

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CÓ XÉT NGHIỆM VI KHUẨN DƯƠNG TÍNH VÀ ÂM TÍNH Ở ĐỜM

NGUYỄN HUY LỰC
Học Viện Quân Y

TÓM TẮT:

Nghiên cứu so sánh đặc điểm lâm sàng và Xquang giữa hai nhóm bệnh nhân (BN) bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) có xét nghiệm vi khuẩn đờm dương tính (nhóm I) và âm tính (nhóm II), kết quả như sau: - Nhóm I: có triệu chứng sốt gặp tới 90%, khạc đờm mủ 73,7% nhiều hơn nhóm II: sốt gặp 66,7%, đờm mủ 33,3% ($p < 0,05$). -Típ BB có nhiều BN xét nghiệm đờm có vi khuẩn dương tính hơn típ PP (73,3% so với 26,7%). Nhóm I có mức độ đợt bùng phát nặng nhiều hơn nhóm II (30% so với 8,3%), với $p < 0,05$. - Xquang phổi nhóm I gặp hình ảnh phổi bẩn nhiều hơn nhóm II (70,0% so với 50,0%).

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, vi khuẩn.

SUMMARY:

Comparative study of the clinical and X-ray of lungs characteristics of two group in patients with chronic obstructive pulmonary disease: The first group, which had positive bacterium in sputum; the second group, which had negative bacterium in sputum. We had initial results as follows: - the first group was more patients with fever, cough and sputum production than the second group (90.0% and 73.7% compared to 66.7% and 33.3%). The I group was more severe exacerbations than the II group (30% compared to 8.3%). There are more the dirty lung images on X-ray of lungs in the first group than the second group (70.0% compared to 50.0%).

Keyword: chronic obstructive pulmonary disease, bacteria.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong những bệnh hô hấp phổ biến. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới tuổi cao có hút thuốc lá. tỷ lệ mắc khoảng 9,34/100.000 người ở nam, và 7,33/100.000 người ở nữ [7]. Tử vong do BPTNMT ước đoán là nguyên nhân đứng hàng thứ 3 thế giới vào năm 2020[2,7]. Trong đợt bùng phát bệnh nhân (BN) có ho khạc đờm, khó thở tăng. Nguyên nhân đợt bùng phát thường do nhiễm khuẩn và gây nên nhiều biến đổi trên lâm sàng và X-quang. Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, X-quang ở bệnh nhân (BN) BPTNMT có xét nghiệm vi khuẩn dương tính và âm tính ở đờm, tiến hành so sánh có thể tìm ra những khác biệt. Từ đó sơ bộ nghĩ đến nguyên nhân đợt bùng phát là nhiễm khuẩn hay không. Mục tiêu của đề tài: *So sánh đặc điểm lâm sàng, X-quang phổi chuẩn ở hai nhóm bệnh nhân BPTNMT có xét nghiệm vi khuẩn dương tính và âm tính ở đờm.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 42 bệnh nhân (BN), BPTNMT đợt bùng phát điều trị tại khoa A3-Bệnh Viện 103 từ 7/2007 – 10/2008. gồm 36 nam, 6 nữ; tuổi thấp nhất là 50, cao nhất là 87, trung bình là 71,7±14,5.

* Các bệnh nhân nghiên cứu khi vào viện được lấy đờm làm xét nghiệm vi khuẩn, căn cứ vào kết quả chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm I: Nhóm có xét nghiệm vi khuẩn dương tính ở đờm: 30 BN

+ Nhóm II: Nhóm có xét nghiệm vi khuẩn âm tính ở đờm: 12 BN

- Tiêu chuẩn chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2008[7]: +BN trên 40 tuổi, hút thuốc lá, ho khạc đờm tổng cộng ít nhất 3 tháng/năm, từ 2 năm liên tiếp trở lên. + Khó thở thường xuyên tăng dần. Nghe phổi có: + Hội chứng phế quản, +Hội chứng khí thũng phổi (KTP).
+ X-quang phổi: Có hình ảnh phổi bản, hình ảnh KTP.

+ Thông khí phổi: Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục

- Tiêu chuẩn đợt bùng phát[7]: Sốt, ho, khó thở tăng, đờm trở thành mủ.

