

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Battaglia P., Turri-Zanoni M., Dallan I., Gallo S., Sica E., Padoan G., Castelnovo P. (2014), Endoscopic endonasal transpterygoid transmaxillary approach to the infratemporal and upper parapharyngeal tumors. Otolaryngol Head Neck Surg, 150 (4), 696-702.
2. Castelnovo P., Nicolai P., Turri-Zanoni M., Battaglia P., Bolzoni Villaret A., Gallo S., Bignami M., Dallan I. (2013), Endoscopic endonasal nasopharyngectomy in selected cancers. Otolaryngol Head Neck Surg, 149 (3), 424-30.
3. Joo W., Funaki T., Yoshioka F., Rhoton A. L., Jr. (2013), Microsurgical anatomy of the infratemporal fossa. Clin Anat, 26 (4), 455-69.
4. Nicolai P., Villaret A. B., Farina D., Nadeau S., Yakirevitch A., Berlucchi M., Galtelli C. (2010), Endoscopic surgery for juvenile angiofibroma: a critical review of indications after 46 cases. Am J Rhinol Allergy, 24 (2), e67-72.
5. Tiwari R., Quak J., Egeler S., Smeele L., Waal I. V., Valk P. V., Leemans R. (2000), Tumors of the infratemporal fossa. Skull Base Surg, 10 (1), 1-9.
6. Bin-Alamer O., Bhenderu L. S. (2022), Tumors Involving the Infratemporal Fossa: A Systematic Review of Clinical Characteristics and Treatment Outcomes. 14 (21).
7. Youssef Ahmed, Carrau Ricardo L., Tantawy Ahmed, Ibrahim Ahmed Aly (2014), Endoscopic approach to the infratemporal fossa. Alexandria Journal of Medicine, 50 (2), 127-130.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG HẸP ĐƯỜNG THỞ DO LAO

Nguyễn Thị Quý<sup>1</sup>, Nguyễn Kim Cương<sup>2</sup>, Vũ Văn Giáp<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Sẹo hẹp khí phế quản do lao là di chứng nặng của lao đường thở nhưng thường được chẩn đoán muộn do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Các xét nghiệm cận lâm sàng MSCT ngực, nội soi phế quản giúp chẩn đoán, đánh giá tổn thương, tiên lượng điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu 81 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hẹp đường thở do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2020 đến 30/06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 40.5; tỷ lệ nữ gấp 4 lần nam. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: ho (100%), đau tức ngực 71.6%, khó thở 50.6%, các triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc lao 46.9%, khô khè 18.5%, thở rít 11%. Vị trí hẹp gặp nhiều nhất là phế quản gốc trái 67.9%, phế quản gốc phải: 21%, phế quản thùy: 40.7%, khí quản: 18.5%. Hình thái tổn thương dạng xơ sẹo chiếm tỷ lệ cao nhất 63%, phù nề xung huyết: 16%, phù nề phủ giả mạc 10%, tổn thương dạng hạt 6.1%, dạng u và loét đồng chiếm 2.5%, không có trường hợp nào tổn thương dạng không điển hình. **Từ khóa:** Lao đường thở, hẹp đường thở, nội soi phế quản

## SUMMARY

## CLINICAL AND SUB-CLINICAL FEATURES OF AIRWAY NARROW DUE TO EBTB

**Introduction:** Scarring of tracheobronchial stenosis due to tuberculosis is a serious sequela of airway tuberculosis but is often diagnosed late due to

nonspecific clinical symptoms. Paraclinical tests like chest MSCT and bronchoscopy help diagnose, assess damage, and predict treatment. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective cross-sectional description of 81 patients diagnosed and treated for airway narrowing due to tuberculosis at the Central Lung Hospital and Bach Mai Hospital from January 1, 2020 to June 30 /2023. **Results:** Average age 40.5; The ratio of women is 4 times that of men. Common clinical symptoms: cough (100%), chest pain and tightness 71.6%, difficulty breathing 50.6%, symptoms of tuberculosis infection 46.9%, wheezing 18.5%, wheezing 11%. The most common location of stenosis is left main bronchus 67.9%, right main bronchus: 21%, lobar bronchus: 40.7%, trachea: 18.5%. The commonest subtype was fibrostenotic 63%, edematous-hyperemic type 16%, actively caseating 10%, granular 6.1%, tumor and copper ulcers 2.5%, and nonspecific bronchitic 0%.

