

Đối chiếu mức độ giãn phế quản trên cắt lớp vi tính với triệu chứng lâm sàng

Collating bronchiectasis severities in CT imaging and clinical symptoms

Phùng Anh Tuấn*, Nguyễn Văn Ngọc**

*Bệnh viện Quân y 103,
**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ giãn phế quản trên cắt lớp vi tính với các triệu chứng lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** 50 bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại Khoa A3 - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2014 đến tháng 4/2015. Tính tỷ lệ, so sánh mức độ giãn phế quản với các triệu chứng lâm sàng bằng Chi bình phương test. **Kết quả:** Thời gian mắc bệnh không liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Các triệu chứng ho, khạc đờm, ho ra máu, đau ngực đều gặp ở các mức độ giãn phế quản. Không có sự khác biệt giữa mức độ nặng các triệu chứng lâm sàng và các mức độ giãn phế quản. **Kết luận:** Không có mối liên quan giữa mức độ giãn phế quản với triệu chứng bệnh.

Từ khóa: Giãn phế quản, cắt lớp vi tính, mức độ, triệu chứng.

Summary

Objective: To assess the relationship between bronchiectasis levels in CT with severity of clinical symptoms. **Subject and method:** 50 patients with bronchiectasis treated at 103 Military Hospital from January 2014 to April 2015. Calculated portion, compared severities of bronchiectasis and clinical symptoms with Chi-square test. **Result:** No correlation between severities of bronchiectasis and prolonged illness. Cough, sputum, hemoptysis, pain chest were common in bronchiectasis patients. The differentiations between bronchiectasis severities and clinical symptoms were not significant. **Conclusion:** There was no correlation between severities of bronchiectasis and clinical symptoms.

Keywords: Bronchiectasis, computed tomography, severity, symptoms.

1. Đặt vấn đề

Mặc dù ít gặp trên thế giới, nhưng giãn phế quản (GPQ) là một bệnh phổi hay gặp ở Việt Nam [1]. Bệnh mạn tính, tiến triển nặng dần và thường kèm nhiễm khuẩn tạo thành vòng xoắn bệnh lý ảnh hưởng nhiều

đến sức khỏe người bệnh. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh [7]. Tuy nhiên, hình ảnh trên phim chụp và triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân (BN) thường không đi kèm với nhau. Có những trường hợp hình ảnh CLVT rất nặng nề nhưng bệnh nhân hầu như không có triệu chứng. Nghiên cứu này nhằm mục đích

□ Ngày nhận bài: 15/11/2018, ngày chấp nhận đăng: 23/11/2018

Người phản hồi: Phùng Anh Tuấn

Email: phunganhtuanbv103@gmail.com - BV Quân y 103

đánh giá mối liên quan giữa mức độ GPQ trên CLVT với các triệu chứng lâm sàng.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 50 BN GPQ điều trị tại Khoa A3, Bệnh viện Quân y 103 trong khoảng thời gian từ tháng 1/2014 đến tháng 4/2015.

2.2. Phương pháp

Phương pháp mô tả cắt ngang.

Tất cả các BN được chụp CLVT theo một quy trình thống nhất trên máy chụp CLVT 2 dây đầu dò SOMATO Spirit, hãng Simen. Chụp xoắn ốc từ nền cổ đến hết vòm hoành, độ dày lát cắt 5mm, pitch 1. Chụp trong 1 lần nín thở. Đánh giá hình ảnh ở cửa sổ phổi L-600, W 1500.

So sánh mức độ GPQ trên phim chụp với các triệu chứng bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN

Các BN được chẩn đoán lâm sàng GPQ với các biểu hiện: Ho, khạc đờm, ho ra máu, và đau ngực ở các mức độ khác nhau.

Tất cả BN có hình ảnh GPQ trên phim chụp CLVT lồng ngực.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu

Tiêu chuẩn chẩn đoán GPQ trên CLVT theo Jin HL (2004) [8].

Hình phế quản giãn: Đường kính trong phế quản > 1,5 lần đường kính ngoài của ĐMP bên cạnh.

Mất tính thuận nhỏ dần của phế quản: Duy trì khẩu kính một đoạn dài > 2cm sau chỗ chia đôi.

