HỘI HÔ HẤP
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

Ca lâm sàng Nhiễm Aspergillus phế quản phổi dị ứng

Bs CKI NGUYỄN DŨNG
KHOA HÔ HẤP
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026

HRS 2026

NỘI DUNG CHÍNH

1. CA LÂM SÀNG
2. CHẨN ĐOÁN
3. THÔNG ĐIỆP

CA LÂM SÀNG

Nội dung

- BN nam, 59 tuổi, NV vì ho đàm
- Địa chỉ: Long An
- Tiền căn:
  - Viêm phổi 1 lần cách đây 2 năm điều trị tại Bv Phạm Ngọc Thạch
  - Lao phổi cách 10 năm
  - Hút thuốc lá pack-years 30, đã ngưng hút 20 năm

Bệnh sử

2 tuần

- Ho đàm trắng đục → vàng
- Đàm tăng lượng, ho đàm có lẫn ít máu
- Khò khè sau ho
- Khó thở khi gắng sức

Bn đi khám PK Phổi (Bv ĐHYD) được chẩn đoán : Đợt cấp dãn phế quản – Lao phổi cũ

Xử trí: Xn đàm AFB, cấy vi trùng/ đàm

Toa : Amox/clav + Clari, long đàm (2 tuần và tái khám sau 2 tuần)

3 ngày

- Đàm không thay đổi
- Khó thở không đổi
- Sốt (38 – 38,5 độ C)

Xử trí:

Bn tiếp tục uống toa thuốc BV ĐHYD + hạ sốt paracetamol

Nhập viện

- Đàm vàng nhiều,
- Sốt (thỉnh thoảng)
- Khò khè, khó thở
- SH: TST 91 l/ph, NT 25 l/ph, NĐ 37 độ C, HA 109/77 mmHg, SpO2 92% với khí trời

-Tỉnh, tiếp xúc được

-Gầy suy kiệt BMI 16

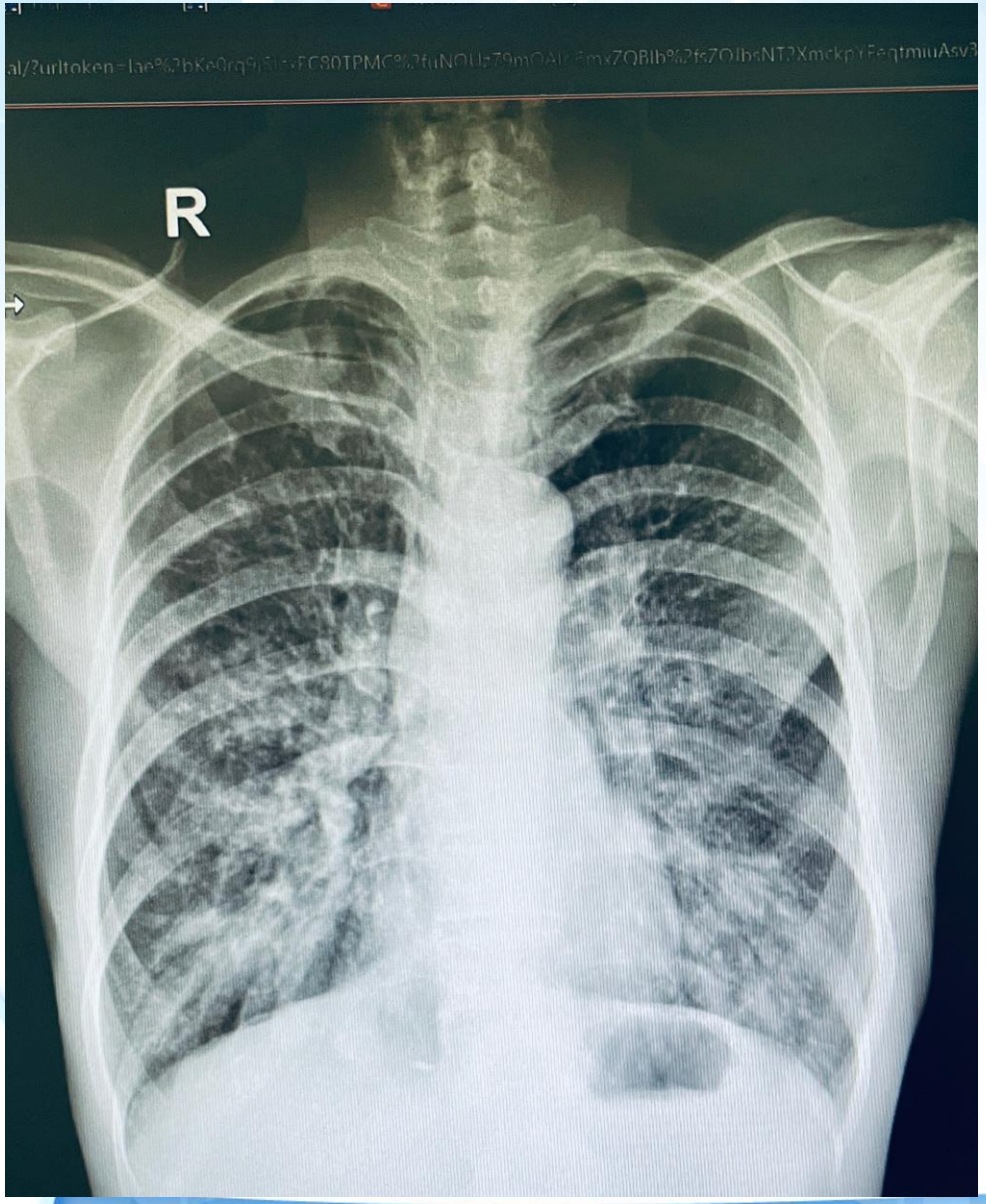
-Thở co kéo cơ hô hấp phụ nhẹ

-Phổi ran nổ 2 bên, nhiều bên phổi phải , ran ngáy

-Bụng mềm, ấn không đau

HRS 2026

CLS lúc nhập viện



XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
WBC (G/L) **Neu/Lym/Eso** (%)	9,9 55,8/30/3,3	**Ure** (mg/dl) **Creatinine** (mg/dl)	25,77 0,74
RBC (T/L) **Hb** (g/L) **Hct** (%)	4,26 130 39	**Natri** **Kali** (mmol/l) **Calci TP**	138 4,55 2,18
PLT (G/L)	391	**AST** (U/L) **ALT** (U/L)	27 18
CRP (mg/l) Pro-calcitonin (ng/ml)	14.7 0,05	**FiO2** **pH/PaCO2/PaO2/HCO3- P/F**	21% 7,424/36,1/89/23,2-423
Troponin Ths(ng/L) **NT- ProBNP**(pg/mL)	5.27 54		
Panel cúm & COVID19	Âm tính	**Cấy đàm định lượng 28/02** **AFB đàm**	E.Coli Âm tính
SA bụng	Bình thường	**Điện tim**	Bình thường

HRS 2026

Cận lâm sàng

- Kết quả cấy đàm 28/02: E.coli 10^5

  Nhạy: Carbapenem nhóm I, II: Ertapenem, Imipenem và Meropenem

  Kháng: Ciprofloxacin, Levofloxacin, CP3, CP4

  Proteus mirabilis 10^5

  Nhạy: CP3, CP4 và Carbapenem nhóm I, II: Ertapenem, Imipenem và Meropenem

  Kháng: Ciprofloxacin, Levofloxacin
- XQ ngực: Tổn thương xơ kèm thâm nhiễm rải rác hai phổi – Giãn phế quản 2 phổi