**Keywords:** Endobronchial tuberculosis (EBTB), airway stenosis, bronchoscopy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao nội khí quản được Richard Morton mô tả đầu tiên vào năm 1694, được xác định là tình trạng viêm đặc hiệu của khí quản hoặc phế quản do trực khuẩn lao gây ra. Với 7 hình thái tổn thương được mô tả qua nội soi nó có thể gây biến chứng hẹp đường thở đến 95% ở các trường hợp bị mắc bệnh này. Là một thách thức lớn đối với các thầy thuốc lâm sàng bất chấp sự tiến bộ nhanh chóng của các kỹ thuật trong chẩn đoán và điều trị. Các triệu chứng thường không điển hình dễ nhầm với các bệnh lý đường hô hấp khác: hen, viêm phổi, dị vật... do vậy dễ bỏ qua chẩn đoán ở giai đoạn đầu, điều trị muộn và để lại hậu quả nặng nề tại đường thở. Hiện nay, tại Việt Nam các nghiên cứu về lao đường thở

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quý

Email: drnguyenquy83@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

thường trên số lượng ít bệnh nhân, chưa có nghiên cứu nào mô tả toàn cảnh về lâm sàng, cận lâm sàng và những khó khăn trong chẩn đoán bệnh vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hẹp đường thở do lao tại Trung tâm Hồ hấp - Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Phổi Trung ương.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**2.1.1. Đối tượng.** Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp khí phế quản (HKPQ) do lao dựa trên kết quả vi sinh và/hoặc mô bệnh học tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Trung tâm Hồ hấp Bệnh viện Bạch Mai và từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2023.

**2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân lao nội khí quản được chẩn đoán bằng vi sinh và/hoặc mô bệnh học có một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

- + Có tổn thương HKPQ trên MSCT lồng ngực, dạng hình cây khí- phế quản.
- + Có tổn thương HKPQ xác định qua nội soi phế quản.

**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- + Bệnh án thiếu quá nhiều thông tin nghiên cứu.
- + Bệnh nhân HKPQ nguyên nhân khác: can thiệp đường thở, u, chấn thương và căn nguyên nhiễm trùng khác...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện

**2.3. Nội dung.** Các biến số nghiên cứu và cách đánh giá

+ Biến số về lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử bệnh, thời gian phát bệnh, triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể, các triệu chứng hô hấp.

+ Biến số về cận lâm sàng: Hình ảnh tổn thương trên quang, vị trí hẹp trên MSCT, nội soi, mức độ hẹp, hình thái tổn thương.

**2.4. Xử lý số liệu.** Các bệnh án nghiên cứu được chuẩn hóa và mã hóa, nhập dữ liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Epi Data.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=81)**

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
16- 40	61	75,3
41-60	13	16,0
>60	7	8,7
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Độ tuổi gặp nhiều nhất là 16-40 tuổi chiếm 75,3%. Nhóm tuổi >60 gặp ít nhất chiếm 8,7%.

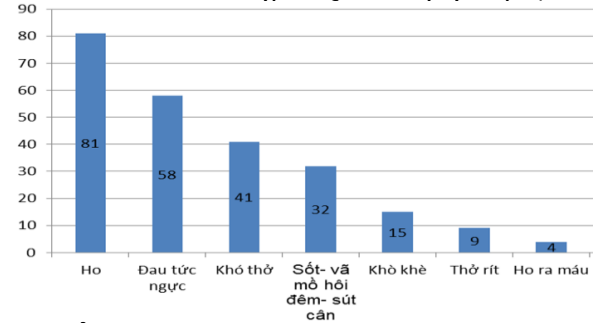
Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, cao tuổi nhất là 90 tuổi.

Phân bố theo giới (n= 81): Bệnh nhân nữ chiếm 80,2%, nhiều hơn bệnh nhân nam 19.8%. Tỷ lệ Nữ/ Nam= 4/1

**Bảng 2. Tiền sử bệnh (n= 81)**

Tiền sử bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Đã điều trị lao	43	53,1
Đang điều trị lao	31	38,3
Chưa điều trị lao	7	8,6
<b>Tổng số</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Hầu hết số bệnh nhân được chẩn đoán hẹp khí phế quản (KPQ) đã từng điều trị lao (53.1%) hoặc đang điều trị lao (38,3%). Số bệnh nhân mắc lao mới có hẹp KPQ chiếm tỷ lệ thấp 8,6%.