Thành phế quản dày hơn so với phế quản bình thường ở bên cạnh.

Thấy được hình phế quản ở ngoại vi của phổi trong khoảng 1cm tính từ màng phổi vào.

Phân mức độ GPQ dựa vào tỷ lệ đường kính lòng phế quản so với đường kính ngoài động mạch đi cùng. Chia 3 mức độ: Nhẹ ≤ 2; trung bình > 2 và ≤ 3; nặng > 3 [8].

Mức độ ho. Nhẹ: Thỉnh thoảng ho vài lần trong ngày. Nặng: Ho liên tục suốt cả ngày đêm. Trung bình: Giữa 2 mức trên [1].

Mức độ khạc đờm. Nhẹ: Lượng đờm khạc ra < 50ml/24 giờ. Trung bình: 50ml - 200ml/24 giờ. Nặng: > 200ml/24 giờ [1].

Mức độ ho ra máu: Nhẹ: < 50ml/24 giờ. Trung bình: 50 - 200ml/24 giờ. Nặng: > 200ml/24 giờ [2].

2.3. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 16.0. So sánh mức độ GPQ với các triệu chứng lâm sàng bằng Chi bình phương test.

3. Kết quả

Bảng 1. Phân bố tuổi và giới

Giới	Số bệnh nhân	Tuổi (mean ± SD)	p
Nam	20	67,4 ± 16,2	0,214
Nữ	30	70,1 ± 12,5	
Chung	50	69,04 ± 14,03, min 42, max 78	

Nhận xét: BN nữ gặp nhiều và cao tuổi hơn BN nam nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đối chiếu mức độ GPQ với thời gian mắc bệnh

Mức độ Thời gian	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Tổng
≤ 5 năm	14 (41,1)	16 (47,1)	4 (11,8)	34
> 5 năm	4 (25)	8 (50)	4 (25)	16
Tổng	18	24	8	50

Nhận xét: GPQ mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao trong cả hai nhóm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3. Đối chiếu mức độ GPQ với mức độ ho

Mức độ Ho	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Tổng n = 50
Không	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1
Nhẹ	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0)	6
Trung bình	11 (33,3)	16 (48,5)	6 (18,2)	33
Nặng	3 (30)	5 (50)	2 (20)	10
Tổng	18	24	8	50

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa mức độ GPQ và mức độ ho ($p>0,05$).

Bảng 4. Đối chiếu mức độ GPQ với mức độ khạc đờm

Mức độ Khạc đờm	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Tổng n = 50
Không	3 (60)	2 (40)	0 (0)	5
Nhẹ	10 (43,5)	10 (43,5)	3 (13)	23
Trung bình	3 (25)	7 (58,3)	2 (16,7)	12
Nặng	2 (20)	5 (50)	3 (30)	10
Tổng	18	24	8	50

Nhận xét: GPQ mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất ở tất cả các mức độ khạc đờm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 5. Đối chiếu mức độ GPQ với mức độ ho ra máu

Mức độ Ho ra máu	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Tổng n = 50
Không	9 (34,6)	13 (50)	4 (15,4)	26
Nhẹ	5 (31,2)	7 (43,8)	4 (25)	16
Trung bình	4 (80)	1 (20)	0 (0)	5
Nặng	0 (0)	3 (100)	0 (0)	3
Tổng	18	24	8	50

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa mức độ GPQ và mức độ ho ra máu ($p>0,05$).

Bảng 6. Đối chiếu mức độ GPQ với triệu chứng đau ngực

Mức độ Đau ngực	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Tổng n = 50
Không đau	13 (32,5)	21 (52,5)	6 (15)	40
Đau ngực	5 (50)	3 (30)	2 (20)	10
Tổng	18	24	8	50

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa mức độ GPQ và triệu chứng đau ngực ($p>0,05$).

4. Bàn luận

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 30 BN nữ, 20 BN nam, tuổi trung bình $69,04 \pm 14,03$, thấp nhất 42, cao nhất 78. BN nữ nhiều tuổi hơn BN nam nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Hoàng Minh Lợi [1] nghiên cứu 82 BN GPQ nhận thấy tuổi trung bình là $54,1 \pm 17,43$, nam chiếm 73,17%, nữ chiếm 26,83%. Nghiên cứu của Ngô Trọng Nguyên cho thấy tuổi trung bình BN GPQ là $59,2 \pm 17,3$. Tuổi trung bình ở nữ ($64,9 \pm 13,6$) cao hơn so với tuổi ở nam ($55,6 \pm 18,6$). Nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 35,1% [3].

