NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC Ở ĐỜM VÀ DỊCH RỬA PHẾ QUẢN QUA NỘI SOI PHẾ QUẢN ỐNG MỀM Ở BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN

LÝ TUẤN HỒNG - *Bệnh viện 354*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ta là một nước nông nghiệp, khí hậu nhiệt đới gió mùa, đang trong giai đoạn phát triển, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng còn cao. Vấn đề bụi, khí thải công nghiệp, chất thải của bệnh nhân (Bn) và người lành mang mầm bệnh, chất thải bệnh viện, cũng như ý thức phòng bệnh của đại bộ phận người dân còn hạn chế nếu không muốn nói là còn kém. Do đó nhiễm khuẩn hô hấp, bệnh lao phổi, giảm không đáng kể, hậu quả là giản phế quản (GPQ) không giảm [1],.

Các nước kém phát triển trong đó có vùng Tây – Nam Thái Bình Dương và Đông Nam á, GPQ còn là nguyên nhân nhập viện, tàn phế và tử vong không

giảm, tỷ lệ mắc bệnh hàng năm còn cao [22]. Việt Nam chưa có thống kê chính thức, tuy nhiên tần suất GPQ nhập viện tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai chiếm 6,0% các bệnh phổi, nam ị nhiều hơm nữ. Tại viện Lao và Bệnh phổi Trung ương, tần xuất GPQ chiếm 13,6% số Bn nhập viện điều trị nội khoa Hô hấp từ (1981 – 1987) và tỷ lệ GPQ điều trị bằng phẫu thuật trong thập kỷ 80 là 10,2% [1].

Đặc điểm đặc trưng của bệnh GPQ là vi khuẩn thường xuyên "cư trú" trong lòng các phế quản (PQ) bị giãn và gây ra những đợt bùng phát, tái phát nhiều lần. Do vậy xác định vi khuẩn học cho các Bn này là rất cần thiết, nhằm giúp cho các thầy thuốc lâm sàng lựa chọn và phối hợp kháng sinh có hiệu quả. Để hiểu rõ nguyên nhân vi khuẩn học gây các đợt bùng phát ở Bn GPQ chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn học ở đờm và dịch rửa PQ qua nội soi PQ ống mềm ở Bn GPQ" nhằm mục tiêu: Mô tả vi khuẩn học ở đờm và DRPQ qua nội soi PQ ống mềm của Bn GPQ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bao gồm 48 Bn được chẩn đoán xác định GPQ, điều trị nội trú tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 30/11/2007 đến 30/9/2008.

1.1. Tiêu chuẩn chọn Bn

Bn đã được chẩn đoán xác định GPQ dựa vào:* Lâm sàng * X quang phổi chuẩn.* Chụp HRCT đây là tiêu chuẩn vàng.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bn có chống chỉ định soi PQ- Bn không đồng ý tham gia nghiên cứu và không soi PQ.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

2.2.1. Ống soi PQ mềm

- Ống soi Olympus ký hiệu OVT-F3,đặt tại khoa hô hấp bệnh viện Bachk Mai.,tiến hành soi và rửa PQ theo quy trình đã được quy định

2.2.2 Các phương tiện khác

Ống nghiệm vô khuẩn, lam kính, các đĩa thạch tại khoa Vi sinh – Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Thu thập thông tin nghiên cứu qua các bước: hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, quan sát hình ảnh khi soi, ghi chép kết quả tỷ mỷ, chính xác, trung thực, phân loại chẩn đoán theo thể bệnh... Theo mẫu bệnh án đã thống nhất.

2.3.1. Các đặc điểm chung

+ Tuổi Bn +Giới: nam, nữ.+ Nơi sinh sống+ Tiền sử- Bản thân- Gia đình

2.3.2. Nghiên cứu vi khuẩn học ở đờm và DRPQ

Nghiên cứu vi khuẩn học ở đờm, ở DRPQ được lấy ra đúng qui trình cho ngay vào ống nghiệm vô khuẩn, đậy nút đưa xuống khoa Vi sinh sau khi lấy ra trước 30 phút để làm xét nghiệm.

3. Phương pháp xử lý số liệu

Tất cả các dữ liệu thu thập được qua các bệnh án nghiên cứu được xử lý trên phần mềm thống kê Y học Epi Ino 6.0 và SPSS 15.0 tại bộ môn Toán tin trường Đại học Y Hà Nội.

