

chủ do u (mũi tên). Kết quả GPB là ung thư biểu mô đường mật

Như vậy, các đặc điểm bờ không đều, không đối xứng và hạn chế khuếch tán là các đặc điểm gợi ý tổn thương hẹp ác tính với độ chính xác cao ($\geq 85\%$). Đặc điểm ngấm thuốc mạnh so với nhu mô gan ở thì muộn có độ chính xác tương đối cao (75%) gợi ý hẹp ác tính, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm lành tính và ác tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Đặc điểm hẹp đột ngột không có ý nghĩa trong phân biệt tổn thương hẹp đường mật lành tính và ác tính.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế. Thứ nhất số lượng bệnh nhân được sinh thiết hoặc phẫu thuật làm mô bệnh học của nghiên cứu ít do đó giá trị của nghiên cứu còn hạn chế. Thứ hai, các đặc điểm hình thái của hẹp đường mật chúng tôi đánh giá có phần mang tính chủ quan và phụ thuộc và người đánh giá. Hy vọng trong tương lai sẽ có những nghiên cứu tương tự với cỡ mẫu lớn hơn để tăng mức độ tin cậy và so sánh với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả của nghiên cứu, chúng tôi thấy cộng hưởng tử có giá trị cao trong chẩn đoán hẹp đường mật, vị trí và các đặc điểm của nó. Ngoài ra, CHT cũng có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân hẹp lành tính hay ác tính với độ chính xác cao, qua đó giúp các nhà lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh A., Gelrud A., và Agarwal B. (2015). Biliary strictures: diagnostic considerations and

- approach. Gastroenterology Report, **3**(1), 22–31.
2. Park M.-S., Kim T.K., Kim K.W. và cộng sự. (2004). Differentiation of extrahepatic bile duct cholangiocarcinoma from benign stricture: findings at MRCP versus ERCP. Radiology, **233**(1), 234–240.
3. Kim J.Y., Lee J.M., Han J.K. và cộng sự. (2007). Contrast-enhanced MRI combined with MR cholangiopancreatography for the evaluation of patients with biliary strictures: Differentiation of malignant from benign bile duct strictures. Journal of Magnetic Resonance Imaging, **26**(2), 304–312.
4. Yu X.-R., Huang W.-Y., Zhang B.-Y. và cộng sự. (2014). Differentiation of infiltrative cholangiocarcinoma from benign common bile duct stricture using three-dimensional dynamic contrast-enhanced MRI with MRCP. Clin Radiol, **69**(6), 567–573.
5. Phạm Văn Anh (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật có tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Đỗ Hải Đăng (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy sỏi trong gan và tán sỏi điện thủy lực ở bệnh nhân có hẹp đường mật tại khoa Gan mật bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Hữu Thịnh, Đỗ Đình Công, Nguyễn Việt Thành (2006). Chẩn đoán sỏi và hẹp đường mật trong gan bằng cộng hưởng từ đường mật. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, **10**(1), 18–21.
8. Suthar M., Purohit S., Bhargav V. và cộng sự. (2015). Role of MRCP in Differentiation of Benign and Malignant Causes of Biliary Obstruction. J Clin Diagn Res, **9**(11), TC08-TC12.
9. Rabie S., Mohallel A., Bessa S.S. và cộng sự. (2021). The role of combined diffusion weighted imaging and magnetic resonance cholangiopancreatography in the differential diagnosis of obstructive biliary disorders. Egypt J Radiol Nucl Med, **52**(1), 1–13.

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

Nguyễn Văn Giang¹, Ngô Quý Châu², Vũ Văn Giáp³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, đặc điểm vi khuẩn học ở người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng**

và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022, tất cả bệnh nhân được làm các xét nghiệm vi sinh đờm và dịch rửa phế quản. **Kết quả và kết luận:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 66 bệnh nhân đợt cấp giãn phế quản. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu $59,2 \pm 11,7$; tỉ lệ nữ/nam là 1,64/1. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho khạc đờm 66,7%, tiếp theo là đau ngực 62,1%, sốt 48,3%, ho máu 33,3%, khó thở 15,2%. Triệu chứng thực thể khi khám phổi thấy ran ẩm, ran nổ 77,3%; thông khí phế nang giảm 24,2%; ran rít ngày 9,1%. Về đặc điểm vi khuẩn học, tỉ lệ nuôi cấy vi

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giang

Email: bacsygiang275@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

khuẩn dương tính ở đờm là 27,3%; vi khuẩn thường gặp nhất *Pseudomonas aeruginosa* 15,2%, *Acinetobacter baumannii* 4,5%. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính ở dịch rửa phế quản là 31,8%; vi khuẩn thường gặp nhất *Pseudomonas aeruginosa* 12,1%, *Klebsiella pneumoniae* và *Staphylococcus aureus* là 4,5%; trong đó nuôi cấy dương tính 1 trường hợp (1,5%) với *Mycobacterium tuberculosis* và *Mycobacterium avium*. Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh Meropenem 94,4%, Piperacillin/Tazobactam 90,9%, Ceftazidime 81,8%, Amikacin 88,9%, Ciprofloxacin 57,1%. *Pseudomonas aeruginosa* làm gia tăng số lần nhập viện và đợt cấp ở giãn phế quản người lớn.

