

VAI TRÒ NỘI SOI PHẾ QUẢN TRONG CHẨN ĐOÁN LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Thị Phương¹, Nguyễn Thị Bình Nguyễn², Hoàng Thị Lan Hương¹, Phan Thanh Bình¹, Lê Ngọc Thành¹, Lê Ngọc Dung¹, Hoàng Văn Long¹, Cao Thị Hồng¹, Phan Thị Mỹ Vân¹, Đinh Xuân Anh Tuấn³

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

³Bệnh viện Cochin, Paris

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm, một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Việc chẩn đoán lao phổi AFB âm tính vẫn còn là một thách thức cho ngành y tế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên tất cả những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và X-quang phổi nghi ngờ lao phổi vào điều trị tại khoa Bệnh Phổi - Bv TW Huế, có xét nghiệm 2 mẫu AFB đờm âm tính, gene Xpert MTB/RIF đờm âm tính và có chỉ định nội soi phế quản.

Kết quả: Trong 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu có 31 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 66,0%) có tổn thương trên nội soi phế quản, số bệnh nhân không có tổn thương trên nội soi phế quản là 16 (chiếm tỉ lệ 34,0%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0287$. Đặc điểm tổn thương hay gặp nhất là xung huyết gặp ở 20 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 64,5%). Xơ sẹo hẹp và đàm gặp ở 8 và 7 trường hợp (chiếm tỉ lệ lần lượt là 25,8% và 22,6%). Vị trí tổn thương trên nội soi phế quản gặp nhiều nhất ở phổi phải (16 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 51,6%). Tỷ lệ dương tính xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản là 36,2%.

Kết luận: Nội soi phế quản là một công cụ hữu ích trong chẩn đoán lao phổi thông qua hình ảnh quan sát được trong quá trình nội soi và đặc biệt là kết quả xét nghiệm dịch rửa phế quản. Xét nghiệm gene Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản có giá trị cao trong việc chẩn đoán những trường hợp lao phổi khó chẩn đoán.

Từ khóa: Lao phổi, AFB đờm âm tính, Nội soi phế quản.

ABSTRACT

ROLE OF FLEXIBLE BRONCHOSCOPY IN DIAGNOSING TB AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Phan Thi Phuong¹, Nguyen Thi Binh Nguyen², Hoang Thi Lan Huong¹, Le Ngoc Thanh¹, Le Ngoc Dung¹, Phan Thanh Binh¹, Hoang van Long¹, Cao Thi Hong¹, Phan Thi My Van¹, Dinh Xuan Anh Tuan³

Background: Tuberculosis is an infectious disease, a major cause of illness and one of the leading causes of death worldwide. The diagnosis of AFB - negative pulmonary TB remains a medical challenge.

Ngày nhận bài:

10/6/2023

Ngày chỉnh sửa:

03/7/2023

Chấp thuận đăng:

15/7/2023

Tác giả liên hệ:

Phan Thị Phương

Email:

phanphuong3277@gmail.com

SĐT: 0383903277

Methods: Retrospective study All patients with clinical symptoms and chest X-ray suspected of pulmonary tuberculosis admitted to the Department of Pulmonary Diseases - Hue Central Hospital, from January to December 2022, tested 2 negative sputum AFB and negative sputum Xpert MTB/RIF calculated and indicated bronchoscopy.

Results: Among 47 patients who were eligible for the study, there were 31 (66.0%) lesions on bronchoscopy, no lesions 16 (34.0%), the difference was statistically significant with $p = 0.0287$. The most common lesion feature was edematous - hyperemic in 20 patients (64.5%). fibrostenotic and sputum met with the rate of 8 (25.8%) and 7 (22.6%). The most common location of lesions on the right was 16 (51.6%). The positive rate of Xpert MTB/RIF test in bronchoalveolar lavage was 36.2%.

Conclusion: Bronchoscopy is a useful tool in diagnosing pulmonary tuberculosis through imaging and especially in obtaining fluid for testing. Xpert MTB/RIF test in bronchoalveolar lavage is of high value in diagnosing difficult cases of pulmonary tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis. AFB - Sputum negative. Bronchoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn MTB (Mycobacterium Tuberculosis), nguyên nhân chính của bệnh tật và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Trước khi xảy ra đại dịch vi-rút corona (COVID-19), lao là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do riêng một tác nhân truyền nhiễm. Năm 2021, Tổ chức Y Tế thế giới ước tính khoảng 10,6 triệu người mắc lao, và tăng 4,5% so với 2020 [1, 2].