4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Được sự đồng ý của Bn, sau khi nghe giải thích về, giá trị của lấy đờm, nội soi PQ ống mềm và lấy DRPQ để xét nghiệm.

- Được sự đồng ý của Hội đồng duyệt thông qua đề cương nghiên cứu.

- Đảm bảo tính trung thực, khách quan trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung Bn nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi theo giới tính

Nhóm tuổi	Giới tính				Chung	
	Nữ		Nam			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<40	6	21,4	4	20,0	10	20,8
40-49	5	17,9	4	20,3	9	18,8
50-59	10	35,7	8	40,0	18	37,5
≥ 60	7	25,0	4	20,0	11	22,9
Cộng	28	58,3	20	41,7	48	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ phân bố Bn nam và Bn nữ theo từng nhóm tuổi tương đương nhau (p>0,05). Nhóm <40 tuổi chiếm 28,5%, nhóm 40 - 59 chiếm tỷ lệ 56,3%.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu theo giới tính

Nam	41,7%
Nữ	58,3%

Tỷ lệ Bn nữ cao hơn so với Bn nam (28/20), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Tuổi trung bình của Bn nghiên cứu (n=48)

Tuổi / Giới	Nữ	Nam
Nhỏ nhất	20	21
Cao nhất	78	80
Trung bình	51,0 ± 16,3	50,7 ± 15,2
So sánh (p)	>0,05	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy tuổi trung bình của Bn nữ và nam tương đương nhau (p>0,05). Tuổi trung bình của Bn 50,8 ± 15,7.

Bảng 4. Tiền sử bệnh tật và tiền sử tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (n=48)

Tiền sử	n	Tỷ lệ (%)
Tiếp xúc với Bn lao	3	6,3
Lao phổi	12	25,0
Nhiễm trùng phổi tái diễn	25	52,1
Tiếp xúc với bụi	3	6,3
Nghiện thuốc lá	13	27,1
Bệnh tim mạch	2	4,2

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ Bn bị nhiễm trùng phổi tái diễn nhiều lần chiếm 25/49 (52,1%), tiếp theo là nghiện thuốc lá 13/48 (27,1%) và lao phổi chiếm 12/48 (25%).

Bảng 5. Kết quả vi sinh vật ở đờm và dịch rửa phế quản (n=48)

Xét nghiệm / Kết quả	Đờm (n=48)		DRPQ (n=48)	
	N	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Dương tính	22	45,8	14	29,2
Âm tính	26	54,2	34	70,8
Tổng số	48	100,0	48	100,0

Nhận xét: Trong số 48 mẫu bệnh phẩm DRPQ nuôi cấy, thì tỷ lệ vi khuẩn dương tính là 14/48 (29,2%), âm

tính là 34/48 (70,8%). Tỷ lệ vi khuẩn ở đờm dương tính 22/48 (45,8%) và âm tính là 26/48 chiếm tỷ lệ 54,2%.

Bảng 6. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật (AFB, PCR-BK, cấy MGIT) ở DRPQ (n=48)

Xét nghiệm / Kết quả	AFB (n=48)		PCR-BK (n=48)		MGIT (n=48)	
	N	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Âm tính	47	97,9	45	93,7	46	95,8
Dương tính	1	2,1	3	6,3	2	4,2
Tổng số	48	100,0	48	100,0	48	100,0

Nhận xét: Kết quả xác định vi sinh vật ở DRPQ cho thấy soi DRPQ thấy AFB (+) là 1/48 (2,1%), nuôi cấy MGIT dương tính là 2/48 (4,2%) và phản ứng PCR-BK dương tính là 3/48 chiếm tỷ lệ 6,3%. Trong 6 bệnh phẩm xét nghiệm dịnh tính vi trùng lao dương tính là ở 6 Bn (Không có Bn nào dương tính 2, 3 phương pháp trên). Như vậy có 6 Bn được chẩn đoán lao.

Bảng 7. Tỷ lệ vi khuẩn lao nuôi cấy ở DRPQ (n=48).