- Loại trừ những BN có bệnh kết hợp như lao phổi, hen phế quản, giãn phế quản lan tỏa, suy tim nặng, suy hô hấp...

2. Nội dung và phương pháp nghiên cứu: * Nội dung nghiên cứu: - Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể (sốt, ho, khó thở, khạc đờm, các ran ở phổi...).

- Cận lâm sàng: Hình ảnh X-quang (hình ảnh phổi bản, KTP, bóng tim...).

* Phương pháp nghiên cứu: - Hỏi và khám bệnh lý, phát hiện các triệu chứng lâm sàng, so sánh giữa hai nhóm.

- Đo thông khí phổi xác định chẩn đoán xác định BPTNMT

- Xét nghiệm vi khuẩn và phân nhóm bệnh nhân. Tiêu chuẩn chẩn đoán vi khuẩn gây bệnh trong đợt bùng phát BPTNMT: có 105 vk/ ml đờm coi là dương tính và xác định đó là vi khuẩn gây bệnh.

3. Đánh giá kết quả: - Sốt: nhiệt độ cặp ở nách > 37 độ C.

- Đánh giá mức độ khó thở theo hội lồng ngực Canada 2007[4].

- Đánh giá KTP theo GOLD 2008[7]: Khó thở tăng dần; lồng ngực hình thùng. X-quang phổi tăng sáng nhu mô, giãn sườn giãn, vòm hoành hạ thấp.

- Đánh giá giai đoạn bệnh theo GOLD 2008[7].
+ Giai đoạn I (nhẹ): FEV1/FVC < 70% số lý thuyết (SLT), FEV1 > 80%SLT.

+ Giai đoạn II (trung bình): FEV1/FVC < 70%SLT, 50% ≤ FEV1 ≤ 80%SLT.

+ Giai đoạn III (nặng): FEV1/FVC < 70%SLT, 30% ≤ FEV1 ≤ 50%SLT.

+ Giai đoạn IV (rất nặng): FEV1/FVC < 70%SLT, FEV1 ≤ 30%SLT hoặc FEV1 < 50%SLT kèm theo có triệu chứng của suy tim phải hoặc suy hô hấp.

- Đánh giá mức độ nặng nhẹ đợt bùng phát[2]: Dựa vào 3 dấu hiệu: Khó thở tăng, ho khạc đờm tăng, đờm chuyển thành đờm mủ.

+ Nhẹ: Có 1 trong 3 dấu hiệu trên; +Trung bình: Có 2 trong 3 dấu hiệu trên

+ Nặng: Có cả 3 dấu hiệu trên

- Đánh giá tít lâm sàng[6]: + BPTNMT tít PP (tít hồng thổi - khí thũng phổi nổi bật): Thể trạng gầy, môi hồng, khó thở nổi bật, ít ho khạc đờm, ít bị nhiễm khuẩn phế quản, lồng ngực hình thùng, gõ vang. rào phế nang giảm mạnh. X-quang phổi có hình ảnh khí thũng phổi, tâm phế mạn xuất hiện muộn.

+ BPTNMT tít BB (tít xanh phi - viêm phế quản mạn tính nổi bật) thể trạng béo, tím tái, ho khạc đờm nổi bật, hay bị nhiễm khuẩn phế quản. Khám phổi có hội chứng phế quản, X-quang phổi có hình ảnh phổi bản

- Đánh giá X-quang phổi[3]: + Hình ảnh phổi bản gồm: Dày thành phế quản (hình ảnh đường ray hình nhẫn). viêm xung quanh phế quản mạch máu tạo nên các bóng mờ phế nang, hình ảnh kính mờ; Tăng sinh mạch máu.

+Khí thũng phổi:Tăng sáng nhu mô; vòm hoành thấp. Tim hình giọt nước. Lồng ngực giãn, xương sườn nằm ngang, đỉnh phổi tròn.

+ Hội chứng (HC) mạch máu: Hình ảnh tái phân bố mạch máu: Bình thường phân bố mạch máu giữa thùy trên và thùy dưới theo tỷ lệ 1/2, khi tỷ lệ này thay đổi thành 1/1 hoặc 2/1 là có tái phân bố lại mạch máu phổi.