Lao phổi là thể lao thường gặp nhất, chiếm 80% trường hợp mắc lao ở Việt Nam, trong đó có một tỉ lệ không nhỏ là lao phổi AFB (Acid Fast Bacilli) âm tính (-). BN (Bệnh nhân) với lao phổi AFB (-) có thể là nguồn lây bệnh lớn trong cộng đồng và làm chậm chẩn đoán sớm cũng như điều trị sớm, thường dẫn đến nguy cơ để lại tổn thương phổi không hồi phục ở những người mắc bệnh. Điều này đặt ra một thách thức thực sự đối với các bác sĩ lâm sàng. Việc chẩn đoán chậm trễ có thể dẫn đến sự lây lan của bệnh hoặc biến chứng phổi không hồi phục và điều trị theo kinh nghiệm có thể dẫn đến tác dụng phụ không mong muốn hoặc sự xuất hiện của các chủng đa kháng thuốc [3 - 5].

Nội soi phế quản (NSPQ) là thủ thuật xâm lấn rất hữu ích trong việc lấy dịch rửa phế quản và đánh giá tổn thương đường dẫn khí, đặc biệt trong trường hợp bệnh nhân không có đờm hoặc khạc đờm kém và tổn thương nhỏ, khu trú [6, 7].

Hệ thống xét nghiệm Gene Xpert MTB/RIF xuất hiện từ năm 2009 và đã được WHO khuyến

cáo sử dụng trong việc chẩn đoán ban đầu ở những trường hợp nghi ngờ lao phổi ở người lớn vì những ưu điểm về độ nhạy và độ đặc hiệu trong xác định vi khuẩn lao và kháng RIF (RMP - Rifampicin). Ở Việt Nam, năm 2019 chương trình chống lao quốc gia (CTCLQG) bắt đầu sử dụng xét nghiệm Gene Xpert MTB/RIF cho tất cả trường hợp tổn thương phổi nghi lao [8 - 10].

Vậy câu hỏi đặt ra là sử dụng NSPQ để lấy dịch làm xét nghiệm Xpert MTB/RIF có giúp tăng khả năng tìm được bằng chứng về vi sinh học trong lao phổi AFB (-) hay không?. Để trả lời cho câu hỏi này chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu sau: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân nghi lao có AFB đờm âm tính, Xpert MTB/RIF đờm âm tính. (2) Khảo sát đặc điểm nội soi phế quản, giá trị xét nghiệm Xpert MTB/RIF dịch rửa phế quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả những bệnh nhân nghi ngờ lao phổi (triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh) được vào điều trị tại khoa Bệnh Phổi - Bv TW Huế, có xét nghiệm 2 mẫu AFB đờm âm tính, Xpert MTB/RIF đờm âm tính và có chỉ định nội soi phế quản. Đồng ý tham gia nghiên cứu tuổi ≥ 16 tuổi.

Bệnh nhân có triệu chứng nghi lao phổi trên lâm sàng và:

- Có tổn thương trên X-Quang phổi nghi lao.
- 2 mẫu đờm AFB (-) và Xpert MTB/RIF đờm (-).

Vai trò nội soi phế quản trong chẩn đoán lao phổi...

Tiến hành nội soi phế quản lấy dịch rửa phế quản làm xét nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân chống chỉ định nội soi phế quản: BN mắc các bệnh lý về rối loạn về đông máu, các bệnh tim mạch như suy tim nặng, đau thắt ngực, nhịp tim không ổn định, vừa bị nhồi máu cơ tim. BN bị suy hô hấp nặng, hen suyễn, tràn khí màng phổi chưa dẫn lưu. BN không đồng ý nội soi phế quản. BN có kết quả nội soi nghi ngờ ác tính.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

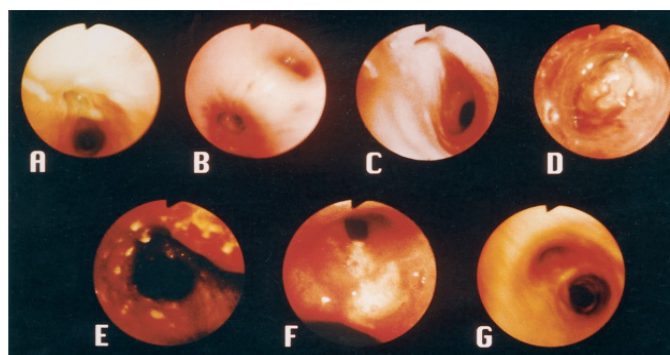
Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu

Xét nghiệm Gene Xpert được thực hiện trên máy Gene Xpert Cepheid (Mỹ) với cartridge Xpert MTB/RIF model GX IV-R2 đặt tại khoa Vi Sinh - BVTW Huế. Kết quả xét nghiệm được khẳng định nhanh chóng sau 2 giờ, Gene Xpert MTB/RIF phát hiện sự có mặt của vi khuẩn lao trong bệnh phẩm cũng như đột biến kháng RIF bằng cách sử dụng 3 môi đặc hiệu và 5 đầu dò (probes) phân tử riêng biệt để đảm bảo độ đặc hiệu cao.

