

phẫu thuật được huấn luyện kỹ càng về kỹ thuật TME, những chuyên gia về hoá-xạ trị ung thư, giải phẫu bệnh, nội khoa tiêu hóa ...

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: (1) một phần số liệu được hồi cứu vào thời điểm quy trình vẫn chưa được chuẩn hoá; (2) không có nhóm chứng; (3) chưa có những kết quả lâu dài về phương diện ung thư học và sống còn.

## V. KẾT LUẬN

Hội chẩn đa mô thức và chỉ định phẫu thuật trước đối với các trường hợp u trực tràng ít xâm lấn như u T3, DCVQ âm tính bước đầu đã mang lại những kết quả khả quan. Để nhận định trên được chính xác hơn cần đánh giá giai đoạn trước, sau mổ chính xác hơn bằng những cận lâm sàng phù hợp, chuẩn hóa quy trình điều trị và có những nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên với số lượng mẫu lớn, nghiên cứu đa trung tâm có nhóm chứng và theo dõi kết quả lâu dài về phương diện ung thư học và sống còn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Công Khánh. Nghiên cứu giá trị cộng hưởng tử trong chẩn đoán ung thư trực tràng giữa và dưới được phẫu thuật triệt để. Luận án Tiến sĩ Y học. 2021.
2. Enker WE, Levi GS. Macroscopic assessment of

mesorectal excision. Cancer. 2009; 115(21), 4890-4894.

3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al.. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024; Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [08 February 2024].
4. Glynn-Jones R, Wyrwicz L, Turet E, et al.. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2017; 28(4), iv22-iv40.
5. Kulu Y, Tarantino I, Billeter A T, et al.. Comparative Outcomes of Neoadjuvant Treatment Prior to Total Mesorectal Excision and Total Mesorectal Excision Alone in Selected Stage II/III Low and Mid Rectal Cancer. Ann Surg Oncol. 2016; 23(1), 106-113.
6. Ptok H, Meyer F, Gastinger I, et al.. Multimodal Treatment of cT3 Rectal Cancer in a Prospective Multi-Center Observational Study: Can Neoadjuvant Chemoradiation Be Omitted in Patients with an MRI-Assessed, Negative Circumferential Resection Margin? Visc Med. 2021; 37(5), 410-417.
7. Valadão M, Dias JA, Araújo R, et al.. Do We Have to Treat All T3 Rectal Cancer the Same Way? Clinical Colorectal Cancer. July 2020; <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2020.07.005>.
8. Zeng Z, Li Z, Luo S, et al. MRI-defined T3, clear mesorectal fascia mid-low rectal cancer: is neoadjuvant treatment necessary? J Gastroenterol Hepatol. 2024; doi:10.1111/jgh.16451.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE Ở TRẺ EM

Phan Thị Thu Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Sáng<sup>2</sup>, Lê Thị Hồng Hạnh<sup>3</sup>,  
Bùi Tú Hoa<sup>2</sup>, Phan Khắc Tùng Dương<sup>2</sup>, Nguyễn Thái Hà<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm viêm phổi do M. pneumoniae ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/09/2020 – 30/08/2022 và nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng:** 165 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi do M. pneumoniae. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 4,08 ± 2,11 tuổi, trong đó nữ 93 (56,4%), nam 72 (43,6%) với tỉ lệ nam/nữ là 1,28. Bệnh xảy ra quanh năm. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: ho 143/165 (92,1%),

sốt 99/165 (60%), nghe phổi có ran ẩm 104/165 (63%), ran rít 65/165 (39,4%). Xét nghiệm: máu ngoại vi có tăng bạch cầu 127/165 (77%) và CRP huyết thanh tăng 81/165 (49,1%). 128/165 (77,6%) trẻ được điều trị bằng macrolid, thời gian nằm viện trung bình là 10,2 ± 7,4 ngày, kết quả 157/165 (95,2%) bệnh nhi khỏi bệnh, không ghi nhận trường hợp tử vong. **Kết luận:** Bệnh không bị giới hạn bởi sự thay đổi theo mùa và có thể ảnh hưởng đến mọi trẻ vào bất kỳ tháng nào trong năm. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho và sốt. Triệu chứng thực thể phổ biến là ran ẩm ở phổi. Về xét nghiệm, đa số có bạch cầu trong máu ngoại vi tăng. Macrolid là kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỉ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong. **Từ khóa:** Viêm phổi, Mycoplasma pneumoniae, trẻ em.