Dương tính	12,5%
Âm tính	87,5%

Bảng 8. Kết quả định danh vi khuẩn từ đờm và DRPQ (n=48)

Xét nghiệm / Định danh vi khuẩn	DRPQ		Đờm		So sánh (p)
	n	(%)	n	(%)	
P. aeruginosa	2	4,2	6	12,5	>0,05
Aci. baumannii	1	2,1	7	14,6	>0,05
Kleb. pneumoniae	1	2,1	7	14,6	>0,05
Ralsaonia picketti	1	2,1	0		
E. Coli	1	2,1	0		
Providencia rettgeri	1	2,1	0		
P. putida	1	2,1	0		
Ente. Cloacae	0		2	4,2	

Nhận xét:

+ Kết quả bảng trên cho thấy ở DRPQ vi khuẩn P. aeruginosa chiếm 2/48 (4,2%), Aci. baumannii 1/48 (2,1%), Kleb. pneumoniae 1/48 (2,1%), Ralsaonia picketi chiếm 1/48 (2,1%).

+ Trong số mẫu cấy đờm vi khuẩn dương tính chỉ có 4 chủng vi khuẩn trong đó Ente. Cloacae chỉ có 2/48 (4,2%), P. aeruginosa 6/48 (12,5%), Aci. baumannii 7/48 (14,6%), Kleb. pneumoniae 7/48 (14,6%).

Bảng 9 Kết quả phân lập vi khuẩn ở Bn GPQ (n=48)

Định danh vi khuẩn	n	Tỷ lệ (%)
P. aeruginosa	8	16,7
Aci. baumannii	8	16,7
Kleb. pneumoniae	8	16,7
Ralsaonia picketti	1	2,1
E. Coli	1	2,1
Providencia rettgeri	1	2,1
Ente. Cloacae	2	4,2
P. putida	1	2,1
M. tuberculosis	6	12,5

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy 3 chủng vi khuẩn có số lượng cao là P. aeruginosa, Aci. baumannii và Kleb. neumoniae cùng chiếm tỷ *lệ 16,7%*, *M. tuberculosis* 6/48 chiếm tỷ lệ 12,5%.

BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới ở nhóm Bn nghiên cứu

Trong 48 Bn mà chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu, chúng tôi đã phân ra nam và nữ theo từng lứa tuổi để tham khảo tỷ lệ mắc bệnh theo giới và tuổi; kết quả cho thấy [bảng : lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 50 tuổi trở lên (từ 50 - 59: 37,5%; trên 60 tuổi là 22,9%, cộng chung là 60,4%); lứa tuổi 40 - 49: 18,8%; lứa tuổi < 40 là 20,8%. Tỷ lệ nam: 41,7%; nữ: 58,3% như vậy Bn nam gặp ít hơn Bn nữ, nhưng không có sự khác biệt. Lứa tuổi thấp nhất là 20 tuổi ở nữ và 21 tuổi ở nam, cao nhất: 78 tuổi ở nữ và 80 tuổi ở nam, tuổi trung bình: 51,0 ± 16,3 ở nữ và 50,7 ± 15,2 ở nam giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Theo Hoàng Minh Lợi 2001 [5] nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở 82 Bn GPQ tuổi trung bình là 54,10 ± 17,43; tỷ lệ nam: 73,17%; nữ chiếm 26,83%. Kết quả này phù hợp với kết quả của chúng tôi.Theo Lê Thị Trâm (1997) [12] nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở 71 Bn GPQ cho kết quả lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 20 tuổi - 50 tuổi (69,0%) dưới 20 tuổi tác giả cũng gặp 18/71 (24,0%) lứa tuổi > 50 tác giả chỉ gặp 4 Bn (5,63%).

Như vậy tác giả gặp ở tuổi trẻ nhiều hơn nghiên cứu của chúng tôi: giải thích vấn đề này có thể do tại thời điểm đó mạng lưới y tế tư nhân chưa phát triển, chưa có nhiều thuốc kháng sinh tốt như hiện nay, nên các Bn có thể phải đi viện sớm ngay từ những năm đầu phát hiện bệnh. Ngày nay có thể do dịch vụ y tế tốt hơn nên Bn tự điều trị ở nhà hoặc ở các tuyến địa phương, đến khi bệnh nặng hoặc ở giai đoạn muộn mới đến Bệnh viện tuyến Trung ương (Bạch Mai). Hơn nữa chúng tôi chỉ chọn Bn lớn hơn 16 tuổi vào trong nghiên cứu.