Nội soi phế quản và kỹ thuật lấy dịch rửa phế quản: Kỹ thuật được thực hiện bằng cách bơm dung dịch huyết thanh mặn 0,9% vào phế quản cần rửa sau đó hút dịch ra qua một hệ thống ống soi và dây hút vô trùng, cho phép lấy được các tế bào bong ra trong lòng phế quản phế nang, kỹ thuật được áp dụng thường xuyên trong NSPQ ống mềm tìm nấm, Mycobacteria, vi khuẩn thông thường, virus. Chúng tôi thực hiện rửa với thể tích nhỏ (bơm vào 50 - 100 ml dịch) lấy dịch xét nghiệm vi sinh và tế bào.

Hình ảnh nội soi phế quản trong lao phổi: thông thường qua nội soi không thấy tổn thương đặc biệt trong lòng phế quản, ngoại trừ trường hợp có ho máu kèm theo hoặc tổn thương lao nội phế quản.

Ghi nhận trong NSPQ các hình ảnh hướng đến tổn thương do lao nội phế quản theo tác giả Chung và Lee (2000) bao gồm các hình ảnh sau: A, hoại tử bã đậu, giả mạc trắng; B, niêm mạc phù nề; C, xơ hóa Viêm xung huyết; D, dạng u nhú; E, hạt nhỏ rải rác; F, loét niêm mạc; G, viêm không đặc hiệu [9].



Hình 1: Các hình ảnh hướng đến tổn thương do lao nội phế trên NSPQ

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Kết quả nghiên cứu được xử lý số liệu bằng phần mềm MedCalc - version 20. Kết quả được trình bày dưới dạng trung bình, sử dụng Chi - square test để so sánh hai tỉ lệ và Kruskal - Wallis test để so sánh hai số trung bình. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Tuổi	Trung vị	
Chung	57 (21 - 74)	
Nam	57 (22 - 73)	P = 0,419243
Nữ	57,5 (21 - 74)	

Vai trò nội soi phế quản trong chẩn đoán lao phổi...

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (Tỷ lệ %) (n = 47)
Ho khạc đàm	34 (72,3%)
Ho ra máu	15 (31,9%)
Tức ngực	21 (44,7%)
Khó thở	23 (48,9%)
Mệt mỏi	33 (70,2%)
Sốt	18 (38,3%)
Sút cân	12 (25,5%)
Vã mồ hôi ban đêm	11 (23,4%)

Trung vị tuổi của 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn gia nghiên cứu là 57 (21 - 74), có sự tương đồng về tuổi ở cả hai nhóm nam và nữ. Hai triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ho khạc đàm và mệt mỏi chiếm tỷ lệ lần lượt là 72,3%, 70,2%, ho ra máu chỉ chiếm 31,9%. Tức ngực, khó thở và sốt cũng là những triệu chứng hay gặp chiếm tỉ lệ lần lượt là 44,7%, 48,9% và 38,8%. Triệu chứng sút cân ít gặp hơn 25,5% và vã mồ hôi ban đêm 23,4%.

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên NSPQ

Đặc điểm nội soi	Số lượng (Tỷ lệ %) (n = 47)	p
Tổn thương trên NSPQ		
Có	31 (66,0%)	0,0287
Không	16 (34,0%)	
Đặc điểm tổn thương		
Xơ sẹo hẹp	8 (25,8%)	0,3354
Xung huyết	20 (64,5%)	
Chảy máu	4 (12,9%)	
Giả mạc	2 (6,5%)	
Đàm	7 (22,6%)	
Tổ chức hoại tử	2(6,5%)	
Vị trí tổn thương		
Bên Phải	16 (51,6%)	0,0782
Bên Trái	6 (19,4%)	
Cả hai bên	9 (29,0%)	

Có 31 BN (66,0%) có tổn thương trên NSPQ, không có tổn thương là 16 BN (34,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0287$. Tổn thương hay gặp nhất là xung huyết chiếm 20 BN (64,5%). Xơ sẹo hẹp và đám gặp với tỷ lệ 8 (25,8%) và 7 (22,6%). Ít gặp chảy máu, giả mạc và tổ chức hoại tử với tỷ lệ chỉ 4 (12,9%), 2 (6,5%) cho mỗi loại. Vị trí tổn thương trên NSPQ gặp nhiều nhất theo thứ tự lần lượt bên phải 16 (51,6%), hai bên 9 (29,0%) và bên trái 6 (19,4%).