4. Xử lý số liệu : Theo thuật toán thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng.1: Đặc điểm tuổi giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
50 - 59	7	19,4	0		7	16,7
60 - 69	7	19,4	2	33,3	9	21,4
70 - 79	18	50,0	4	66,7	22	52,4

80 - 89	4	11,2	0	0,0	4	9,5
Tổng	36	100,0	6	100,0	42	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nam/ nữ là 6/1, lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 70 - 79 (chiếm 52,4%), lứa tuổi 50 - 59 và lứa tuổi 60 - 69 gặp tương đương nhau

Bảng 2: Phân chia giai đoạn và thể bệnh:

Thể bệnh Giai đoạn	Típ BB		Típ PP		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
Giai đoạn II	5	18,5	4	26,7	9	21,4	> 0,05
Giai đoạn III	15	55,6	8	53,3	23	54,8	> 0,05
Giai đoạn IV	7	25,9	3	20,0	10	23,8	> 0,05
Tổng	27	100,0	15	100,0	42	100,0	

Nhận xét: Giai đoạn II típ BB gặp ít hơn típ PP, giai đoạn III và IV típ BB gặp nhiều hơn típ PP, nhưng không khác biệt có ý nghĩa (p > 0,05).

Bảng 3: So sánh triệu chứng toàn thân, cơ năng giữa 2 nhóm.

Nhóm BN Triệu chứng	Nhóm I n = 30		Nhóm II n = 12		Tổng (n = 42)		p
	n	%	n	%	n	%	
Sốt	27	90,0	8	66,7	35	83,3	< 0,05
Da niêm mạc tím	22	73,3	5	41,6	27	64,3	< 0,05
Phù chân	6	20,0	2	16,7	8	19,0	> 0,05
Ho khạc đờm	30	100,0	10	83,3	40	100,0	> 0,05
Khạc đờm nhầy	8	26,6	6	49,9	14	33,3	> 0,05
Khạc đờm mủ	22	73,3	4	33,3	26	61,9	< 0,05
Khó thở	30	100,0	12	100,0	42	100,0	

Nhận xét: Sốt ở nhóm I là 90%, nhiều hơn nhóm II (66,7%), khác biệt có ý nghĩa (p < 0,5). Khạc đờm mủ ở nhóm I gặp nhiều hơn ở nhóm II tỷ lệ lần lượt là: 73,3% so với 33,3%, khác biệt với p < 0,05.

Bảng 4: So sánh triệu chứng thực thể giữa 2 nhóm bệnh nhân.

Nhóm BN Triệu chứng	Nhóm I N = 30		Nhóm II n = 12		Tổng (n = 42)		p
	n	%	n	%	n	%	
Co rút cơ hô hấp phụ	19	63,3	8	66,6	27	64,3	> 0,05
Lồng ngực hình thùng	19	63,3	9	75,0	28	66,7	> 0,05
Ran rít, ran ngáy	28	93,3	5	41,7	33	78,6	< 0,05
Ran ẩm	28	93,3	6	50,0	34	81,0	> 0,05

Nhận xét: Có tới 93,3% BN ở nhóm I có triệu chứng ran rít ran ngáy so với 41,7% ở nhóm II (khác biệt với p < 0,05). Co rút cơ hô hấp phụ, lồng ngực

hình thùng, ran ẩm ở hai nhóm có kết quả tương tự nhau (p > 0,05).

Bảng 5: So sánh thể bệnh giữa 2 nhóm bệnh nhân

Nhóm BN Thể bệnh	Nhóm I		Nhóm II		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Típ BB	22	73,3	5	41,7	27	64,3	< 0,05
Típ PP	8	26,7	7	58,3	15	35,7	< 0,05
Tổng số	30	100,0	12	100,0	42	100,0	

Nhận xét: Típ BB, số BN có xét nghiệm vi khuẩn đờm dương tính (nhóm I) là 73,3%, nhiều hơn típ PP có 26,7% BN. khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05).