<sup>1</sup>Bệnh viện Tâm Anh, Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

<sup>4</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

### SUMMARY

#### CLINICAL, LABORATORY FEATURES, AND TREATMENT OUTCOMES OF MYCOPLASMA PNEUMONIAE PNEUMONIAE IN CHILDREN

**Objective:** To describe the clinical and laboratory

features of children with *M. pneumoniae* at the National Children's Hospital from September 1, 2020 to August 30, 2022, and to describe the treatment outcomes in these patients. **Subjects:** 165 children diagnosed with pneumonia caused by *M. pneumoniae*. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** The mean age of children with *M. pneumoniae* was  $4.08 \pm 2.11$  years, of which females 93 (56.4%), males 72 (43.6%) with a male/female ratio of 1.28. The disease occurs everytime in a year. Main clinical symptoms: cough 143/165 (92.1%), fever 99/165 (60%), crackles on lung auscultation 104/165 (63%), wheezing rales 65/165 (39.4%). Investigations: CBC had leukocytosis 127/165 (77%) and elevated serum CRP 81/165 (49.1%). 128/165 (77.6%) children were treated with Macrolide, the average hospital stay was  $10.2 \pm 7.4$  days, resulting in 157/165 (95.2%) children cured and in remission after the treatment, and no deaths were recorded. **Conclusion:** The disease is not limited by seasonal variations and can affect children in any month. Common clinical symptoms are cough and fever. A common physical symptom is rales in the lungs. Regarding investigations, the majority of children with pneumonia caused by *M. pneumoniae* have leukocytosis in CBC. Macrolides are common antibiotics used in treatment. The cure rate is high, with no deaths. **Keywords:** Pneumonia, *Mycoplasma pneumoniae*, children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý phổ biến và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em ở Việt Nam và trên thế giới [1,2]. Hiện nay, *Mycoplasma pneumoniae* là một tác nhân gây viêm phổi quan trọng ở trẻ em, chiếm khoảng 8% các trường hợp viêm phổi cộng đồng [1]. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, thường khởi phát từ từ với các triệu chứng ho, sốt, khó thở. Khám lâm sàng có thể không phát hiện được tổn thương ở phổi. Trên thế giới, đã có một số đề tài nghiên cứu về viêm phổi do *M. pneumoniae* ở trẻ em [1,3,5]. Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh là rất cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh. Tại Việt Nam các nghiên cứu về viêm phổi do *M. pneumoniae* còn ít. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương từ 01/09/2020 đến 30/08/2022.*

- *Nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhi trên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu:

**Đối tượng:** gồm 165 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị viêm phổi do *M. pneumoniae* tại

Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/09/2020 đến 30/08/2022

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhi từ 1 đến 15 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2014 [2] và xét nghiệm *M. pneumoniae* dương tính bằng:

+ PCR dịch tỵ hầu *M. pneumoniae* dương tính, hoặc

+ Mẫu huyết thanh có IgM *M. pneumoniae* dương tính

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân trên 15 tuổi, các trường hợp viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thứ phát sau dị vật đường thở, bóng hô hấp,...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 165 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi do *M. pneumoniae* điều trị tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương

- Cách chọn mẫu: thuận tiện (tất cả bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán vào viện trong thời gian từ 01/09/2020 đến 30/08/2021 được đưa vào nghiên cứu).

### - Nội dung nghiên cứu:

+ Về lâm sàng: các triệu chứng lúc vào viện (nhiệt độ, SpO<sub>2</sub>, ho, thở rít, khô khè, đau ngực, rút lõm lồng ngực, tiếng ran ở phổi).

+ Cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu, định lượng CRP huyết thanh (tăng khi CRP >10 mg/L), xét nghiệm tìm *M. pneumoniae* (huyết thanh học phát hiện IgM kháng *M. pneumoniae*; PCR phát hiện *M. pneumoniae* trong dịch tỵ hầu), chụp X- quang ngực thẳng.

+ Về điều trị: sử dụng thuốc kháng sinh điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế[2]

+ Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi hoàn toàn, thuyên giảm, không thuyên giảm, nặng lên, tử vong.

- Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu trong đó ghi chép đầy đủ thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện và theo dõi suốt quá trình điều trị cho đến khi ra viện.