Đánh giá mức độ GPQ theo thời gian mắc bệnh (TGMB), kết quả ở Bảng 2 cho thấy tỷ lệ GPQ trung bình và nặng ở nhóm có TGMB > 5 năm (lần lượt là: 50% và 25%) cao hơn so với tỷ lệ GPQ trung bình và nặng ở nhóm có TGMB ≤ 5 năm (lần lượt là: 47,1% và 11,8%), tỷ lệ GPQ nhẹ ở nhóm có TGMB > 5 năm (25%) thấp hơn so với nhóm có TGMB ≤ 5 năm (41,1%). Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Ngô Trọng Nguyên năm 2012 cho thấy, TGMB trung bình ở nhóm BN nghiên cứu là $8,3 \pm 9,1$ năm, không có sự khác biệt TGMB trung bình giữa nam và nữ ($p>0,05$). Đối chiếu mức độ GPQ với TGMB, tác giả nhận thấy tỷ lệ GPQ trung bình và nặng ở nhóm có TGMB > 5 năm (lần lượt là: 88,6% và 7,7%) cao hơn tỷ lệ GPQ trung bình và nặng ở nhóm có TGMB ≤ 5 năm (lần

lượt là: 63,9% và 0%). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3].

Đối chiếu mức độ GPQ với mức độ ho, kết quả được trình bày ở Bảng 3. Theo kết quả ở Bảng 3, có 49/50 BN bị ho với các mức độ khác nhau, trong đó ho nhẹ 12%, ho trung bình 66% và ho mức độ nặng 20%. Ho mức độ ít chỉ gặp ở GPQ mức độ nhẹ và trung bình (66,7% và 33,3%). Ho mức độ trung bình và nặng gặp ở tất cả các mức độ GPQ. Khác biệt giữa mức độ ho với mức độ GPQ không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong nghiên cứu của Ngô Trọng Nguyên ho mức độ nhẹ 8,1%, trung bình 59,5% và mức độ nặng 32,4% [3]. Lý giải nguyên nhân ho ở BN GPQ, các nghiên cứu cho rằng điều kiện nhiễm khuẩn tại chỗ, tăng xuất tiết là những yếu tố kích thích gây ho.

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy triệu chứng khạc đờm gặp ở tất cả các mức độ GPQ. Mức độ khạc đờm nhẹ gặp nhiều ở GPQ nhẹ và trung bình trong khi triệu chứng khạc đờm trung bình và nặng gặp chủ yếu ở GPQ trung bình và nặng. Tuy nhiên, sự khác nhau của triệu chứng khạc đờm đối chiếu với mức độ GPQ không có ý nghĩa thống kê. Hoàng Minh Lợi nhận thấy có tới 82% BN GPQ có triệu chứng khạc đờm, trong đó khạc đờm mức độ nặng chiếm khoảng 30%. Ở GPQ mức độ trung bình, đa số BN có khạc đờm từ mức độ trung bình đến nặng. Ở GPQ mức độ nặng, đa số BN ho khạc đờm nhiều. Những BN này thường

có viêm phổi bội nhiễm đi kèm [1]. Nghiên cứu của Lê Thị Trâm cho thấy triệu chứng khạc đờm gặp tới 90% ở các BN GPQ. Đánh giá mức độ khạc đờm, tác giả nhận thấy có 46% mức độ nhẹ, 24% mức độ trung bình và 20% mức độ nặng [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Chí Thành trên 66 BN GPQ nhận thấy có 44 BN (66,7%) có triệu chứng khạc đờm ở các mức độ khác nhau. Khạc đờm mức độ nhẹ chiếm 72,7%, mức độ trung bình 20,5% và khạc đờm nặng 6,8% [5].