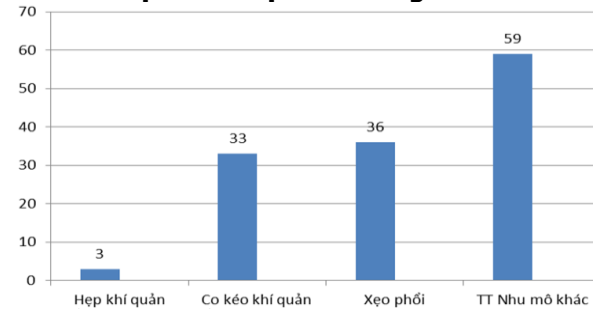


**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp (n=81)**

Ho là triệu chứng hay gặp nhất gặp ở tất cả các bệnh nhân (81BN), tức ngực và khó thở cũng thường gặp ở bệnh nhân hẹp KPQ do lao. Triệu chứng nhiễm trùng - nhiễm độc lao gặp ở 32BN.

Triệu chứng tắc nghẽn đường thở ít gặp, khò khè (15BN), thở rít (9BN). Đặc biệt ho ra máu chỉ gặp 4BN.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**



**Biểu đồ 2. Tổn thương trên phim Xquang ngực (n=81)**

Tổn thương nhu mô khác: nốt, hang, giãn phế quản, xơ

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có tổn thương trên xquang ngực, trong đó hẹp khí quản quan sát được trên 3 bệnh nhân. Co kéo lệch khí quản 33BN, Xẹp thùy- xẹp phổi 36BN, các tổn thương

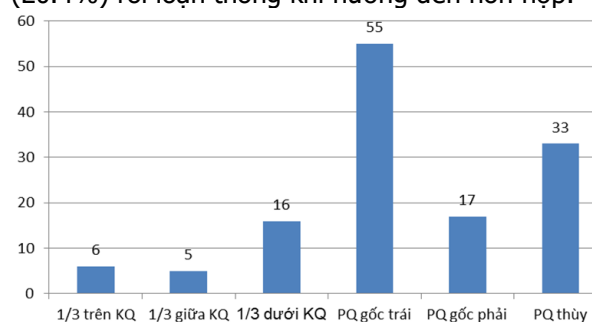
nốt, hang, xơ, giãn phế quản cũng thường gặp 59BN. Trên một bệnh nhân có thể có 1 hoặc nhiều dạng tổn thương phổi hợp.

**Bảng 3. Đặc điểm về thăm dò dung tích phổi**

Chức năng thông khí	N	%
Không có rối loạn TK	15	21.7
Tắc nghẽn	4	5.7
Hạn chế	36	52.2
Hỗn hợp	14	20.4
<b>Tổng</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

- 12/81 bệnh nhân không được thăm dò các dung tích phổi.

- Các bệnh nhân được làm có 15/69BN (21.7%) không có rối loạn thông khí. 36/69BN (52.2%) rối loạn thông khí hạn chế, 4/69BN (5.7%) rối loạn thông khí tắc nghẽn, 14/69BN (20.4%) rối loạn thông khí hướng đến hỗn hợp.



**Biểu đồ 3. Vị trí hẹp KPQ (n=81)**

100% bệnh nhân chẩn đoán hẹp KPQ trên MSCT và nội soi phế quản (NSPQ); Vị trí hẹp hay gặp nhất là PQ gốc trái (55/81BN), vị trí ít gặp nhất 1/3 giữa khí quản (5/81BN).

**Bảng 4. Mức độ hẹp khí quản theo ERS (n=15)**

Mức độ hẹp KQ	N	%
Độ I	12	80
Độ II	3	20
Độ III-V	0	0
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Có 15/81BN có hẹp khí quản, tuy nhiên trong nghiên cứu này tất cả các trường hợp hẹp khí quản đều ở mức độ I-II (không hẹp quá 50% khẩu kính khí quản).