Từ khóa: Giãn phế quản, đợt cấp giãn phế quản, nội soi phế quản.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND BACTERIOLOGY IN EXACERBATION OF BRONCHIECTASIS PATIENTS AT THE RESPIRATORY CENTER IN BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe clinical characteristics, bacteriological characteristics in patients with exacerbation of bronchiectasis at the Respiratory Center in Bach Mai Hospital. **Subjects and research methods:** This is a cross-sectional, prospective study. The study subjects included 66 patients with a confirmed diagnosis of exacerbation of bronchiectasis at the Respiratory Center in Bach Mai Hospital from August 2021 to August 2022, all patients were tested for sputum microbiology and bronchoalveolar lavage. **Results and conclusions:** We conducted a study on 66 patients with exacerbations of bronchiectasis. The mean age of the subject was 59.2 ± 11.7 . The female/male ratio is 1.64/1. The most common function symptoms were cough sputum and chest pain with a rate of 66.7% and 62.1%, followed by fever 48.3%, hemoptysis 33.3%, dyspnea 15.2%. Physical symptoms mainly when examining the lungs were moist rales, crackles with 77.3%. Regarding bacteriological characteristics, the rate of positive bacterial culture in sputum was 27.3%; the most common bacteria was *Pseudomonas aeruginosa* with a rate of 15.2%, followed by *Acinetobacter baumannii* (4.5%). The rate of positive bacterial culture in bronchial fluid was 31.8%; *Pseudomonas aeruginosa* (12.1%) was the most common bacteria, followed by *Klebsiella pneumoniae* (4.5%) *Staphylococcus aureus* (14.3%). The bronchial fluid culture was positive in 1 cases (1.5%) for *Mycobacterium tuberculosis* and *Mycobacterium avium*. *Pseudomonas aeruginosa* bacteria are still sensitive to most antibiotics such as Meropenem, Piperacillin/Tazobactam, Ceftazidime, Amikacin, and Ciprofloxacin with a rate of 94.4%, 90.9%, 81.8%, 88.9%, and 57.1%, respectively. *Pseudomonas aeruginosa* is increase in hospital admissions and exacerbations in adult bronchiectasis.

Keywords: Bronchiectasis, exacerbation of bronchiectasis, bronchoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản là tình trạng giãn không hồi

phục một phần của cây phế quản. Bệnh nhân thường nhập viện điều trị vì các đợt cấp do bội nhiễm¹. Nguyên nhân gây đợt cấp của giãn phế quản thường gặp nhất là do nhiễm khuẩn. Tình trạng ứ đọng dịch tiết trong lòng các phế quản bị giãn là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn tồn tại và phát triển gây ra những đợt bội nhiễm tái phát nhiều lần. Do đó việc xác định vi khuẩn học trong các đợt bội nhiễm ở những bệnh nhân này là rất cần thiết, đặc biệt khi những năm gần đây tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh ngày càng tăng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng ở người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai.*

2. *Nhận xét đặc điểm vi khuẩn học ở người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp giãn phế quản điều trị tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

*Bệnh nhân được chẩn đoán xác định giãn phế quản, có phim chụp HRCT và được chẩn đoán đợt cấp theo hướng dẫn BTS (2010)²:

+ Tình trạng xấu đi của một trong các dấu hiệu:

- Ho tăng.
- Tăng lượng đờm.
- Khó thở hơn.
- Suy giảm chức năng phổi
- Tăng mệt mỏi, khó chịu.

+ Và sự xuất hiện mới của một trong các triệu chứng:

- Sốt.
- Viêm phổi.
- Ho ra máu.
- Yêu cầu điều trị kháng sinh.