Bảng 3: Giá trị xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản

	Xpert MTB/RIF âm	Xpert MTB/RIF dương
Số lượng (Tỷ lệ %) (n = 47)	30 (63,8%)	17 (36,2%)

Tỷ lệ dương tính xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản là 36,2%.

Bảng 4: Xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản theo tổn thương trên NSPQ

Tổn thương trên NSPQ	Xpert MTB/RIF âm	Xpert MTB/RIF dương	Tổng	P
không	10 (21,3%)	6 (12,8%)	16 (34,0%)	0,8927
có	20 (42,6%)	11 (23,4%)	31 (66,0%)	
Tổng	30 (63,8%)	17 (36,2%)	n = 47	

Trong 31 bệnh nhân có tổn thương trên NSPQ thì có 11 (23,4%) Bn có xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương. Trong 16 bệnh nhân không có tổn thương trên NSPQ thì chỉ có 6 BN (12,8%) có xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong 61 bệnh nhân chúng tôi sàng lọc và đưa vào nghiên cứu có 47 bệnh nhân trung vị tuổi là 57 (21 - 74), có sự tương đồng về tuổi ở cả hai nhóm nam và nữ. Điều này cũng phù hợp với báo cáo của WHO cho thấy bệnh lao hay gặp nhất ở lứa tuổi 15 - 64, chiếm tới 82% [1].

Hai triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ho khạc đàm và mệt mỏi chiếm tỷ lệ lần lượt là 72,3%, 70,2%, ho ra máu chỉ chiếm 31,9%. Tức ngực, khó thở và sốt cũng là những triệu chứng hay gặp chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,7%, 48,9% và 38,8%. Triệu chứng sút cân và vã mồ hôi ban đêm ít gặp hơn chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,5%, 23,4%. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận từ nghiên cứu của Phan Thu Phương và Mai Thanh Tú trên 98 BN nghi lao phổi được xét nghiệm Gene Xpert trong dịch rửa phế quản tại Trung Tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai có kết quả tuổi trung bình là $52,56 \pm 18,53$. Triệu chứng sốt là 53,1%, mệt mỏi 36,7%, ho có đàm 51%, ho khan và đau ngực 37,8% [8].

4.2. Đặc điểm nội soi

Đặc điểm hình ảnh trên NSPQ của 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn gia nghiên cứu có 31 trường hợp (66,0%) có tổn thương trên NSPQ, không có tổn thương là 16 BN (34,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0287$. Đặc điểm tổn thương hay gặp nhất là xung huyết 20 BN (64,5%). Xơ sẹo hẹp và đàm gập với tỷ lệ 8 (25,8%) và 7 (22,6%). Ít gặp chảy máu, giả mạc và tổ chức hoại tử với tỷ lệ chỉ

4 (12,9), 2 (6,5%) cho mỗi loại. Điều đó cho thấy trong lao phổi có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có tổn thương lao nội phế quản kèm theo và việc tìm thấy bằng chứng lao nội phế quản kèm với tổn thương ở nhu mô phổi có thể giúp khẳng định chẩn đoán lao phổi.

Các đặc điểm tổn thương lao nội phế quản được phân loại thành 7 loại: Hoại tử tiến triển, phù nề-tăng tiết, xơ hóa, khối u, dạng hạt, loét và viêm phế quản không đặc hiệu. Tỷ lệ lao nội phế quản trong lao phổi thay đổi nhiều theo từng tác giả, theo tác giả Chung và Lee (2000) tỉ lệ này là 5,88%. Nghiên cứu của Chung và Lee trong số 81 BN mắc lao nội phế quản thì hình ảnh tổn thương trên NSPQ có 22 trong 34 BN hoại tử tiến triển đã chuyển thành xơ hóa sau quá trình điều trị, 7 trong số 11 BN trường hợp phù nề xung huyết chuyển thành xơ sẹo, 9 trong số 11 trường hợp có dạng u hạt, 6 trường hợp viêm không đặc hiệu và 2 trường hợp loét hồi phục hoàn toàn. Tuy nhiên, có hai trường hợp lao nội phế quản dạng hạt khác đã thay đổi thành xơ hóa, 7 trường hợp xơ hóa không cải thiện mặc dù điều trị chống lao. Những thay đổi khác nhau trong kết quả nội soi xảy ra trong vòng 3 tháng sau điều trị. Ngoài ra, các vết thương mới xuất hiện ở 2 trường hợp và kích thước của tổn thương ban đầu tăng lên trong 2 trường hợp khác, thậm chí sau 6 tháng điều trị [9].