**Bảng 5. Mức độ hẹp phế quản theo Sung - Soo - Jung (n=81)**

Mức độ hẹp PQ	N	%
Độ I: Hẹp < 1/3 PQ	54	66,7
Độ II: 1/3 ≤ hẹp < 2/3 PQ	15	18.5
Độ III: Hẹp ≥ 2/3 PQ	12	14.8
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có hẹp phế quản ở các mức độ khác nhau, trong đó hẹp

nhều nhất là độ I chiếm 66.7% (54/81BN).

**Bảng 6. Hình thái tổn thương trên NSPQ (n= 81)**

Hình thái tổn thương	N	%
Phù nề có giả mạc	8	10
Phù nề - xung huyết mạnh	13	16
Dạng xơ sẹo	51	63
Dạng u	2	2.5
Dạng loét	2	2.5
Dạng hạt	5	6
Dạng không điển hình	0	0
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gặp đa dạng các hình thái tổn thương KPQ trên nội soi, dạng xơ sẹo gặp tỷ lệ cao nhất 63%, u và dạng hạt cùng tỷ lệ 2.5%, không quan sát thấy hình ảnh tổn thương không điển hình.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 81BN hẹp khí phế quản (KPQ) do lao trong đó 1BN được điều trị tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, 80BN điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương cho thấy: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là... Độ tuổi 16- 40 hay gặp nhất chiếm 75.3%. Kết quả này cũng tương tự kết quả của một số nghiên cứu khác về lao đường thở<sup>1,2</sup>. Tỷ lệ nữ gấp 4 lần nam. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Jung Hee (1992) nữ/nam=3.8<sup>3</sup>. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã được điều trị lao trước đó (53.1%) hoặc đang điều trị lao (38.3%). Theo mô tả và phân loại của Chung và Lee khi quan sát quá trình tiến triển của bệnh thông qua nội soi phế quản các tác giả cho rằng hẹp khí phế quản có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào trong 6 giai đoạn. Tuy nhiên khi tổn thương lao khí phế quản được chữa lành thường hình thành sẹo xơ chít hẹp, đây cũng là giai đoạn dễ phát hiện hẹp nhất<sup>4</sup>.

Thời gian diễn biến trước vào viện thường không cấp tính: Trên 1 tuần chiếm 84%, dưới 1 tuần chiếm 16% do các triệu chứng tắc nghẽn đường thở không do nguyên nhân dị vật thì thường tiến triển từ từ, tăng dần theo thời gian, người bệnh có sự thích nghi nhất định, đôi khi có thể bỏ qua một số triệu chứng ở giai đoạn đầu.

Triệu chứng đặc hiệu của tắc nghẽn đường thở gặp nhiều: Ho 100%, đau - tức ngực 71.6%, khó thở 50.6 %, các triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc lao 46.9%. Trong khi đó các triệu chứng gợi ý hẹp khí phế quản lại ít gặp hơn: Khò khè 18.5%, thở rít 11%. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Jung Lee

(Hàn Quốc) - Argun Baris (Thổ Nhĩ Kỳ) khi cho rằng ho là triệu chứng thường gặp nhất chiếm trên 90%, các triệu chứng: đau ngực, khó thở, khô khè, ho ra máu cũng xuất hiện trên bệnh nhân hẹp KPO. Các tác giả cũng cho rằng tần suất xuất hiện các triệu chứng khác nhau phụ thuộc vào hình thái tổn thương của hẹp KPO và giai đoạn của bệnh<sup>3,5</sup>.

Tổn thương trên xquang ngực xuất hiện trong 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu trong đó: Hẹp khí quản chiếm 3.7%, co kéo khí quản 40.7%, tổn thương xẹp phổi 44.4%, các tổn thương nhu mô khác: nốt, hang, xơ, giãn phế quản đều quan sát được trên xquang. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với một số tác giả, hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng không có tổn thương trên Xquang ngực chiếm khoảng 2- 10%<sup>1,3</sup>. Sự khác biệt này do nhóm bệnh nhân của các tác giả là lao khí phế quản nói chung, nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân lao khí phế quản có hẹp KPO, đặc biệt bệnh nhân lại đến viện ở giai đoạn đã hoàn thành điều trị và những tháng sau của liệu trình điều trị nên những di chứng do lao và do hẹp đường thở như co kéo khí quản, xẹp phổi, xơ... cũng dễ dàng quan sát trên xquang.