Theo Nguyễn Thị Linh Chi (2007) [3] nghiên cứu 40 Bn GPQ cho kết quả lứa tuổi từ 40 - >60 tới 70,0%, trong đó lứa tuổi 40 -59 là 42,5%; tuổi trung bình là 47,8 ± 18,2 chung cả 2 giới, nam nhiều hơn nữ. Kết quả này cũng tương đương kết quả của chúng tôi.Theo Lynch D. A và Cs (1999) nghiên cứu trên 261 Bn GPQ cho thấy Bn GPQ có độ tuổi trung bình là 60 ± 13. Theo Swason K.L và Cs (2002) nghiên cứu trên 54 Bn GPQ gặp độ tuổi trung bình của Bn GPQ trong nghiên cứu của mình là 53 và tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Kết quả tuổi trung bình của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả nêu trên nhưng tỷ lệ nam/nữ không phù hợp. Theo Martinez-Garcia M.A (2005) nghiên cứu trên 86 Bn có chẩn đoán chắc chắn GPQ thấy có 64,0% là nam giới; 36,0% là nữ giới, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69,5% ± 8,9 (tuổi).Theo Moreira J.S. (2003) nghiên cứu trên 170 Bn GPQ tỷ lệ Bn nam là 62,4%, tỉ lệ Bn nữ là 37,6%, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 36,8 (tuổi) dao động từ 12 đến 88 tuổi.

3. Tiền sử bệnh

Kết quả bảng 3 cho thấy có 3 Bn tiếp xúc với Bn lao phổi, 12/48 Bn bị lao phổi chiếm tỷ lệ 25,0%; nhiễm

khuẩn tái diễn 25 Bn (52,1%); nghiện thuốc lá 13/48 Bn chiếm tỷ lệ 27,1%.

Theo Nguyễn Thị Linh Chi (2007) [3] nghiên cứu ở 40 Bn GPQ gặp 27 bệnh nhân (67,5%) bị lao phổi, các tiền sử khác 19 Bn, nhiễm khuẩn phổi tái diễn 11 Bn (27,5%). Các Bn tiếp xúc với người lao phổi và bản thân các Bn GPQ trong nghiên cứu bị lao phổi cao hơn của chúng tôi.

Theo Hoàng Minh Lợi (2001) [5] trên 82 Bn GPQ nghiên cứu thấy có 38/82 Bn (46,34%) nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn và lao phổi là 17/82 Bn (20,73%). Theo Lê Thị Trâm, Bùi Xuân Tám và Tô Kiều Dung (1997) khi nghiên cứu 71 Bn GPQ vào viện điều trị tại viện Lao và Bệnh phổi trung ương có số Bn mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn khi còn trẻ là 56,34%. Theo Cartier Y và Cs (1999) nghiên cứu trên 82 Bn cũng gặp 19,51% Bn GPQ có tiền sử lao.

Theo Ngô Quý Châu và Cs nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1999 – 2003, trên 264 Bn thấy các Bn có tiền sử GPQ (17%); ho máu (15,9%); lao phổi (8,3%); hen (7,2%); viêm mũi xoang (4,9%) [2]. Các kết quả tiền sử lao phổi gây GPQ phù hợp với chúng tôi, các kết quả khác không phù hợp. Theo Martinez - Garcia M.A (2005) nghiên cứu trên 86 Bn cho kết quả: nguyên nhân của GPQ 43% là tự phát; 31,4% do viêm nhiễm ở phổi; 18,6% do lao và 7% do các nguyên nhân khác. Theo Moreira J.S (2003) nghiên cứu trên 170 nhận thấy tỷ lệ: Bn có bệnh phổi từ nhỏ (52,5%); do lao (19,8%); do hen (8,8%) và gặp hội chứng Kartagener là 2%. So với các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ do lao tương tự với kết quả của chúng tôi.

4 Xác định vi khuẩn gây bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 48 Bn được xét nghiệm đờm (100%), 48 Bn được xét nghiệm DRPQ (100%), 100% Bn được xét nghiệm AFB đờm 3 lần âm tính thì có chỉnh định soi.

4.1. Phân lập vi khuẩn ở đờm và DRPQ

Kết quả trong số 48 mẫu DRPQ xét nghiệm thấy có 8 loại vi khuẩn ở 8 bệnh nhân chiếm 16,7%; ở đờm số bệnh nhân xét nghiệm có 1 loại vi khuẩn 18/48 chiếm 37,5%. Có 2 bệnh nhân có 2 vi khuẩn xét nghiệm ở đờm chiếm 4,2%. Mặc dù xét nghiệm ở đờm thấy nhiều vi khuẩn hơn nhưng kết quả không đáng tin cậy như kết quả xét nghiệm vi khuẩn ở DRPQ.