Bảng 6: So sánh mức độ đợt bùng phát giữa 2 nhóm bệnh nhân

Nhóm BN Mức độ	Nhóm I		Nhóm II		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ	3	10,0	4	33,3	7	16,7	> 0,05
Trung bình	18	60,0	7	58,4	25	59,5	> 0,05
Nặng	9	30,0	1	8,3	10	23,8	< 0,05
Tổng	30	100,0	12	100,0	42	100,0	

Nhận xét: Mức độ nặng gặp ở BN nhóm I là 30,0% nhiều hơn so với 8,3% ở nhóm II khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7: So sánh đặc điểm X-quang giữa 2 nhóm bệnh nhân

Nhóm BN X quang	Nhóm I n = 30		Nhóm II n = 12		Tổng (n = 42)		p
	n	%	n	%	n	%	
Hình ảnh phổi bản	21	70,0	6	50,0	27	64,3	< 0,05
Khí thũng phổi	19	63,3	9	75,0	28	66,7	> 0,05
HC mạch máu	14	46,7	5	41,7	19	45,2	> 0,05
HC phế quản	23	76,7	8	66,7	31	73,8	> 0,05

Nhận xét: Hình ảnh phổi bản ở nhóm I gặp 70%, nhiều hơn so với 50% ở nhóm II, khác biệt với p < 0,05. HC mạch máu, HC phế quản ở nhóm I cũng gặp nhiều hơn ở nhóm II, nhưng không khác biệt (p > 0,05).

BÀN LUẬN

*Đặc điểm lâm sàng: Trong 42 BN BPTNMT nghiên cứu được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của GOLD 2008[7]; tuổi trung bình là 71,7 ± 14,5, cao nhất 87 tuổi, độ tuổi 60 – 79 gặp nhiều nhất (52,4%), tỷ lệ nam/nữ: 6/1. Hoàng Túy (2007), gặp tuổi trung bình của các BN BPTNMT là 73,2 ± 8,1[1]. một số tác giả thế giới cũng gặp tuổi mắc bệnh BPTNMT vào viện trung bình là 65,9 ± 5,9 hoặc 68± 7[2,3]. Tương tự kết quả chúng tôi. Thể lâm sàng và giai đoạn bệnh chúng tôi gặp típ BB (64,26%) nhiều hơn típ PP (35,7%). Bệnh gặp giai đoạn III (54,8%) và giai đoạn IV (23,8%) nhiều nhất, [bảng 2]. Một số tác giả nhận

xét, BPTNMT ở giai đoạn I, II thường nhẹ và điều trị tại cộng đồng, đến giai đoạn III, IV bệnh nặng lên khiến BN phải nhập viện. Kết quả của chúng tôi phù hợp nhận xét của các tác giả. Về thể bệnh các tác giả gặp típ BB: 68,75%, típ PP: 31,35%[5,6].

* So sánh giữa hai nhóm: Khi phân tích đặc điểm triệu chứng toàn thân giữa hai nhóm thấy rằng nhóm I (Nhóm có xét nghiệm vi khuẩn ở đờm dương tính) có sốt gặp tới 90% BN, trong khi nhóm II (nhóm có xét nghiệm vi khuẩn ở đờm âm tính) chỉ gặp 66,7%. Triệu chứng da niêm mạc tím nhóm I gặp 73,3%, nhóm II gặp 41,6%. Như vậy giữa hai nhóm có sự khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$). Theo một số tác giả, sốt là một trong những triệu chứng lâm sàng hay gặp trong đợt bùng phát do nhiễm khuẩn ở BN BPTNMT, Da niêm mạc tím tái, thường gặp ở típ BB có nhiễm khuẩn[6,7]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét trên. Triệu chứng ho khạc đờm, khó thở gặp ở hai nhóm tương đương nhau. Riêng khạc đờm mủ, nhóm I có số BN khạc đờm mủ nhiều hơn nhóm II. Nhóm I có 22/30BN (73,3%) khạc đờm mủ, trong khi nhóm II có 4/12BN (33,3%), khác biệt giữa hai nhóm với $p < 0,05$. Trong nguyên nhân đợt bùng phát, người ta chia ra nguyên nhân nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn. Ở các BN nhiễm khuẩn thường có sốt và khạc đờm tăng về số lượng và đờm chuyển thành mủ[2, 5].