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 tính tỷ lệ %, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh tỉ lệ phần trăm bằng  $\chi^2$  test, tính p. Nếu  $p < 0,05$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương và Hội đồng bảo vệ đề cương Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

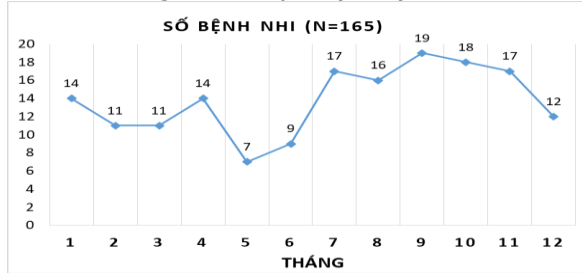
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhi viêm phổi do *M. pneumoniae* (n = 165)**

Đặc điểm dịch tễ học	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
<b>Giới</b>		
Nam	72	43,6
Nữ	93	56,4
<b>Nhóm tuổi</b>		
<1 tuổi	9	5,5
1 - <3 tuổi	55	33,3
3 - <5 tuổi	40	24,2
≥ 5 tuổi	61	37,0
<b>Địa dư</b>		
Thành phố	94	57,0
Nông thôn	67	40,6
Miền núi	4	2,4

**Nhận xét:** Trong tổng số 165 bệnh nhi có 56,4% là trẻ nữ. Độ tuổi trung bình là 4,08 ± 2,11 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 5 có tỷ lệ cao nhất (37%), tuổi nhỏ nhất là 1 tháng tuổi. Tỷ lệ bệnh nhi sống ở thành phố (57%).



**Hình 1. Phân bố bệnh nhi vào viện theo tháng trong năm**

**Nhận xét:** Viêm phổi do *M. pneumoniae* xảy ra quanh năm, bệnh nhi vào viện nhiều nhất từ tháng 7 đến tháng 11.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi do *M. pneumoniae* (n=165)**

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
<b>Nhiệt độ</b>		
Không sốt (< 37,5°C)	66	40
Sốt nhẹ (37,5-38,4°C)	65	65,7
Sốt vừa (38,5 – 38,9°C)	11	11,1
Sốt cao (>39°C)	23	23,2
Ho	157	95,2
Khò khè, thở rít	63	38,2
Đau ngực	2	1,2
Ran ẩm	104	63,0
Ran rít	65	39,4
Rút lõm lồng ngực	28	17
Giảm thông khí	21	12,7
SpO <sub>2</sub> giảm <90%	18	18,9

**Nhận xét:** Ho là triệu chứng cơ năng thường gặp, sau đó là sốt, khò khè, thở rít. Triệu chứng thực thể chủ yếu là ran ẩm ở phổi, sau đó là ran rít, ngoài ra còn gặp biểu hiện rút lõm lồng ngực.

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi do *M. pneumoniae* (n=165)**

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
<b>X-quang lồng ngực</b>		
Đông đặc 1 thùy bên phải	20	12,1
Dày thành phế quản	14	8,5
Đông đặc nhiều thùy 1 bên	12	7,3
Đông đặc 1 thùy bên trái	11	6,7
Đông đặc 2 bên	10	6,1
Tràn dịch màng phổi	1	0,6
<b>Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi</b>		
Bạch cầu tăng	127	77
Bạch cầu giảm	3	1,8
CRP huyết thanh tăng	81	49,1
PCR Mycoplasma pneumonia dương tính	75	45,5
IgM Mycoplasma pneumonia dương tính	148	89,7
IgG Mycoplasma pneumonia dương tính	26	15,8

**Nhận xét:** Trên phim X-quang lồng ngực của viêm phổi do *M. pneumoniae* có thể gặp các hình ảnh: tổn thương đông đặc thùy phổi, dày thành phế quản, tràn dịch màng phổi, trong đó phổ biến nhất là đông đặc 1 thùy bên phải. Chủ yếu các bệnh nhi có bạch cầu tăng trong máu ngoại vi. Gần một nửa số bệnh nhi có tăng CRP huyết thanh.

**3.2. Về kết quả điều trị**

**Bảng 4. Phương pháp và kết quả điều trị viêm phổi do *M. pneumoniae* (n =165)**

Phương pháp và kết quả điều trị	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
<b>Sử dụng kháng sinh</b>		
Macrolid	128	77,6
Quinolon	33	20
Doxycilin	4	2,4
Kết hợp kháng sinh nhóm khác	123	74,5
Có thở máy	3	1,8
Có thở oxy	37	22,4
<b>Số ngày nằm viện</b>		
≤ 7 ngày	74	44,8
8 – 14 ngày	63	38,2
15 – 24 ngày	21	12,7
≥ 25 ngày	7	4,2
<b>Kết quả điều trị</b>		
Khỏi hoàn toàn	157	95,2
Thuyên giảm	8	4,8
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Phần lớn trẻ mắc viêm phổi do *M. pneumoniae* được điều trị bằng kháng sinh nhóm

Macrolid, tiếp đến là kháng sinh nhóm Quinolon. Trong quá trình điều trị có 74,5% bệnh nhi cần kết hợp thêm với nhóm kháng sinh khác.