HRS 2026

Chẩn đoán lúc nhập viện

- Đợt cấp dãn phế quản do E.coli đa kháng – Lao phổi cũ

Xử trí: - Imipenem/ Cilastatin; Azithromycin
- Long đàm; thuốc giãn phế quản SABA/SAMA

HRS 2026

Kết quả vi sinh

Kết quả định danh:

Tên Vi Khuẩn: **Escherichia coli ESBL:(+),AmpC:(-)**

Phương pháp định danh: Hệ thống tự động

Số Lượng Vi Khuẩn: 10^5 CFU/ml

Kết quả kháng sinh đồ:

Nhóm KS	Tên Kháng Sinh	Kết quả	MIC (µg/ml)	ĐKVVK (mm)	Phương pháp
A	Amikacin	I		18	Đĩa giấy
B	Cefepime	R		18	Đĩa giấy
B	Ceftriaxone	R		8	Đĩa giấy
B	Ertapenem	**S**		30	Đĩa giấy
B	Imipenem	**S**		26	Đĩa giấy
B	Trimethoprim/Sulfamethoxazole	R		6	Đĩa giấy
B	Ciprofloxacin	R		8	Đĩa giấy
B	Levofloxacin	R		10	Đĩa giấy
B	Ampicillin/Sulbactam	**S**		15	Đĩa giấy
B	Meropenem	**S**		30	Đĩa giấy
B	Piperacillin/Tazobactam	**S**		26	Đĩa giấy
B	Cefotaxime	R		8	Đĩa giấy
C	Ceftazidime	R		15	Đĩa giấy

* Chú thích: R - Kháng, S - Nhạy, I - Trung gian, SDD - Nhạy phụ thuộc liều

Kết quả định danh:

Tên Vi Khuẩn: **Proteus mirabilis ESBL:(-),AmpC:(-)**

Phương pháp định danh: Hệ thống tự động

Số Lượng Vi Khuẩn: 10^5 CFU/ml

Kết quả kháng sinh đồ:

Nhóm KS	Tên Kháng Sinh	Kết quả	MIC (µg/ml)	ĐKVVK (mm)	Phương pháp
A	Amikacin	I		17	Đĩa giấy
B	Cefepime	**S**		30	Đĩa giấy
B	Ceftriaxone	**S**		30	Đĩa giấy
B	Ertapenem	**S**		30	Đĩa giấy
B	Trimethoprim/Sulfamethoxazole	**S**		27	Đĩa giấy
B	Cefoxitin	**S**		23	Đĩa giấy
B	Ciprofloxacin	R		17	Đĩa giấy
B	Levofloxacin	R		15	Đĩa giấy

ọ và tên : [redacted] h : 1966 Giới Tính : NAM

ịa chỉ :

gày nhập viện : Số nhập viện : ... Số biên nhận : DH250228-2844 Số điện thoại : 0707211169

ơi gửi : PHỔI

ác sĩ chỉ định : Phan Quang Hiếu

B	Ampicillin/Sulbactam	**S**		20	Đĩa giấy
B	Meropenem	**S**		28	Đĩa giấy
B	Piperacillin/Tazobactam	**S**		28	Đĩa giấy
B	Cefotaxime	**S**		30	Đĩa giấy
C	Ceftazidime	**S**		25	Đĩa giấy

* Chú thích: R - Kháng, S - Nhạy, I - Trung gian, SDD - Nhạy phụ thuộc liều

Kết quả định danh:

Tên Vi Khuẩn: **Pseudomonas aeruginosa,AmpC:(-)**

Phương pháp định danh: Hệ thống tự động

Số Lượng Vi Khuẩn: 10^4 CFU/ml

Kết quả kháng sinh đồ:

Nhóm KS	Tên Kháng Sinh	Kết quả	MIC (µg/ml)	ĐKVVK (mm)	Phương pháp
	Ceftolozane/Tazobactam	**S**		36	Đĩa giấy
A	Ceftazidime	**S**		36	Đĩa giấy
A	Piperacillin/Tazobactam	**S**		36	Đĩa giấy
B	Cefepime	**S**		34	Đĩa giấy
B	Imipenem	**S**		20	Đĩa giấy
B	Ceftazidime/Avibactam	**S**		38	Đĩa giấy
B	Ciprofloxacin	**S**		30	Đĩa giấy
B	Levofloxacin	**S**		28	Đĩa giấy
B	Meropenem	**S**		32	Đĩa giấy
U	Amikacin	R		13	Đĩa giấy

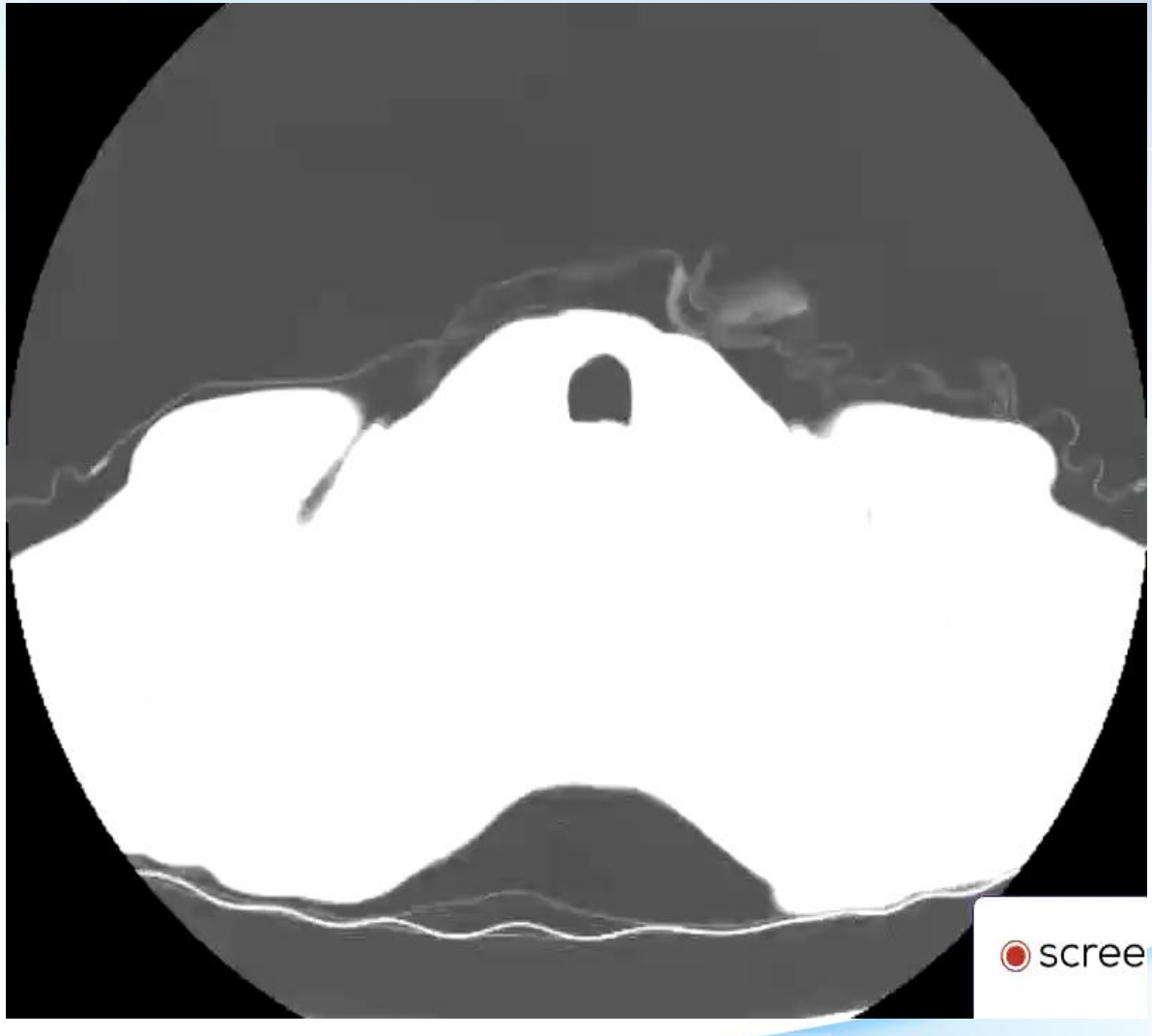
* Chú thích: R - Kháng, S - Nhạy, I - Trung gian, SDD - Nhạy phụ thuộc liều