Cấy đờm là phương pháp cổ điển, đơn giản, không gây sang chấn hầu họng và đường thở Bn, tuy nhiên hầu hết các tác giả đều cho rằng giá trị thấp vì có thể gây bội nhiễm PQ - phổi từ vi khuẩn ở vùng hầu họng. *Do phạm vi hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành phân lập các vi khuẩn hiếu khí, vì không xét nghiệm và phân lập vi khuẩn kỵ khí do vậy có rất có thể ảnh hưởng đến kết quả nuôi cấy vi khuẩn, định danh vi khuẩn ở đờm và trong DRPQ.*

4.2. Kết quả định danh vi khuẩn ở đờm và DRPQ

** Định danh vi khuẩn ở đờm:*

Kết quả định danh vi khuẩn cấy đờm có 4 chủng vi khuẩn là chủng vi khuẩn: *P. Aeruginosa* 6/48 chiếm tỷ lệ 12,5*%; Aci. baumannii*: 7/48 (14,6%), *Kleb. pneumoniae*: 7/48 (14,6%) và *Ente. Cloacae* thấy 2/48 chiếm tỷ lệ 4,2%.

** Kết quả định danh vi khuẩn ở dịch rửa phế quản:*

Kết quả định danh vi khuẩn ở DRPQ cho kết quả 8 chủng vi khuẩn: *P. aeruginosa*: 2/48 (4,2%), *Aci. baumannii:* 1/48 (2,1%), *Kleb. pneumoniae* 1/48 (2,1%), *Ralsaonia picketti*: 1/48 (2,1%), *E. Coli* 1/48 (2,1%), *Providencia rettgeri*: 1/48 (2,1%), *P. putida*: 1/48 (2,1%).

4.3. Xác định nguyên nhân vi sinh ở đờm và DRPQ

Việc xác định căn nguyên vi sinh của viêm mủ trong lòng PQ cho kết quả [bảng 6] trong số 48 mẫu bệnh phẩm DRPQ chúng tôi nuôi cấy, thì tỷ lệ vi khuẩn dương tính là 14/48 (29,2%), âm tính là 34/48 (70,8%). Tỷ lệ vi khuẩn ở đờm dương tính 22/48 (45,8%) và âm tính là 26/48 chiếm tỷ lệ 54,2%

Theo Nguyễn Thuỳ Linh (2008) tiến hành nuôi cấy vi khuẩn ở đờm cho 89 Bn GPQ có tỷ lệ dương tính là 31,5% và âm tính là 68,5%. Nuôi cấy vi khuẩn DRPQ ở 53 Bn cho kết quả dương tính 17,0% và âm tính là 83,0%. Kết quả này tương đương kết quả của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Quý Châu (2003) cho kết quả tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính trong đờm và trong DRPQ là 49,3%. Theo các tác giả nước ngoài cũng cấy vi khuẩn ở đờm cho kết quả dương tính là: 70,5% - 71,8%, trong cấy DRPQ tỷ lệ dương tính tới 81,7%. Kết quả của các tác giả nước ngoài cao hơn của chúng tôi. Khi tiến hành định danh vi khuẩn từ DRPQ và ở từ đờm chúng tôi thu được kết quả [bảng 7]. Từ DRPQ: *E. coli* 1/48 (2,1%), *P. aeruginosa*: 2/48 (4,2%), *Aci. baumannii*: 1/48 (2,1%); *Kleb. pneumoniae* 1/48 (2,1%), *Ralsaonia picketti*: 1/48 (2,1%), *Providencia rettgeri*: 1/48 (2,1%), *P. putida*: 1/48 (2,1%).

Từ đờm, kết quả của chúng tôi là: *P. aeruginosa*: 6/48 (12,5*%), Aci. baumannii*: 7/48 (14,6%); *Kleb. pneumoniae*: 7/48 (14,6%), *Ente. cloacae*: 2/48 (4,2%).

Theo Nguyễn Thuỳ Linh (2008) tiến hành phân lập chủng vi khuẩn ở 37 Bn GPQ từ 2 nguồn bệnh phẩm là đờm và DRPQ cho kết quả sau:

- Từ đờm: *P. aeruginosa*: 7/28 chiếm tỷ lệ 25,0%; *Kleb. pneumoniae*: 7/28 (25,0%), *Staphylococus aureus* 1/28 (3,6%).
- Từ dịch rửa phế quản: *P. aeruginosa*: 4/9 (44,4%) và *Kleb. pneumoniae chiếm tỷ lệ 36,9%.*

Kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả trên.