Một nghiên cứu mới nhất tại Malaysia công bố năm 2022 của Nurul Yaqeen Mohd Esa, Siti Kamariah Othman về đặc điểm hình ảnh NSPQ ở bệnh nhân lao nội phế quản có 9/17 BN (53,0%)

hoại tử, 3/17 (17,7%) trường hợp phù nề xung huyết, 4/17 (23,6%) trường hợp có dạng u hạt, 1/17 (5,8%) trường hợp loét [11].

Vị trí tổn thương trên NSPQ trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất theo thứ tự lần lượt bên phải là 16 (51,6%), hai bên 9 (29,0%) và bên trái 6 (19,4%). Trong nhiều nghiên cứu về hình ảnh nội soi phế quản cũng ghi nhận vị trí tổn thương phổi phải gặp nhiều hơn bên trái. Theo Lee JH và cộng sự mô tả rằng thùy trên bên phải và phế quản chính bên phải nằm trong số những vị trí được chẩn đoán lao nội phế quản phổ biến nhất thông qua NSPQ [12]. Nghiên cứu của Nurul Yaqeen Mohd Esa, Siti Kamariah Othman (2022) tổn thương lao nội phế quản trên nội soi phổ biến là ở bên phải 13/17 Bn, trong khi phổi trái chỉ 4/17 Bn [11].

4.3. Xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản

Mặc dù soi đờm tìm vi khuẩn lao là công cụ đơn giản và phổ biến nhất được áp dụng trên toàn cầu để chẩn đoán các trường hợp lao phổi và đã được khuyến cáo kể từ lần đầu tiên bệnh lao trở thành chiến lược toàn cầu của WHO, tuy nhiên, độ nhạy của nó có thể kém và bị ảnh hưởng bởi phương pháp xử lý mẫu và kỹ thuật, hơn nữa việc thu thập các mẫu từ đường hô hấp dưới bị hạn chế. Đáng chú ý, hơn một phần ba số bệnh nhân lao phổi không thể có đủ đờm để xét nghiệm hay là đờm âm tính. Do đó nội soi phế quản có rửa phế quản, rửa phế quản phế nang và sinh thiết đóng một vai trò quan trọng trong việc lấy mẫu [2].

Tỷ lệ dương tính xét nghiệm Xpert MTB/RIF dịch rửa phế quản trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,2%. Trong 31 bệnh nhân có tổn thương trên NSPQ thì có 11 (23,4%) BN có xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương. Trong 16 BN không có tổn thương trên NSPQ thì chỉ có 6 (12,8%) BN có xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương. Điều này phù hợp trong trường hợp lao phổi AFB (-) nên tải lượng vi khuẩn thường ở mức độ thấp. Trong nghiên cứu của Gowda (2018) cho tỉ lệ Xpert MTB/RIF (+) gần tương tự là 41,6% [13].

Kết quả nghiên cứu của Satyaprakash Sanjeevaiah ở Ấn Độ trong số 180 bệnh nhân, 106 (58,88%) Bn có kết quả AFB dương tính trên dịch rửa phế quản. Cây lao xác nhận chẩn đoán của lao phổi 120 trường hợp (66,66%). Mô bệnh học thấy u

hạt bã đậu ở 38 (42,22) trường hợp, không đặc hiệu viêm trong 40 trường hợp (44,44%) và ác tính trong 12 trường hợp (13,33%) trong số 90 trường hợp đã được sinh thiết. không có các biến chứng sau thủ thuật. Kết luận nghiên cứu chỉ ra NSPQ là phương tiện hữu hiệu trong chẩn đoán lao phổi ở bệnh nhân lao phổi có AFB đàm âm tính. Nó cũng hữu ích trong việc chẩn đoán phân biệt các bệnh cảnh lâm sàng dễ nhầm lẫn với bệnh lao phổi [5].