hi chú: Có nấm hạt men.

HRS 2026

CT ngực

- CT ngực :- Tổn thương mô kẽ dạng nốt, lưới, đông đặc rải rác 2 phổi
- Dãn phế quản dạng ống lan tỏa 2 phổi. Dày thành kèm ứ dịch lòng các nhánh phế quản, nhiều thùy dưới 2 bên
- Xơ vôi rải rác 2 phổi, khí phế thũng đỉnh phổi phải
- Vài hạch trung thất



HRS 2026

THỜI GIAN	LÂM SÀNG	CẬN LÂM SÀNG	CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ
N1-8	- TST: 80(↓), NT: 20(↓), HA 106/70mmHg NĐ: 36,7 SpO2: 92%(khí trời) - Cơ năng Ho đàm vàng, giảm lượng Giảm khò khè, khó thở - Thực thể Tỉnh, không sốt, tiếp xúc tốt Thở êm hơn không co kéo Phổi ran nổ 2 bên	BC: 9.9-> 7.52-> 8.01 N: 5.5-> 3.99-> 3.99 L 3.0->2.4-> 2.92 E 0.33-> 0.421-> 0.434 HC: 4.26-> 3.80-> 4.11 TC: 391-> 363-> 3.85 IgE máu: 893 IU/ ml (< 158) Cấy đàm: Pseudomonas aeruginosa 10^4 nhạy CP3 (ceftazidim),CP4 (cefepim), carbapenem nhóm II, Levofloxacin Realtime PCR đàm: E.coli 10^8, S.aureus 10^4, P.aeruginosa 10^7, S.maltophilia 10^5, Proteus mirabilis 10^6 Thực hiện test lẩy da với Aspergillus Fumigatus: Kết quả : dương tính với nấm Aspergillus Fumigatus: 5 mm CT ngực :	Chẩn đoán: Đợt cấp dãn phế quản do đa tác nhân E.coli, S.aureus, P.aeruginosa, S.maltophilia, Proteus mirabilis – Allergic bronchopulmonary Aspergillus – Lao phổi cũ Điều trị: Meropenem, Linezolid, Methylprednisolon, Voriconazol

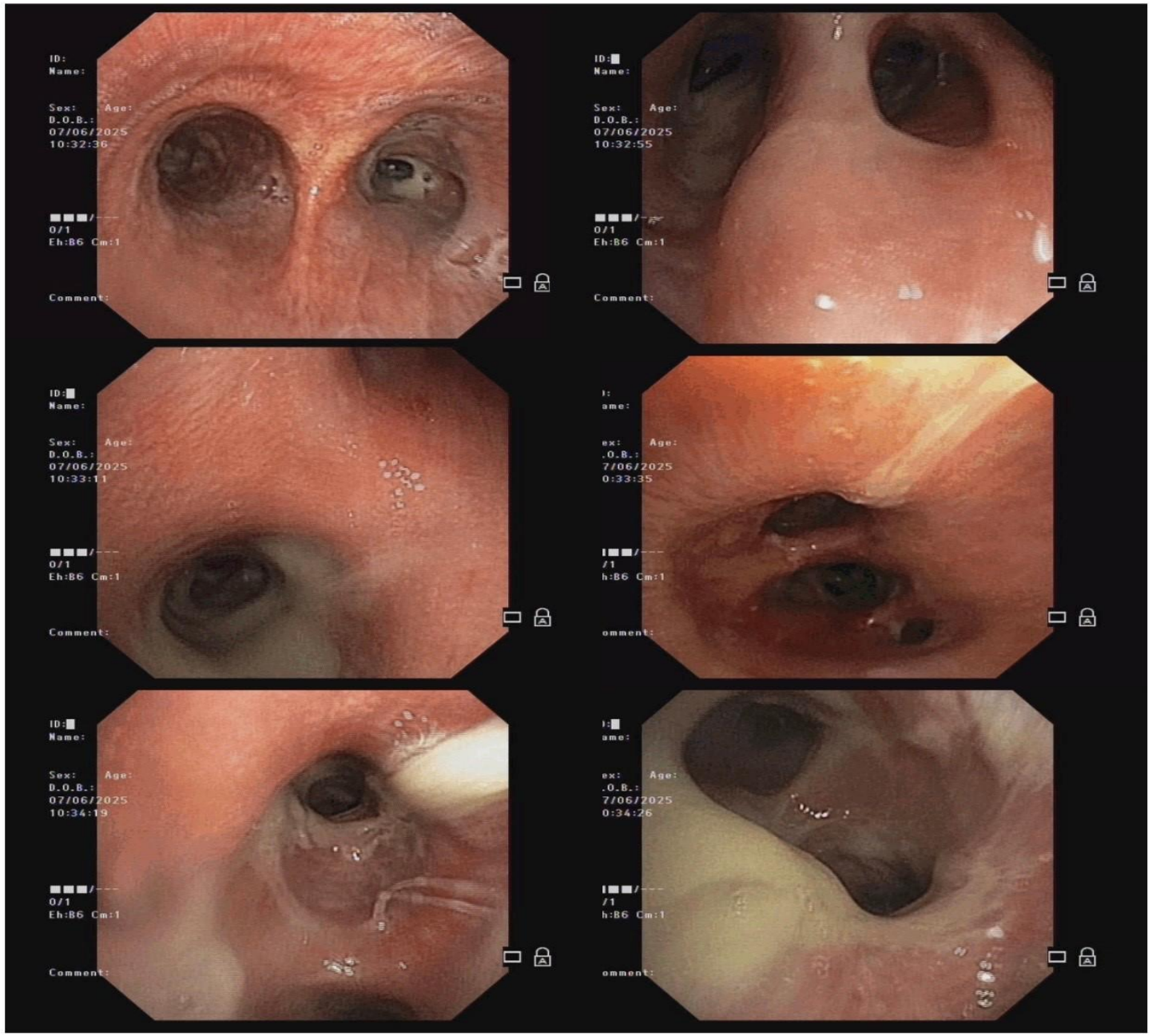
HRS 2026

Cận lâm sàng

- Thực hiện test lẩy da với Aspergillus Fumigatus:

  Kết quả : dương tính với nấm Aspergillus Fumigatus: 5 mm
- Nội soi phế quản: có nhiều đàm trắng đặc khắp các nhánh phế quản hai bên

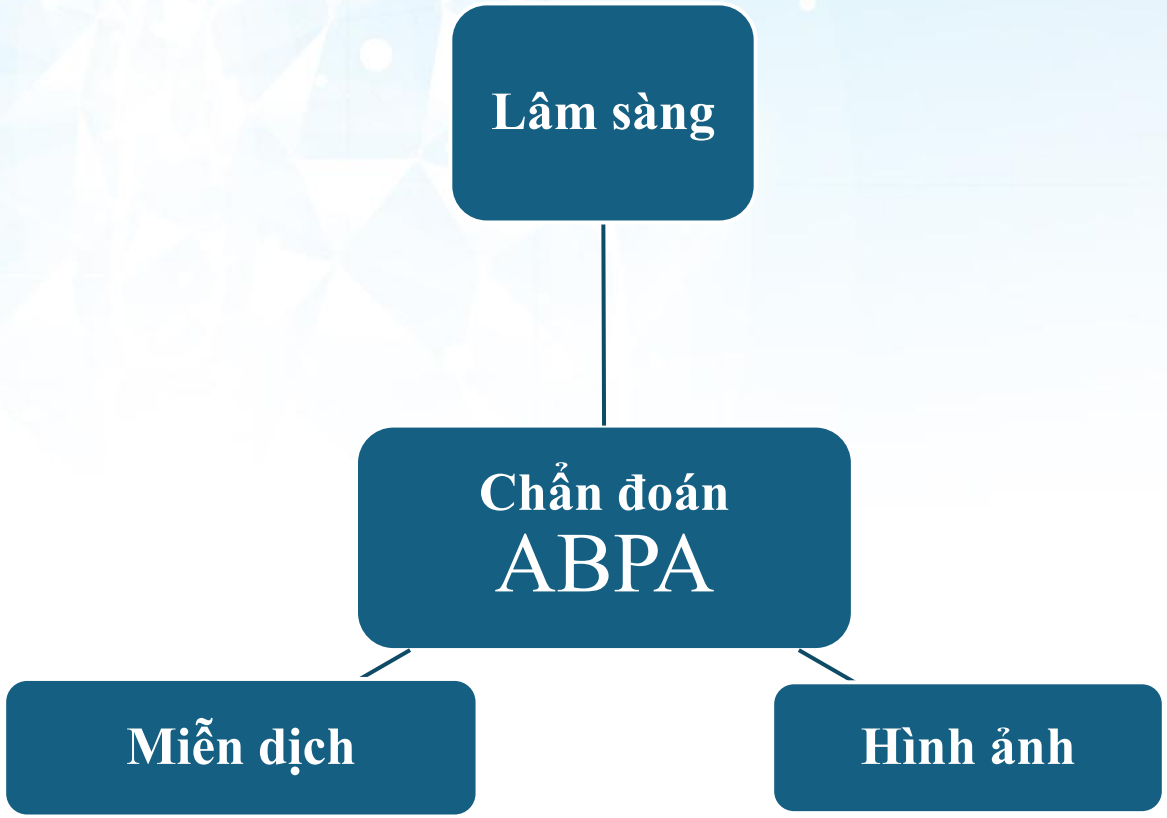
HRS 2026


ID:
Name:
Sex: Age:
D.O.B.:
07/06/2025
10:32:36
0/1
Eh:B6 Cm:1
Comment:
ID:
Name:
Sex: Age:
D.O.B.:
07/06/2025
10:32:55
0/1
Eh:B6 Cm:1
Comment:
ID:
Name:
Sex: Age:
D.O.B.:
07/06/2025
10:33:11
0/1
Eh:B6 Cm:1
Comment:
ame:
ex: Age:
.O.B.:
7/06/2025
0:33:35
/1
h:B6 Cm:1
omment:
ID:
Name:
Sex: Age:
D.O.B.:
07/06/2025
10:34:19
0/1
Eh:B6 Cm:1
Comment:
ame:
ex: Age:
.O.B.:
7/06/2025
0:34:26
/1
h:B6 Cm:1
omment:

Chẩn đoán

- Đợt cấp dãn phế quản do đa tác nhân E.coli, S.aureus, P.aeruginosa, S.maltophilia, Proteus mirabilis – Allergic bronchopulmonary Aspergillus – Lao phổi cũ

HRS 2026



HRS 2026

Định nghĩa

- ABPA = phản ứng **quá mẫn** với *Aspergillus fumigatus*
  thường gặp ở bệnh nhân có bệnh nền:
  - Hen phế quản
  - Giãn phế quản
  - Gặp trên BN Xơ nang
  dẫn đến
  - Viêm đường thở
  - Nút nhầy
  - Giãn phế quản trung tâm
  Lâm sàng nghĩ đến ABPA : Hen phế quản : kiểm soát kém, tái phát nhiều cơn hen cấp, không đáp ứng điều trị chuẩn
  Hoặc Bn có triệu chứng gợi ý: ho, khò khè, khạc đờm nhầy, sốt nhẹ, mệt

Cơ chế bệnh sinh

- *Phản ứng quá mẫn với Aspergillus*
  - IgE (type I)
  - IgG (type III)
- → Viêm mạn đường thở + tăng tiết nhầy
- → Tắc nghẽn + giãn phế quản

HRS 2026

Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA

Phân loại ABPA:

- ABPA-S: chưa có giãn phế quản
- ABPA-B: có giãn phế quản
- ABPA-HAM: nhầy tăng tỉ trọng
- ABPA-CPF: xơ hóa phổi mạn (bao gồm tổn thương xơ hóa khoang, xơ phổi, dày màng phổi)