Theo Judge E.P (2006) khi nghiên cứu vi khuẩn học trên 39 Bn GPQ thấy các chủng vi khuẩn thường gặp là: *P. aeruginosa* (75,0%), *Staphylococus aureus* 39,0%; *Streptococcus pneumoniae* 7,0%; *H. influenzac* chiếm tỷ lệ 4,0%. Theo Currie. D (2002) cũng gặp các chủng vi khuẩn như *H. influenzae*: 55,0%; *P. aureginosa*: 31,0%; *S. aureus*: 8,0%. Tác giả kết luận đây là những chủng vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn ở Bn GPQ.

So sánh kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả trên, nhưng đều thấy rằng các chủng vi khuẩn thường gặp (gây bệnh) không phải vi trùng lao ở Bn GPQ là *P. aeruginosa, Aci. baumannii và Kleb. pneumoniae*. Còn một số chủng vi khuẩn khác thì không phù hợp. Đặc biệt kết quả cho kết quả sự hiên

diện của vi trùng lao trong DRPQ. Khi soi PQ ống mềm lấy DRPQ xét nghiệm thấy: AFB (+) là 1/48 (2,1%), nuôi cấy MGIT dương tính là 2/48 (4,2%) và phản ứng PCR-BK dương tính là 3/48 chiếm tỷ lệ 6,3%. Như vậy tiến hành nội soi phế quản, có rửa PQ - phế nang hút lấy DRPQ và định danh vi khuẩn thì phát hiện được 6 Bn (12,5%) có vi khuẩn lao bằng các phương pháp phát hiện như: soi trực tiếp DRPQ phát hiện 1 Bn có AFB (+), lấy DRPQ làm phản ứng PCR dương tính vi khuẩn lao là 3 Bn và nuôi cấy MGIT phát hiện 2 Bn.

Rõ ràng nội soi phế quản đã có độ nhạy lớn trong phát hiện vi khuẩn lao so với chỉ xét nghiệm đờm đơn thuần, xét nghiệm đờm soi AFB trực tiếp không phát hiện ca nào có AFB (+). Qua kết quả nghiên cứu cho thấy nội soi phế quản có vai trò rất quan trọng trong xác định nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp, trong đó có vi khuẩn lao (6/48 Bn chiếm 12,5%).

Theo Trần Văn Ngọc (2001) [4] nghiên cứu vai trò của soi phế quản ống mềm trên Bn ho ra máu. Trong tổng số 447 Bn qua nội soi tác giả đã rửa PQ và hút DRPQ định danh vi khuẩn cho kết quả: nhiễm trùng phổi do vi khuẩn thông thường là 103 Bn (23,0%), nấm 5 Bn (1,1%) vi khuẩn lao 74 Bn chiếm tỷ lệ 16,6% kết quả đó tương đương kết quả chúng tôi. Theo Hà Thị Tuyết Trinh, Nguyễn Chi Lăng và Cs (2006) soi PQ ống mềm 142 Bn đã cho kết quả xét nghiệm AFB DRPQ (+) sau soi là 14/66 (21,2%) và chẩn đoán lao phổi sau soi tăng 6/66 chiếm tỷ lệ 5,3%. So sánh với kết quả của chúng tôi thấy: Xét nghiệm AFB DRPQ (+) thất hơn tác giả và kết quả chẩn đoán lao phổi sau soi của tác giả thấp hơn của chúng tôi. Theo EskenasyA và Cs (1982) nghiên cứu 60 Bn thấy lao phổi 4/60 chiếm tỷ lệ 6,6% ở thùy giữa. Kết quả của Lobue P.A và Cs (2000) sau soi PQ 89 Bn có xét nghiệm AFB đờm (-), chẩn đoán lao phổi sau soi là 67,4% cao hơn của chúng tôi rất nhiều (12,5%). Theo Nguyễn Đình Tiến và Cs (2006) đã tiến hành nghiên cứu 61 Bn để đánh giá, giá trị của nội soi PQ ống mềm và một số xét nghiệm liên quan trong chẩn đoán lao phổi AFB đờm (-) tác giả nhận thấy. Sau khi soi phế quản hút DRPQ làm PCR chẩn đoán lao dương tính 36/61 (59,0%), soi trực tiếp tìm AFB ở DRPQ dương tính 9/61 Bn (14,8%) và tổng số Bn chẩn đoán xác định lao phổi nhờ soi phế quản đạt 42/61 Bn (68,9%), âm tính là 19/61 (31,1%), một tỷ lệ dương tính cao. Như vậy ở 61 Bn chẩn đoán lao phổi AFB soi đờm âm tính, tác giả tiến hành nội soi làm xét nghiệm và đã xác định được 68,9% lao phổi.