*Bệnh nhân được làm các xét nghiệm vi sinh đờm và dịch rửa phế quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích tiến cứu, chọn cỡ mẫu thuận tiện là các bệnh nhân đợt cấp giãn phế quản điều trị tại Trung tâm hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai 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 20.0, sử dụng các test thống kê y sinh học thích hợp cho các biến số của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng

nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Đặc điểm chung		n	%
Tuổi (Mean ± SD)		59,2±11,7	
Giới	Nam	25	37,9
	Nữ	41	62,1
Số đợt cấp/năm trước (Mean ± SD)		1,27±1,29	
Nhập viện ít nhất 1 lần/năm trước		26	39,4

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,2±11,7. Bệnh nhân nữ chiếm 62,1%, nam chiếm 37,9%; tỉ lệ nữ/nam là 1,64/1. Số đợt cấp trung bình trong năm trước là 1,27±1,29; có 39,4% bệnh nhân phải nhập viện ít nhất 1 lần trong năm trước đó.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng (n=66)

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Triệu chứng cơ năng		
Ho khạc đờm	44	66,7

Bảng 3: Kết quả nuôi cấy vi khuẩn đờm và dịch rửa phế quản

Vi khuẩn đờm	Vi khuẩn dịch rửa phế quản				Tổng		
	Am tính		Dương tính				
	n	%	n	%	n	%	
Am tính	38	57,6	10	15,2	48	72,7	
Dương tính	7	10,6	11	16,7	18	27,3	
Tổng	45	68,2	21	31,8	66	100	
p	0,002						

Nhận xét: Tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính của đờm là 27,3%; của dịch phế quản là 31,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 4: Kết quả định danh vi khuẩn (n=66)

Vi khuẩn	Đờm		Dịch rửa phế quản	
	n	%	n	%
Pseudomonas aeruginosa	10	15,2	8	12,1
Klebsiella pneumoniae			3	4,5
Staphylococcus aureus			3	4,5
Acinetobacter baumannii	3	4,5	2	3
Escherichia coli	1	1,5	1	1,5
Serratia marcescens	1	1,5	1	1,5
Pseudomonas putida	1	1,5		
Stenotrophomonas maltophilia	1	1,5		
Chryseobacterium indologenes	1	1,5		
Proteus mirabilis			1	1,5
Mycobacterium tuberculosis			1	1,5
Mycobacterium avium			1	1,5

Nhận xét: Nuôi cấy vi khuẩn đờm cho kết quả dương tính với P.aeruginosa chiếm tỉ lệ lớn nhất là 15,2%, tiếp theo là A.baumannii 4,5%. Nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa phế quản cho kết quả dương tính cao nhất với P.aeruginosa 12,1%, tiếp theo là K.pneumoniae và S.aureus chiếm 4,5%, trong đó nuôi cấy dương tính 1 trường hợp (1,5%) với Mycobacterium tuberculosis và Mycobacterium avium.

Bảng 5: Kháng sinh đồ của vi khuẩn Pseudomonas aeruginosa

Kháng sinh	Số mẫu thử	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
		n	%	n	%	n	%
Imipenem	18	16	88,9	0	0	2	11,1

Ho ra máu	22	33,3
Đau ngực	41	62,1
Khó thở	10	15,2
Sốt	32	48,5
Triệu chứng toàn thân		
Mệt mỏi	37	56,1
Gầy sút cân	12	18,2
Ngón tay dùi trống	8	12,1
Triệu chứng thực thể		
Không ran	9	13,6
Ran rít, ran ngáy	6	9,1
Ran ẩm, ran nổ	51	77,3
Rì rào phế nang giảm	16	24,2

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân ho khạc đờm gặp nhiều nhất 66,7%, tiếp theo là đau ngực 62,1%, sốt 48,5%, có 33,3% bệnh nhân vào viện vì ho ra máu. Triệu chứng toàn thân thường gặp nhất là mệt mỏi 56,1%. Khi khám phổi thấy ran ẩm, ran nổ 77,3%; 9,1% thấy ran rít, ran ngáy.

3.2. Đặc điểm vi khuẩn học

Meropenem	18	17	94,4	0	0	1	5,6
Ceftazidime	11	9	81,8	0	0	2	18,2
Cefepime	4	4	100	0	0	0	0
Piperacillin/Tazobactam	11	10	90,9	0	0	1	9,1
Levofloxacin	11	6	54,5	1	9,1	4	36,4
Ciprofloxacin	7	4	57,1	1	14,3	2	28,6
Amikacin	18	16	88,9	0	0	2	11,1
Gentamycin	18	16	88,9	0	0	2	11,1
Tobramycin	16	14	87,5	0	0	2	12,5

Nhận xét: Vi khuẩn P.aeruginosa còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh Meropenem 94,4%, Piperacillin/Tazobactam 90,9%, Ceftazidime 81,8%, Amikacin 88,9%, Ciprofloxacin 57,1%.