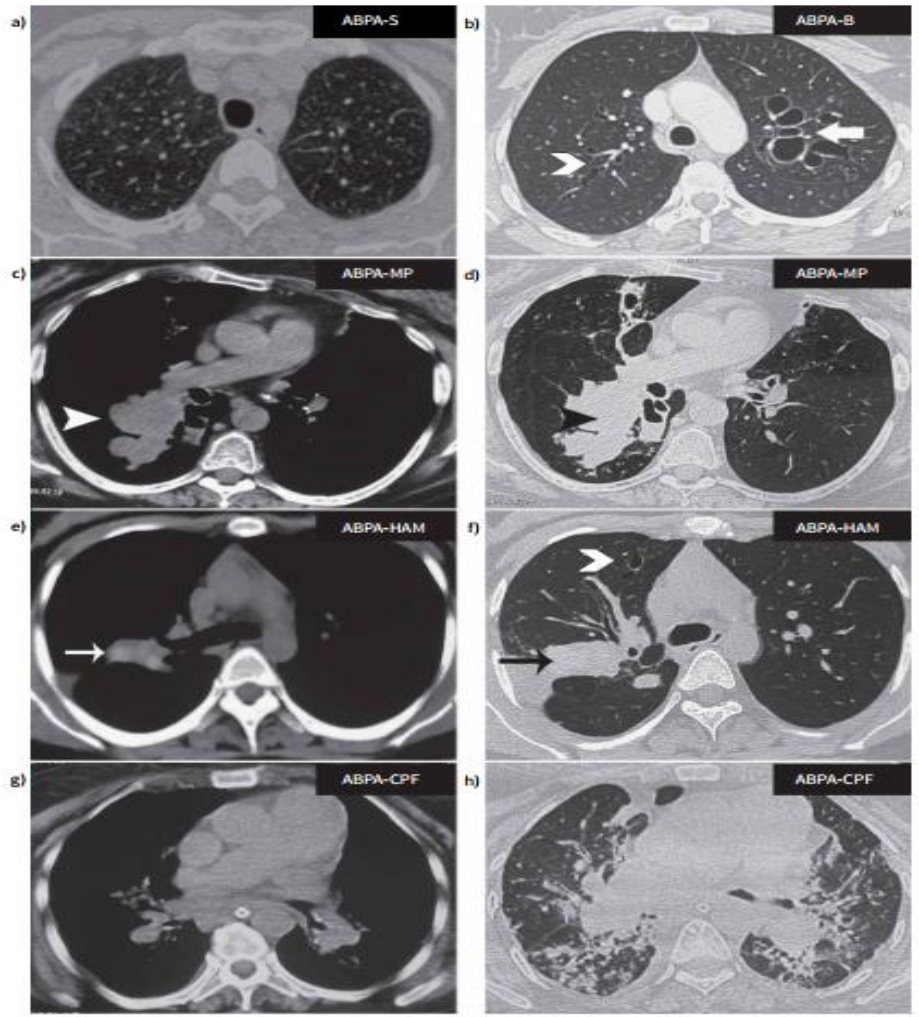


FIGURE 4 Computed tomography showing various radiological categories in allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA). The scans are from different patients with ABPA. Lung windows for patients with a) serological ABPA (ABPA-S) and b) ABPA with bronchiectasis (ABPA-B). Both lung and mediastinal windows for patients with c, d) ABPA and mucus plugging (ABPA-MP), e, f) ABPA with high-attenuation mucus (ABPA-HAM) and g, h) ABPA with chronic pleuropulmonary fibrosis (ABPA-CPF). Chevron arrows: cylindrical bronchiectasis; bold arrow: cystic bronchiectasis; arrowheads: mucus plugs; thin arrows: high-attenuation mucus plugs (the attenuation of mucus plugs should be observed in the mediastinal windows).

HRS 2026

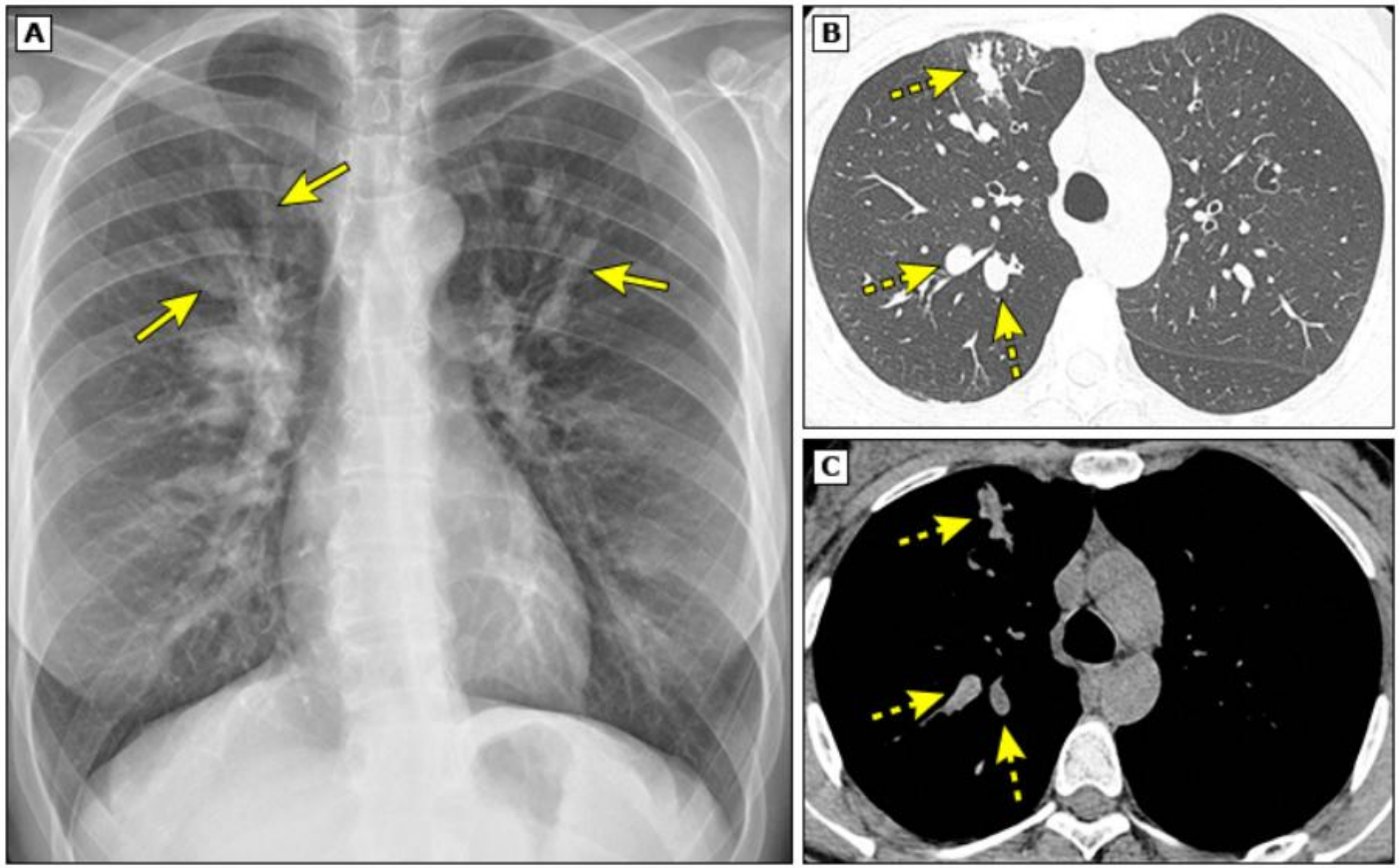
Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA

Mở trong tab mới

Hình ảnh HRCT theo trục (cửa sổ phổi) cho thấy các loại giãn phế quản khác nhau ở ba bệnh nhân mắc ABPA: các khoang giãn phế quản hình trụ (mũi tên mỏng) với kích thước khác nhau và hình dạng đặc trưng giống nhẫn (mũi tên dày) (A), giãn phế quản dạng tĩnh mạch (mũi tên trong B), và giãn phế quản dạng nang.