Kết quả chẩn đoán lao phổi sau soi của chúng tôi và một số tác giả đã nêu là tin cậy và có giá trị. Chứng tỏ nội soi phế quản rất có giá trị trong chẩn đoán lao phổi xét nghiệm AFB đờm âm tính. Các tác giả đi đến kết luận: khi phối hợp nhiều biện pháp xét nghiệm liên quan thì soi PQ ống mềm là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán lao phổi AFB đờm (-). Ngoài ra nhóm Bn tuy có hình ảnh nội soi bình thường nhưng có tới 52,78% số Bn có một trong những xét nghiệm nêu trên (+).

Trong 30 Bn (30 mẫu bệnh phẩm gồm: 22 mẫu đờm và 8 mẫu DRPQ) được nuôi cấy vi khuẩn và phân nhóm chúng tôi đã gặp 100% Gr (-).

Như vậy ở hầu hết các bệnh phẩm tác giả cũng gặp một số vi khuẩn gây bệnh tương tự chúng tôi, nhưng tỷ lệ thấy vi khuẩn khác với mức độ thường cao hơn của chúng tôi.

KẾT LUẬN

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi vào điều trị trên 40 là 38/48 (79,2%).
- Nam giới chiếm 20/48 (41,7%) và nữ chiếm 29/48 (58,3).
- *Tiền sử: Nhiễm trùng phổi tái diễn 25/48 (52,1%), nghiện thuốc lá là 13/48 (27,1%) và lao phổi là 12/48 (25,0).*

2. Đặc điểm vi khuẩn học

- Hay gặp trong đợt cấp trên bệnh nhân giãn phế quản là: *P. aeruginosa, Aci. baumannii* và *Kleb. pneumoniae* đều là 16,7% (cộng cả 3 loại là: 50,1%). Có 6/48 (12,5%) vi khuẩn lao, còn lại là các chủng vi khuẩn khác
- Khi phân nhóm thấy 100% vi khuẩn nuôi cấy ở đờm và dịch rửa phế quản là vi khuẩn Gram (-).
- Soi phế quản ống mềm rất có giá trị chẩn đoán lao phổi khi xét nghiệm AFB đờm âm tính.

KIẾN NGHỊ

1. Cần sử dụng kháng sinh sớm khi có các dấu hiệu của bội nhiễm là: Bệnh nhân có sốt, khạc đờm đục, mủ, bạch cầu tăng cao và tốc độ máu lắng tăng.
2. Phân lập cả vi khuẩn hiếu khí và vi khuẩn kỵ khí trong đợt cấp ở bệnh nhân giãn phế quản nói riêng và viêm đường hô hấp dưới nói chung.
3. Tại các bệnh viện và các trung tâm lớn nên thường xuyên thông báo vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp dưới và khuyến cáo dùng kháng sinh với vi khuẩn đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Cồ, Tô Kiều Dung (1991), "GPQ qua 114 trường hợp phẫu thuật", NSLvBP, Tập 9, Tr 124-125.

2. Ngô Quý Châu (2003), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị GPQ tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm 1999 – 2003". Tạp chí y học lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai. Tr 24-31.

3. Nguyễn Thị Linh Chi (2007), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, Xquang phổi và kết quả tắc mạch ở bệnh nhân giãn phế quản có ho máu" Luận văn thạc sĩ y học. Học viện Quân y – HN.

4. Trần Văn Ngọc (2001), "Vai trò của soi phế quản ống mềm trên bệnh nhân ho ra máu", Chuyên đề nội khoa, Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 5, Tr 69 – 72.

5. Hoàng Minh Lợi (2001), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang phổi chuẩn và cắt lớp vi tính độ phân giải cao trong bệnh GPQ". Luận án tiến sĩ y học. Học viện Quân y – Hà Nội.

6. Nguyễn Thùy Linh (2008) "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi khuẩn học Bn GPQ điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2007 – 2008. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa, trường ĐHYHN.