Bảng 6: Môi liên quan giữa Pseudomonas aeruginosa và bệnh giãn phế quản

Biến	Nhiễm P.aeruginosa	Không nhiễm P.aeruginosa	p	OR
Số đợt cấp trung bình	2,5±1,2	1±1,1	0,000	
Nhập viện	66,7%	33,3%	0,048	4

Nhận xét: Bệnh nhân nhiễm P.aeruginosa có số đợt cấp trung bình trong năm trước là 2,5±1,2, còn bệnh nhân không nhiễm P.aeruginosa là 1±1,1; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tỷ lệ bệnh nhân phải nhập viện ít nhất 1 lần trong năm trước ở nhóm nhiễm P.aeruginosa và nhóm không nhiễm là 66,7% và 33,3%, khả năng bệnh nhân phải nhập viện ở nhóm nhiễm P.aeruginosa cao gấp 4 lần nhóm không nhiễm (p<0,05), [1,06-15,07].

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,2 ± 11,7; nam giới chiếm 37,9%, nữ giới 62,1%. Một nghiên cứu đa trung tâm của Araújo (2018)³ thấy rằng tuổi trung bình bệnh nhân giãn phế quản là 67 tuổi, nữ giới chiếm 61,2%. Như vậy tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc giãn phế quản cao hơn nam, nhóm người cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có số đợt cấp trung bình trong năm trước là 1,27±1,29, và có 39,4% bệnh nhân ít nhất phải nhập viện 1 lần trong năm trước đó. So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Dimakou (2016)⁴, Araújo (2018)³ chúng tôi thấy tỷ lệ đợt cấp trung bình của chúng tôi thấp hơn nhưng tỷ lệ nhập viện trong năm trước lại cao hơn. Giải thích cho sự khác biệt này là do nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ chưa tốt chương trình quản lý ngoại trú cho bệnh nhân giãn phế quản, bệnh nhân tự ý mua kháng sinh uống khi chưa có chỉ

định của bác sĩ. Do đó ảnh hưởng đến việc phát hiện và ghi nhận các đợt cấp nhẹ, đồng thời làm tăng tỷ lệ nhập viện điều trị nội trú.

4.2. Đặc điểm lâm sàng: Bất thường chức năng thường gặp nhất ở các bệnh nhân giãn phế quản 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. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng thường gặp nhất là khạc đờm 66,7%, tiếp theo là đau ngực 62,1%, sốt 48,5%, ho ra máu 33,3%, khó thở 15,2%. Khi khám phổi chủ yếu gặp ran ẩm, ran nổ 77,3%; 51,6% bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi. Theo King (2006)⁵ khi nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng của giãn phế quản nhân thấy các triệu chứng thường gặp là ho khạc đờm 87%, mệt mỏi 73%, khó thở 60%, ho ra máu 26%, khi khám phổi 73% bệnh nhân thấy ran ẩm, ran nổ. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả.

4.3. Đặc điểm vi khuẩn học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính chung là 28/66 bệnh nhân (42,4%); trong đó tỷ lệ nuôi cấy dương tính của đờm là của đờm là 27,3% và của dịch rửa phế quản là 31,8%. Khi nuôi cấy vi khuẩn đờm, kết quả dương tính với P.aeruginosa chiếm tỷ lệ lớn nhất 15,2%, tiếp theo là A.baumannii 4,5%; còn nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa phế quản cho kết quả dương tính với P.aeruginosa là 12,1%, K.pneumoniae và S.aureus chiếm 4,5%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ngô Quý Châu (2003)⁶ thấy tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính trong đờm và dịch rửa phế quản là 49,3%. Khi so sánh với nghiên cứu của một số tác giả như Angrill (2002)⁷, Miao (2015)⁸, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nuôi cấy dương tính với vi khuẩn của chúng tôi thấp hơn và đặc điểm vi khuẩn học ở bệnh nhân giãn phế quản đã có ít nhiều thay đổi theo không gian và thời gian nghiên cứu: ngoài P.aeruginosa là vi khuẩn vẫn chiếm tỷ lệ cao phù hợp với các

nghiên cứu của các tác giả còn một số chủng vi khuẩn như *S.pneumoniae* và *H.influenzae* thì chúng tôi không còn gặp nữa. Chiếm một tỉ lệ không nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi là vi khuẩn *A.baumannii* là các tác nhân phổ biến gây nhiễm trùng bệnh viện.