HRS 2026

Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA



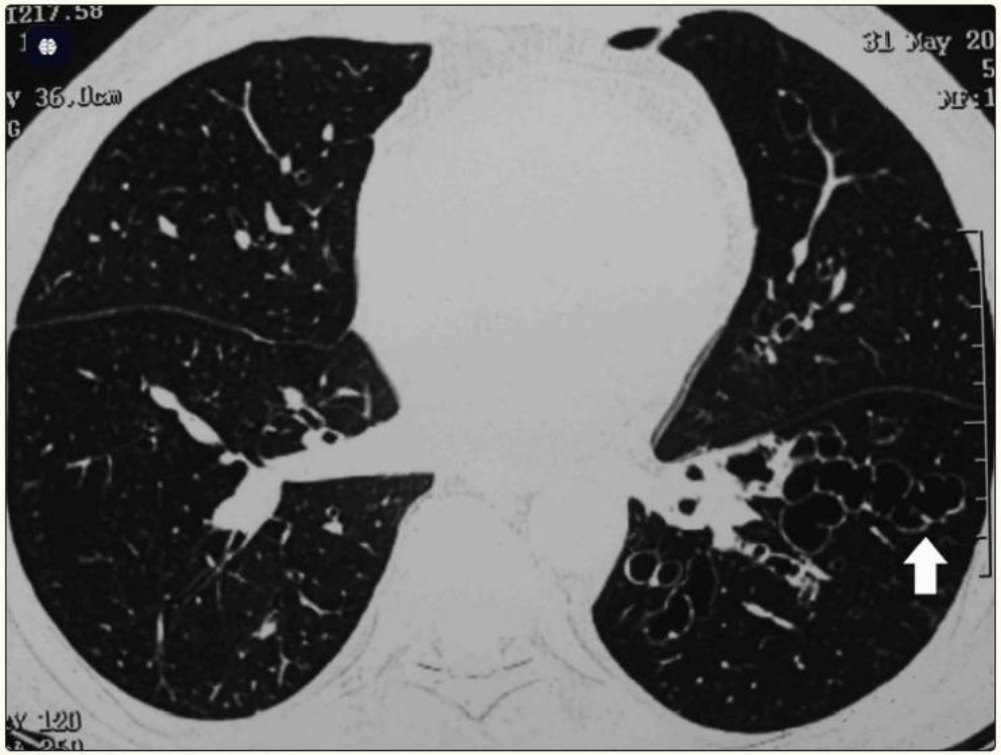
Hình ảnh chụp X-quang ngực của bệnh nhân mắc bệnh nấm phổi dị ứng (A) cho thấy các đám mờ dạng ống và phân nhánh chiếm ưu thế ở thùy trên hai bên (mũi tên). Chụp CT độ phân giải cao ở cửa sổ phổi (B) và cửa sổ mô mềm (C) cho thấy sự tắc nghẽn chất nhầy bên trong các phế quản giãn rộng ở trung tâm và ngoại vi thùy trên (mũi tên nét đứt).

HRS 2026

Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA

Mở trong tab mới

Hình ảnh HRCT theo mặt cắt ngang (cửa sổ phổi) cho thấy biểu hiện điển hình của giãn phế quản trung tâm (mũi tên), trong khi vùng ngoại vi không bị ảnh hưởng.

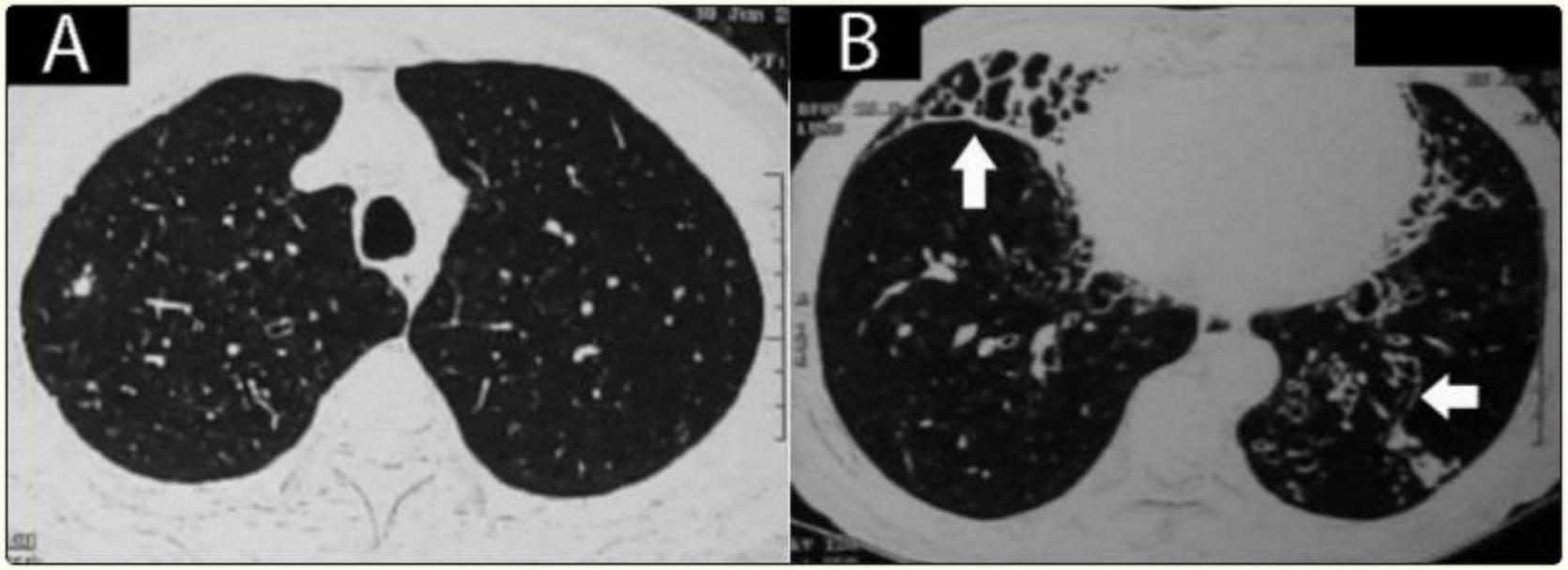


Mở trong tab mới

Hình ảnh HRCT mặt cắt ngang (cửa sổ phổi) cho thấy giãn phế quản (mũi tên) lan rộng đến tận ngoại vi.