Vị trí hẹp trên MSCT và nội soi phế quản chúng tôi quan sát được có 67.9% hẹp phế quản gốc trái, phế quản gốc phải: 21%, phế quản thùy: 40,7%, tại khí quản một bệnh nhân có thể tổn thương ở một trong ba vị trí 1/3 trên - giữa - dưới, hoặc tổn thương cả khí quản. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả Jung Hee, hẹp phế quản gốc trái chiếm 69.5%, Sung - Soo - Jung hẹp phế quản thùy 44.2%<sup>3,6</sup>.

Trong nghiên cứu có 15/81BN có hẹp khí quản, nhưng chủ yếu hẹp mức độ nhẹ, không có trường hợp nào hẹp quá 50% khẩu kính khí quản. Hẹp tại phế quản mức độ I chiếm 66.7%, độ II chiếm 18.5%, độ III là 14.8%. So sánh một cách tương đối kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Jung: hẹp độ I (70.4%), độ II (15.1%), độ III (14.5%)<sup>6</sup>.

Hình thái tổn thương qua NSPQ chúng tôi có dạng xơ hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 63%, phù nề xung huyết: 16%, phù nề phủ giả mạc 10%, tổn thương dạng hạt 6.1%, dạng u và loét đồng chiếm 2.5%, không có trường hợp nào tổn thương dạng không điển hình. Kết quả của

chúng tôi có sự khác biệt với nhiều tác giả Hoheisel<sup>7</sup> dạng phù nề xung huyết mạnh 51%, xơ chỉ chiếm 1%, dạng hạt 17%, loét 12% hay tác giả Ozkaya<sup>8</sup>: phù nề xung huyết mạnh 34.7%, xơ hóa 4.3%. Hình thái tổn thương trên nội soi phế quản phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. Các nghiên cứu khác nhau khảo sát các nhóm bệnh nhân khác nhau, tại các thời điểm khác nhau sẽ cho kết quả không tương đồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân vào viện thường ở giai đoạn đã hoàn thành điều trị lao hoặc đang điều trị nên hình thái xơ hóa chiếm tỷ lệ cao nhất.

## V. KẾT LUẬN

Hẹp đường thở là một di chứng của lao đường thở, bệnh thường bỏ sót giai đoạn đầu do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu nên dễ chẩn đoán nhầm, chẩn đoán muộn và để lại di chứng nặng nề. Xquang ngực và thăm dò chức năng hô hấp ít có giá trị chẩn đoán bệnh. Hiện nay, chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào MSCT ngực và hình thái quan sát qua nội soi phế quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Chi Lăng.** Lao nội phế quản, tập 28 năm 1997, trang 53-60. Nội san lao và Bệnh phổi.
2. **Chung HS.** Endobronchial Tuberculosis. J Korean Med Assoc. 2006;49(9): 799-805. doi: 10.5124/jkma.2006.49.9.799
3. **Lee JH, Park SS, Lee DH, Shin DH, Yang SC, Yoo BM.** Endobronchial tuberculosis. Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. Chest. 1992;102(4): 990-994. doi:10.1378/ chest.102.4.990
4. **Chung HS, Lee JH, Han SK, et al.** Classification of endobronchial tuberculosis by the bronchoscopic features. Tuberculosis and Respiratory Diseases. 1991; 38 (2): 108-115.
5. **Argun Baris S, Onyilmaz T, Basyigit I, Boyaci H.** Endobronchial Tuberculosis Mimicking Asthma. Tuberc Res Treat. 2015;2015: 781842. doi:10.1155/2015/781842
6. **Jung SS, Park HS, Kim JO, Kim SY.** Incidence and clinical predictors of endobronchial tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis. Respiriology. 2015;20(3):488-495. doi:10.1111/resp.12474
7. **Hoheisel G, Chan BKM, Chan CHS, Chan KS, Teschler H, Costabel U.** Endobronchial tuberculosis: diagnostic features and therapeutic outcome. Respiratory Medicine. 1994;88(8):593-597. doi:10.1016/S0954-6111(05)80007-1
8. **Ozkaya S, Bilgin S, Findik S, Kök HC, Yuksel C, Atıcı AG.** Endobronchial tuberculosis: histopathological subsets and microbiological results. Multidiscip Respir Med. 2012;7(1):34. doi:10.1186/2049-6958-7-34