Kháng sinh đồ của vi khuẩn *P.aeruginosa*: chúng tôi nhận thấy vi khuẩn vẫn còn nhạy cảm cao với các nhóm Carbapenem, Cephalosporin, Aminocyclitol với tỉ lệ nhạy cảm >85%; kháng sinh có tỉ lệ kháng cao là nhóm Quinolon (Levofloxacin, Ciprofloxacin) với tỉ lệ kháng lần lượt là 36,4% và 28,6%. Kết quả phân lập vi khuẩn này cũng phù hợp với "Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009".

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 là *P.aeruginosa*. Nhiễm *P.aeruginosa* có liên quan đến tỉ lệ nhập viện, nguy cơ tử vong ở bệnh nhân giãn phế quản. Theo nghiên cứu của chúng tôi (bảng 6) thấy bệnh nhân nhiễm *P.aeruginosa* có số đợt cấp trung bình/năm cao hơn, chênh lệch trung bình 1,5/năm ($p < 0,05$) và có nguy cơ nhập viện cao gấp 4 lần nhóm không nhiễm. Theo Araújo (2018)³ thấy rằng bệnh nhân nhiễm *P.aeruginosa* mạn tính có các đợt cấp (chênh lệch trung bình 1,14/năm) và xác suất nhập viện cao hơn 4,96 lần so với nhóm không nhiễm *P.aeruginosa*. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả.

V. KẾT LUẬN

Trong các đợt cấp giãn phế quản, triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho khạc đờm, đau ngực, sốt, ho ra máu. Định danh vi khuẩn đờm

và dịch phế quản có vai trò quan trọng trong điều trị giãn phế quản, vi khuẩn thường gặp là *Pseudomonas aeruginosa*, kháng sinh đồ còn nhạy với nhiều loại kháng sinh. *Pseudomonas aeruginosa* làm gia tăng số lần nhập viện và đợt cấp ở giãn phế quản người lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu.** Bệnh Hô Hấp, Nhà Xuất Bản Giáo Dục Việt Nam, Hà Nội. 2011: tr199-208
2. **Pasteur MC, Bilton D, Hill AT.** British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. *Thorax*. 2010;65(Suppl 1):i1-i58. doi:10.1136/thx.2010.136119
3. **Araújo D, Shteinberg M, Aliberti S, et al.** The independent contribution of *Pseudomonas aeruginosa* infection to long-term clinical outcomes in bronchiectasis. *Eur Respir J*. 2018;51(2):1701953. doi:10.1183/13993003.01953-2017
4. **Dimakou K, Triantafyllidou 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. doi:10.1016/j.rmed.2016.05.001
5. **King PT, Holdsworth SR, Freezer NJ, Villanueva E, Holmes PW.** Characterisation of the onset and presenting clinical features of adult bronchiectasis. *Respir Med*. 2006;100(12):2183-2189. doi:10.1016/j.rmed.2006.03.012
6. **Ngô Quý Châu.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Điều Trị Giãn Phế Quản Tại Khoa Hô Hấp Bệnh Viện Bạch Mai 1999-2003. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng*. 2003:24-31.
7. **Angrill J.** Bacterial colonisation in patients with bronchiectasis: microbiological pattern and risk factors. *Thorax*. 2002;57(1):15-19. doi:10.1136/thorax.57.1.15
8. **Miao XY, Ji XB, Lu HW, Yang JW, Xu JF.** Distribution of Major Pathogens from Sputum and Bronchoalveolar Lavage Fluid in Patients with Noncystic Fibrosis Bronchiectasis: A Systematic Review. *Chin Med J (Engl)*. 2015;128(20):2792-2797. doi:10.4103/0366-6999.167360

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẤM MÓNG TAY BẰNG LASER ND: YAG 1064 NM XUNG DÀI KẾT HỢP UỐNG ITRACONAZOLE

Trần Thái Sơn¹, Nguyễn Văn Thường², Đinh Hữu Nghị²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nấm móng tay bằng laser Nd:YAG 1064 nm xung dài kết hợp

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Sơn

Email: thaisoanbm76@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

uống itraconazole. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc, tiến cứu, so sánh trước sau điều trị trên 31 bệnh nhân nấm móng tay được điều trị bằng laser Nd:YAG xung dài kết hợp uống itraconazole liều xung và thuốc bổ gan heparos. **Kết quả:** Có 31 bệnh nhân được lựa chọn, nữ chiếm phần lớn (71,0%). Độ tuổi trung bình là 41,96 ± 14,37 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 31,52 ± 31,26 tháng. Chỉ số OSI trung bình giảm dần theo thời gian điều trị từ 22,87 ± 7,89 điểm trước điều trị, giảm xuống còn 18,71 ± 6,01 điểm sau 4 tuần điều trị và giảm còn 13,55 ± 7,06 điểm sau 8 tuần điều trị. Sau 4