- So sánh triệu chứng thực thể giữa hai nhóm bệnh nhân thấy nhóm I có tới 28/30BN (93,3%) có ran rít ran ngáy, trong khi nhóm II có 5/12BN (41,7%), ran nổ ran ẩm cũng gặp ở nhóm I nhiều hơn nhóm II (93,3% so với 50,0%), khác biệt với $p < 0,05$. theo một số tác giả, trong đợt bùng phát nhiễm khuẩn, niêm mạc PQ bị phù nề, dịch nhầy phế quản (PQ) xuất tiết nhiều gây ứ tắc trong lòng PQ, cộng thêm co thắt PQ gây nên các triệu chứng ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ phổi[4,5].

- So sánh thể bệnh giữa hai nhóm chúng tôi thấy rằng, BB có số BN xét nghiệm vi khuẩn dương tính trong đờm là 22/30BN (73,3%), và chỉ có 5/12BN (41,7%) xét nghiệm vi khuẩn âm tính trong đờm. trong khi típ PP có tới 7/12 BN (58,3%) có xét nghiệm vi khuẩn âm tính và chỉ có 8/30BN (26,7%) xét nghiệm đờm củ vi khuẩn dương tính. Khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. các tác giả nhận xét trong hai thể của BPTNMT thì típ xanh phị thường tiến triển nặng hơn, suy hô hấp xuất hiện sớm hơn, hay có nhiễm khuẩn phổi. Típ PP khó thở nổi bật, ít nhiễm khuẩn hơn típ BB [2,6].

- So sánh mức độ nặng đợt bùng phát chúng tôi thấy, nhóm I có 9BN có đợt bùng phát nặng, nhóm II chỉ có 1BN có đợt bùng phát nặng. Theo các tác giả, căn nguyên vi khuẩn thường làm cho các đợt bùng

phát nặng trầm trọng hơn và hồi phục lâu sau mỗi đợt bùng phát[5,7].

- Về đặc điểm Xquang giữa hai nhóm, thấy rằng các BN nhóm I có hình ảnh phổi bản là 21/30BN (70,0%), nhiều hơn nhóm II (6/12BN-50%), khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). các hình ảnh khác không có sự khác biệt.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu so sánh đặc điểm lâm sàng, Xquang của BN BPTNMT có xét nghiệm vi khuẩn đờm dương tính và âm tính, chúng tôi rút ra kết luận sau: Tuổi vào viện thường gặp từ 50 trở lên, trong đó lứa tuổi 70 – 79 gặp nhiều nhất (52,4%). Típ BB gặp nhiều hơn típ PP (64,26% so với 35,74%). Bệnh nhân vào viện gặp giai đoạn III, IV là chủ yếu.

- Nhóm I (xét nghiệm vi khuẩn dương tính trong đờm) có triệu chứng sốt gặp tới 90%, nhóm II (xét nghiệm vi khuẩn âm tính trong đờm) gặp 66,7%, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nhóm I gặp ho khạc đờm mủ nhiều hơn nhóm II (73,7% so với 33,3%), khác biệt với $p < 0,05$. -Típ BB có nhiều BN xét nghiệm vi khuẩn dương tính ở đờm hơn BN típ PP. BN nhóm I nặng hơn BN nhóm II (30% so với 8,3%) khác biệt với $p < 0,05$. - Xquang phổi nhóm I gặp hình ảnh phổi bản nhiều hơn nhóm II (70,0% so với 50,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Thuỳ (2007), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả cấy đờm định lượng vi khuẩn trong đợt bùng phát của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, luận văn thạc sĩ, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
2. Anthonisen N.R (2004), “Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease”, Baum’s textbook of pulmonary disease, Eds by Crapo JP, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia P203- 222.
3. Beers M.H, Porter R.S, Jones T.V, et al (2006), “Chronic obstructive pulmonary disease”, the Merck Manual of diagnostic and therapy 18th Ed published Merck research laboratories white house station USA. P400- 412.
4. Canadian Thoracic Society (2007), “Recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease”, Can Respir J 14 (Suppl B): 5B- 32B.
5. Calverley P.M.A., Walker p., (2003), “ chronic obstructive pulmonary disease”. Lancet., 362, p1053-61.
6. Fishman A.P (1998), “Chronic obstructive lung disease: overview”, Fishman’s pulmonary disease and disorders, 3rd Ed Mc. Graw- Hill, New- York, Voll, 645- 658.
7. GOLD (2008), “Global strategy for the diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease,” Executive summary.