HRS 2026

Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA

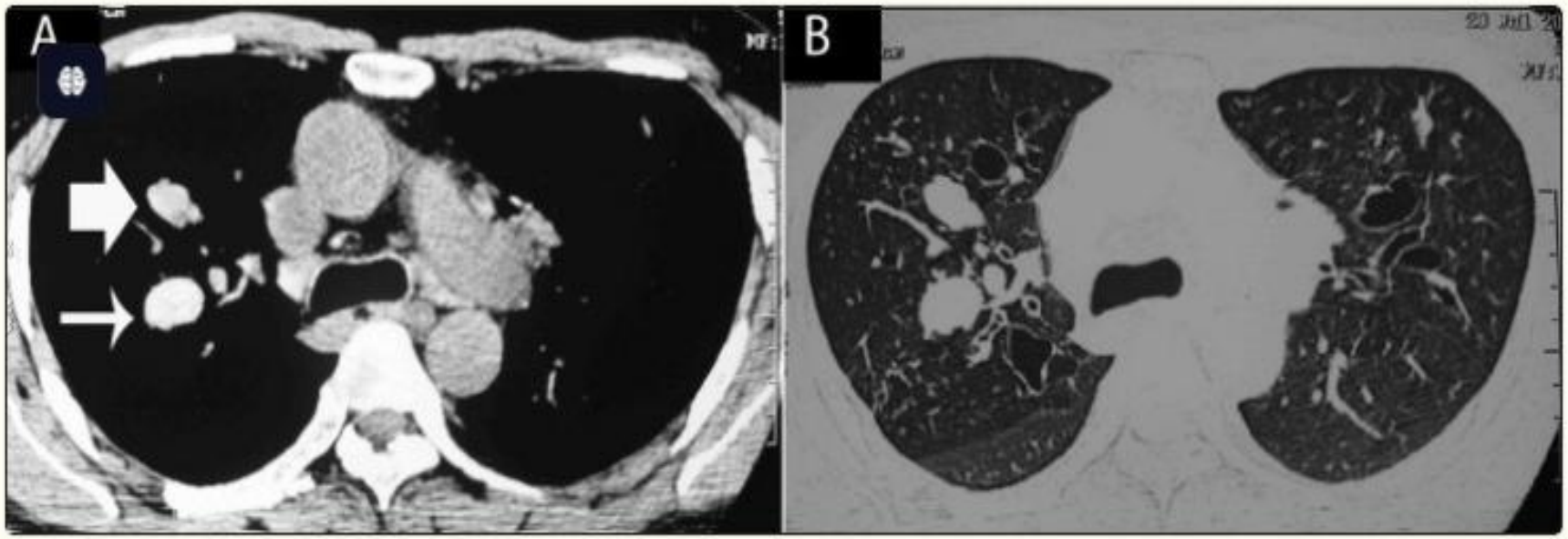


Mở trong tab mới

Hình ảnh HRCT cắt ngang (cửa sổ phổi) qua thùy trên (A) và thùy dưới (B) cho thấy sự ảnh hưởng chủ yếu của giãn phế quản ở vùng dưới (mũi tên) trong một trường hợp ABPA đã được xác định.

HRS 2026

Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA

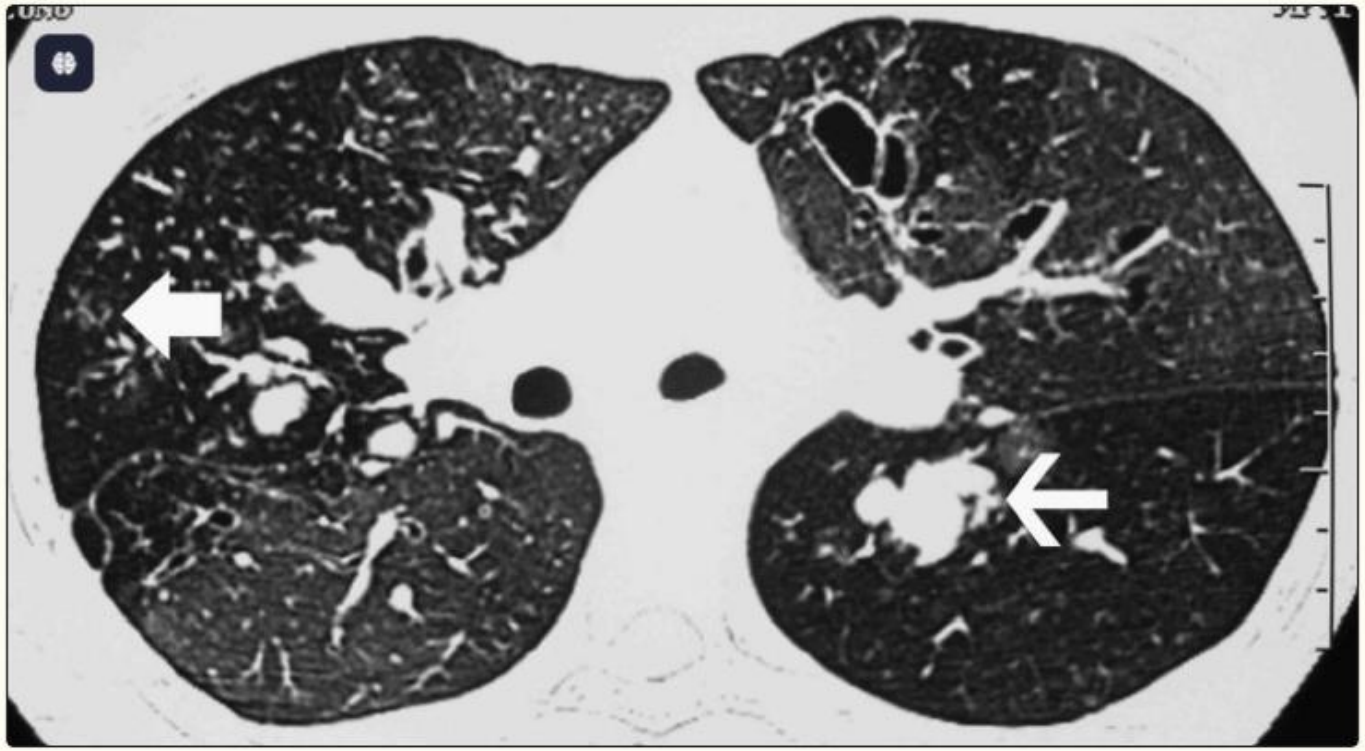


Mở trong tab mới

Hình ảnh HRCT theo trục với cửa sổ mô mềm (A) và phổi (B) cho thấy tắc nghẽn dạng nhầy với cả đặc điểm giảm đậm độ (mũi tên đậm) và tăng đậm độ (mũi tên mỏng).

HRS 2026

Hình ảnh CT ngực trên bệnh nhân ABPA



Mở trong tab mới

Hình ảnh HRCT mặt cắt ngang (cửa sổ phổi) cho thấy mô hình khảm. Có giãn phế quản trung tâm với tắc nghẽn chất nhầy trong nhiều khoang giãn phế quản (mũi tên mỏng). Cũng thấy các nốt trung tâm tiểu thùy theo kiểu tán cây (mũi tên đậm).

HRS 2026

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN (ISHAM 2024) – TỔNG QUAN

BN có bệnh nền: Hen phế quản, Xơ nang, hoặc bệnh phổi mạn khác (COPD, Giãn phế quản)

Tiêu chuẩn chính:

- Bn có mẫn cảm *Aspergillus:* có 1 trong 2 : test lẩy da Aspergillus (+) hoặc IgE đặc hiệu Aspergillus (+). Nếu âm tính loại trừ ABPA.
- IgE toàn phần tăng: IgE toàn phần > 1000 IU/mL

Có thể thấp hơn nếu đã dùng corticoid hoặc > 500IU/ml nếu tiêu chuẩn khác điển hình

Tiêu chuẩn hổ trợ: ≥ 2 tiêu chuẩn

- IgG đặc hiệu Aspergillus tăng/ precipitating antibodies(+)
- BC ái toan máu tăng(> 500 tế bào/ml) khi chưa dùng corticoid
- Hình ảnh phổi điển hình trên CT:

Giãn phế quản trung tâm, ngón tay trong găng tay": gợi ý tình trạng tắc nghẽn chất nhầy ở phế quản giãn.

High-attenuation mucus: chất nhầy tăng tỉ trọng hay đậm độ: dấu hiệu có giá trị đặc hiệu trong ABPA.