Kết quả đánh giá mức độ ho ra máu (HRM) được thể hiện ở Bảng 5. Theo đó, có 24 BN HRM (chiếm 48%) bao gồm các mức độ: Nhẹ 32%, trung bình 10% và HRM mức độ nặng gặp ít nhất với tỷ lệ 6%. Đối chiếu mức độ GPQ với mức độ HRM, kết quả ở bảng cũng cho thấy đối với GPQ mức độ nhẹ, tất cả BN chỉ HRM mức độ nhẹ và trung bình. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp GPQ mức độ nặng cũng chỉ HRM mức độ nhẹ. HRM mức độ nhẹ gặp ở tất cả các mức độ GPQ. HRM mức độ trung bình và nặng lại chỉ gặp ở các BN GPQ mức độ nhẹ và trung bình. Không có sự khác biệt giữa mức độ nặng của GPQ và mức độ nặng HRM. Hoàng Minh Lợi nghiên cứu 82 BN GPQ có 54 BN HRM trong đó mức độ nhẹ và trung bình chiếm ưu thế với tỷ lệ 96,3%. HRM mức độ nặng chỉ chiếm 3,7% [1]. Nghiên cứu của Lê Thị Trâm trên 71 BN GPQ được phẫu thuật thấy có 64 BN HRM với các mức độ: Nhẹ 45,4%, trung bình 29,6%, nặng 25% [4]. Tỷ lệ bệnh nhân HRM mức độ nặng của tác giả cao hơn của chúng tôi được giải thích là do nghiên cứu được thực hiện trên nhóm BN có chỉ định phẫu thuật. Những trường hợp này đều nặng, nhiều biến chứng và điều trị nội khoa không kết quả.

Liên quan giữa mức độ GPQ trên phim CLVT và mức độ đau ngực được thể hiện ở Bảng 6. 50 BN trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 10 trường hợp (chiếm 20%) có triệu chứng đau ngực, với 50% GPQ mức độ nhẹ, 30% GPQ mức độ vừa và 20% GPQ

mức độ nặng. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của Hoàng Minh Lợi triệu chứng đau ngực gặp ở 34% BN. Nghiên cứu của Nguyễn Chí Thành [5], Nguyễn Cao Minh Nền [6] cho thấy triệu chứng đau ngực chiếm tỷ lệ lần lượt là 22,7% và 25,4% ở các BN GPQ. Các nghiên cứu cũng khẳng định không có sự khác biệt về triệu chứng này ở các mức độ GPQ khác nhau.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ giãn phế quản và các biểu hiện lâm sàng chúng tôi rút ra các kết luận sau:

Thời gian mắc bệnh không liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

Các triệu chứng ho, khạc đờm, ho ra máu, đau ngực với các mức độ khác nhau gặp ở tất cả các mức độ giãn phế quản.

Không có mối liên quan giữa mức độ nặng các triệu chứng này với mức độ giãn phế quản.

Tài liệu tham khảo

1. Hoàng Minh Lợi (2001) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang phổi chuẩn và chụp cắt lớp vi tính phân giải cao trong bệnh giãn phế quản*. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Dư Đức Thiện (2003) *Nghiên cứu hình ảnh động mạch phế quản trong một số bệnh phổi mạn tính và khả năng gây tắc mạch điều trị ho ra máu*. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Ngô Trọng Nguyên (2012) *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn phế quản bằng chụp cắt lớp vi tính phân giải cao*. Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân y.
4. Lê Thị Trâm (1997) *Nghiên cứu lâm sàng, X-quang phổi chuẩn của giãn phế quản, đối chiếu với chụp phế quản cản quang và giải phẫu bệnh sau phẫu thuật*. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Chí Thành (2012) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hình ảnh chụp cắt lớp vi tính phân giải cao của bệnh giãn phế quản ở bệnh nhân sau lao phổi*. Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Cao Minh Nền (2013) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chức năng thông khí và chụp cắt lớp vi tính phân giải cao của phế quản ở bệnh nhân sau lao phổi*. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Cartier Y, Kavanagh PV, Johkoh T et al (1999) *Bronchiectasis. Accuracy of HRCT in the differentiation of specific diseases*. AJA 173 : 47-52
8. Jin HL, Yoo KK, Hyon JK, Jung HC (2004) *Relationship between high-resolution computed tomography, lung function and bacteriology in stable bronchiectasis*. J Korean Med Sci 19(1): 62-68.