Theo Lee H.Y và cộng sự (2013) tiến hành nghiên cứu độ chính xác của Xpert MTB/RIF trong dịch phế quản ở bệnh nhân nghi lao phổi cho kết quả độ nhạy của Xpert MTB/RIF so với nuôi cấy trong chẩn đoán lao là 81,6%, độ đặc hiệu 100% [14]. Le Palud và cộng sự (2014) nghiên cứu 175 bệnh nhân nghi ngờ lao được tiến hành nội soi phế quản lấy dịch rửa hoặc sinh thiết cho thấy Xpert MTB/RIF và nuôi cấy có độ nhạy gần tương đương (60% so với 66,7%) [15].

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Phan Thu Phương và Mai Thanh Tú (2014) ở những trường hợp bệnh nhân lao phổi có xét nghiệm nuôi cấy (+), Xpert MTB/RIF có độ nhạy lên đến 92,1% cộng với độ đặc hiệu là 85,1%. Tỷ lệ dương tính xét nghiệm Xpert MTB/RIF dịch rửa phế quản 24/98 (24,5%) [8].

Từ những nghiên cứu trên cho thấy, Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản có giá trị cao trong việc phát hiện và chẩn đoán lao phổi nhờ độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao.

V. KẾT LUẬN

Nội soi phế quản là một công cụ hữu ích trong chẩn đoán lao phổi thông qua hình ảnh tổn thương giúp củng cố chẩn đoán và đặc biệt lấy dịch xét nghiệm ở trong những đường thở nhỏ. Tỷ lệ dương tính xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong dịch rửa phế quản là 36,2%, điều đó cho thấy Xpert MTB/RIF dịch rửa phế quản có giá trị cao trong việc phát hiện và chẩn đoán những trường hợp nghi lao phổi khó về lâm sàng và khó lấy mẫu đàm xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World health Organization. Global Tuberculosis Report. 2022.
2. Bộ Y tế. Chương trình Chống lao Quốc gia, Đường lối Chương trình Chống lao Quốc gia Việt Nam. Hướng dẫn quản lý bệnh lao. 2020, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế, Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao Số: 1314/QĐ-BYT. 2020.

Vai trò nội soi phế quản trong chẩn đoán lao phổi...

4. Trần Hùng. Lao phổi. Bài giảng Bệnh học lao. 2019: Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Sanjeevaiah S, Haranal MY, Buggi S. Role of flexible bronchoscopy in patients with sputum - negative pulmonary tuberculosis. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;34(3):365-369.
6. Lê Hoàn. Nhận xét kết quả của xét nghiệm gene Xpert MTB/RIF dương trong chẩn đoán lao phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu y học.* 2021;147(11):23-29.
7. Du Rand IA, Blaikley J, Booton R, Chaudhuri N, Gupta V, Khalid S, et al. British Thoracic Society guideline for diagnostic flexible bronchoscopy in adults: accredited by NICE. *Thorax.* 2013;68 Suppl 1:i1-i44.
8. Phan Thu Phương, Mai Thanh Tú. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả GeneXpert trong dịch rửa phế quản phế nang của bệnh nhân nghi lao phổi, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2015;2172-178.
9. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest.* 2000; 117(2):385-92.
10. World health Organization, Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test, Switzerland. 2011.
11. Mohd Esa NY, Othman SK, Mohd Zim MA, Tengku Ismail TS, Ismail AI. Bronchoscopic Features and Morphology of Endobronchial Tuberculosis: A Malaysian Tertiary Hospital Experience. *J Clin Med.* 2022;11(3).
12. 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):990-4.
13. Gowda NC, Ray A, Soneja M, Khanna A, Sinha S. Evaluation of Xpert ((R)) Mycobacterium tuberculosis/ rifampin in sputum - smear negative and sputum - scarce patients with pulmonary tuberculosis using bronchoalveolar lavage fluid. *Lung India.* 2018;35(4):295-300.
14. Lee HY, Seong MW, Park SS, Hwang SS, Lee J, Park YS, et al. Diagnostic accuracy of Xpert(R) MTB/RIF on bronchoscopy specimens in patients with suspected pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013; 17(7):917-21.
15. Le Palud P, Cattoir V, Malbrun B, Magnier R, Campbell K, Oulkhouir Y, et al. Retrospective observational study of diagnostic accuracy of the Xpert (R) MTB/RIF assay on fiberoptic bronchoscopy sampling for early diagnosis of smear - negative or sputum - scarce patients with suspected tuberculosis. *BMC Pulm Med.* 2014;14137.