Migratory pulmonary infiltrates: Thâm nhiễm phổi thay đổi vị trí theo thời gian

Chẩn đoán ABPA khi: Có bệnh nền + tiêu chuẩn chính và ≥ 2 tiêu chuẩn hổ trợ

HRS 2026

Chẩn đoán phân biệt

- Hen suyễn phụ thuộc corticosteroid không có ABPA
- Hen suyễn nặng kèm theo nhạy cảm với nấm (SAFS)
- Xơ nang (CF)
- Giãn phế quản
- Bệnh aspergillosis hoại tử mãn tính
- Viêm phổi tăng bạch cầu ái toan mãn tính
- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)
- Hội chứng Churg-Strauss
- U hạt trung tâm phế quản
- Viêm phổi tăng bạch cầu ái toan cấp tính (bao gồm viêm phổi do thuốc)
- Bệnh lao phổi
- Nhiễm trùng ký sinh trùng
- Viêm phổi quá mẫn

Nguyên tắc điều trị

- **Corticoid toàn thân**:

  Prednisone 0,5mg/kg/ ngày trong 2 tuần, sau đó là 0,5 mg/kg cách ngày trong 6 đến 8 tuần. Giảm dần liều tiếp theo (5 đến 10 mg sau mỗi hai tuần) trong 3 đến 5 tháng

- **Kháng nấm**:

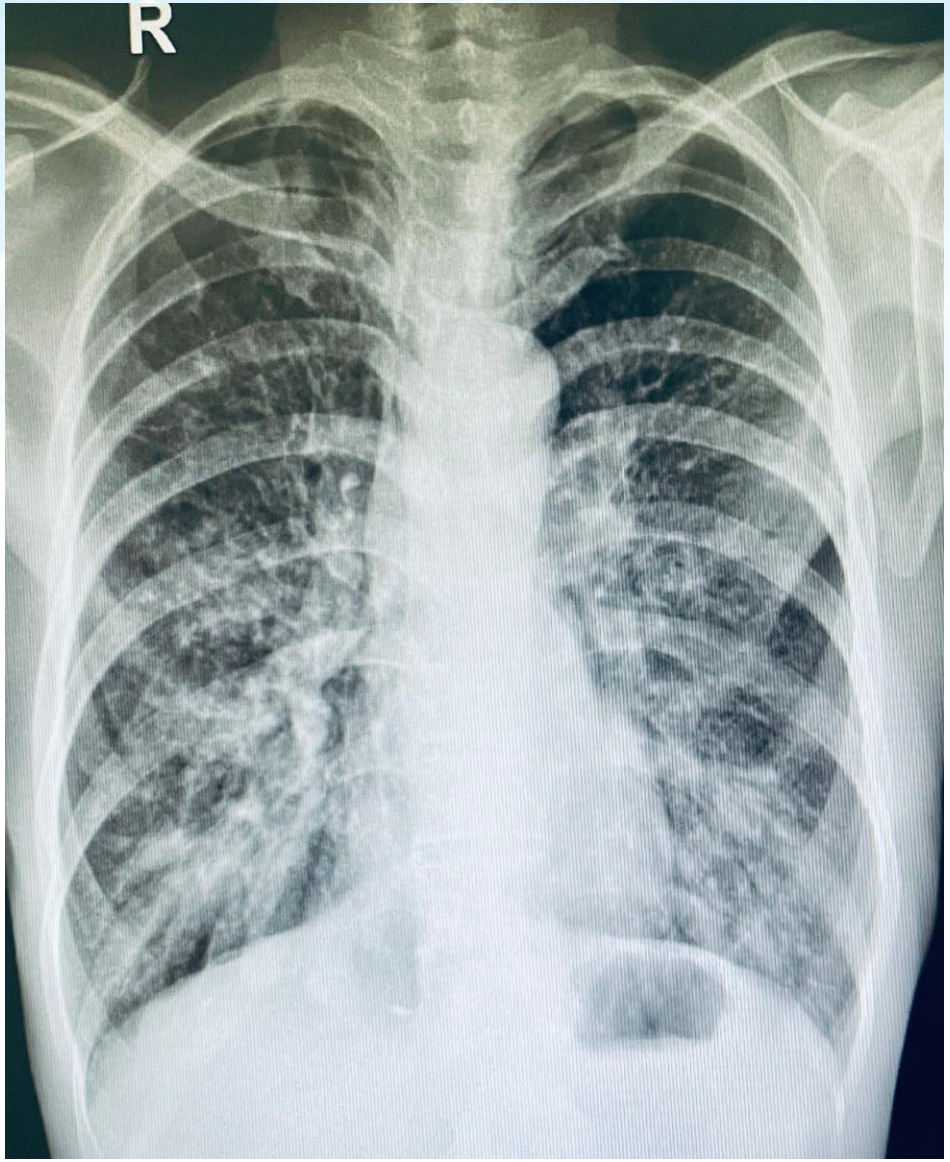
  Itraconazol (200 mg x 2 lần/ngày trong 16 tuần) , Voriconazole (300 đến 600 mg/ngày) hoặc posaconazole (800 mg/ngày)

- **Thuốc sinh học** : Omalizumab

HRS 2026

THỜI GIAN	LÂM SÀNG	CẬN LÂM SÀNG	CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ
N28	- TST: 70 – 90, NT: 20 HA 120/70 mmHg NĐ: 36,6 – 37 SpO2: 92-94%(oxy 1l/ph) - Cơ năng Ho đàm vàng nhạt, giảm lượng Khỏe hơn Không khó thở, giảm khò khè Tiêu phân vàng - Thực thể Tỉnh táo Không sốt Họng lưỡi sạch Thở êm, không co kéo Phổi ran nổ 2 bên	Bilan nhiễm trùng không tăng - XQ ngực: Khối tổn thương thùy dưới trái Tràn dịch màng phổi hai bên (phải > trái Ứ dịch trong phế quản trung gian, thùy giữa, thùy dưới phổi phải và thùy dưới phổi trái. Tổn thương xơ xẹp S1, S6 phổi phải, có hình ảnh tree-in-bud xung quanh. - NSPQ: đàm trắng đục thùy dưới 2 bên - Cấy BAL: *K.pneumoniae* toàn kháng 10^4 CFU/ml	**- Chẩn đoán:** Chẩn đoán: Đợt cấp dãn phế quản do đa tác nhân E.coli, S.aureus, P.aeruginosa, S.maltophilia, Proteus mirabilis – Allergic bronchopulmonary Aspergillus - Lao phổi cũ **- Điều trị:** Meropenem, Linezolid, Methylprednisolon, Voriconazol Bệnh nhân này đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ABPA và đáp ứng tốt với điều trị.

HRS 2026



14
ngày

HRS
2026

THÔNG ĐIỆP

- Chẩn đoán bệnh nhân ABPA thường hay bỏ sót nếu chúng ta không nghĩ đến đặc biệt trên bệnh nhân có Hen phế quản, Xơ nang, Dãn phế quản
- Chẩn đoán ABPA dựa vào nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán
- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh phổi khác quan trọng
- Điều trị kháng sinh, kháng nấm, corticoid toàn thân kéo dài nên phải theo dõi đáp ứng điều trị.

HRS 2026

HỘI HÔ HẤP
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP ĐÃ CHÚ Ý LẮNG NGHE

VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026