp (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai". Tạp chí Vietnam Medical Journal 11.2022 (45-48).
7. **Dimakou K, Triantafillidou C, Toubis M, Tsikritsaki K, Malagari K, Bakakos P.** Non CF bronchiectasis: Aetiologic approach, clinical, radiological, microbiological and functional profile in 277 patients. Respiratory Medicine. 2016; 116:1-7.
8. **Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Xuân Dũng, Nguyễn Minh Hải, Thị Thị Duyên, Nguyễn Tuệ Minh và Lê Hữu Ý (2024)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp Giãn phế quản nhập viện". Journal of 108 – clinical medicine and pharmacy 05.2024 (17-21).
9. **Phùng Anh Tuấn, Nguyễn Văn Ngọc (2018)**, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn phế quản trên CLVT", Tạp chí y dược lâm sàng 108, tập 13 số 4/2018.
10. **Huỳnh Đình Nghĩa (2025)**, "Đặc điểm hình ảnh Giãn Phế quản trên CLVT phân giải cao ở Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bình Định năm 2024", Vietnam Journal of Community Medicine Vol.66 No.3 1-5

TỔN THƯƠNG THẬN Ở NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ, SAU CHỤP VÀ/HOẶC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA Ở BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Thị Loan¹, Phan Tuấn Đạt^{1,2}, Lê Thị Phụng¹,
Nguyễn Thị Thu Hoài^{1,2}, Phạm Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận do thuốc cản quang (CIN) là một biến chứng hay gặp do thuốc cản quang gây ra. Đặc biệt trên bệnh nhân có bệnh thận mạn (CKD), nguy cơ do thuốc còn cao hơn nữa, gây các biến cố trước mắt và lâu dài cho người bệnh. Tuy nhiên trên những bệnh nhân có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thường không được theo dõi đầy đủ và lâu dài sau sử dụng thuốc cản quang. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tổn thương thận ở người bệnh có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da ở Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh CKD chưa điều trị thay thế được chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 – 7/2025. **Kết quả:** 18,2% bệnh nhân có CIN, trong đó tỉ lệ bệnh nhân CIN phải lọc máu chiếm 15% so với tổng số có CIN. Tỉ lệ CIN tăng dần theo giai đoạn CKD, cao nhất ở nhóm CKD5. Ngoài giảm mức lọc cầu thận trước can thiệp thì việc có sử dụng vận mạch hay giảm thể tích nước tiểu trước và sau can thiệp đều làm tăng tỉ lệ

bệnh nhân bị CIN. **Kết luận:** Bệnh thận mạn làm tăng nguy cơ mắc CIN sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da. **Từ khóa:** bệnh thận mạn, tổn thương thận do thuốc cản quang, chụp mạch vành.

Danh mục từ viết tắt: CIN: bệnh thận do thuốc cản quang, CKD: bệnh thận mạn.

SUMMARY

RENAL INJURY IN A PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT REPLACEMENT THERAPY, AFTER CORONARY ANGIOGRAPHY AND/OR PERCUTANEOUS CORONARY

INTERVENTION AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Contrast-induced nephropathy (CIN) is a common complication caused by contrast agents. Especially in patients with chronic kidney disease (CKD), the risk of drug-induced nephropathy is even higher, causing immediate and long-term complications for the patient. However, patients with chronic kidney disease who have not received replacement therapy are often not fully and long-term monitored after using contrast agents. This study aims to assess renal damage in patients with chronic kidney disease who have not received replacement therapy, after coronary angiography and/or percutaneous coronary intervention at Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 110 patients with CKD who have not received replacement therapy and who received coronary

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Loan

Email: loanhoang2908@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025