Có 22,4% bệnh nhi phải thở oxy trong quá trình điều trị, ngoài ra có 2 trường hợp phải thở máy nhưng sau đó diễn biến tốt. Thời gian nằm viện trung bình là  $10,2 \pm 7,4$  ngày. Nhóm bệnh nhi khỏi hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao. Có 8 trường hợp thuyên giảm, gia đình xin ra viện và chuyển tuyến dưới điều trị tiếp. Không ghi nhận trường hợp tử vong.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm ở trẻ em viêm phổi do M. pneumoniae.** Trong các bệnh nhi của chúng tôi, độ tuổi trung bình là  $4,08 \pm 2,11$  tuổi. Nghiên cứu của Yuan Cheng tại Bắc Kinh, Trung Quốc năm 2021 [3] cho thấy nhóm tuổi từ 1-3 và trên 5 tuổi chiếm chủ yếu với tỉ lệ lần lượt là 33,3% và 37%. Kết quả của chúng tôi cho thấy bệnh xảy ra quanh năm, cao điểm từ tháng 7 đến tháng 11. Nhận xét này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Hòa về viêm phổi trẻ em do M. pneumoniae tại bệnh viện Xanh Pôn (năm 2019) trên 119 trẻ [4].

Về triệu chứng cơ năng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số trẻ vào viện vì ho, sốt, ngoài ra còn gặp khó khè và thở rít. Trong số bệnh nhi có sốt, sốt nhẹ (65,7%) và trẻ sốt cao trên 39 độ (23,2%), kết quả này thấp hơn của Phạm Văn Hòa cho thấy tỷ lệ sốt là 100% [4].

Triệu chứng thực thể tại phổi có ran ẩm, ran rít lần lượt chiếm 65,7% và 39,4%. Nghiên cứu của Susanna Esposito và cộng sự [5] cho thấy tỉ lệ nghe phổi có rales ở nhóm 2 – 14 tuổi là 88,2%. Trong các bệnh nhi của chúng tôi có biểu hiện suy hô hấp như giảm SpO<sub>2</sub>, rút lõm lồng ngực, giảm thông khí chiếm tỉ lệ lần lượt là 18,9%, 17% và 12,7%.

Về cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tổn thương đông đặc trên phim X-quang lồng ngực chủ yếu với các vị trí một thùy bên phải, 1 thùy bên trái, 1 bên nhiều thùy và 2 bên phổi từ 6,1%-12,1% thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Cườm (2018) với tỷ lệ 4,8% - 27% [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đa số bệnh nhi có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi và tăng CRP huyết thanh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Đặng Mai Liên (2021) [6], với tỉ lệ tăng bạch cầu là 75,7% và tăng CRP huyết thanh là 51,4%. Trên các bệnh nhi của chúng tôi, xét nghiệm dương tính PCR Mycoplasma pneumoniae (45,5%), xét nghiệm IgM Mycoplasma

pneumoniae dương tính (89,7%) và xét nghiệm IgG Mycoplasma pneumoniae dương tính (15,8%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền (2017) với 30,63% bệnh nhân có cả PCR và IgM dương tính; 31,88% bệnh nhân có PCR âm tính và IgM dương tính; 6,88% bệnh nhân có PCR dương tính và IgM âm tính [8].

**4.2. Về kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae.** Đa số bệnh nhi của chúng tôi được điều trị bằng kháng sinh nhóm Macrolid (58,8%), chỉ có 20% trẻ được điều trị bằng nhóm Quinolon và 2,4% trẻ được dùng nhóm Doxycilin. Nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền (2017) chỉ ra tỉ lệ sử dụng Macrolid trong điều trị nội trú là cao nhất (43,13%). Thời gian điều trị nội trú trung bình ở các bệnh nhi của chúng tôi là  $10,2 \pm 7,4$  ngày, thời gian này ngắn hơn so với kết quả của Trịnh Thị Huyền (2017) là  $11,53 \pm 5,93$  ngày [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm trẻ khỏi hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao là 95,2%, không ghi nhận trường hợp nào tử vong. Kết quả của Đặng Mai Liên cho thấy 100% số trẻ khỏi hoàn toàn, không ghi nhận trường hợp nào tử vong [6].

#### V. KẾT LUẬN

- Tuổi mắc bệnh trung bình là  $4,08 \pm 2,11$  tuổi. Bệnh xảy ra quanh năm. Triệu chứng cơ năng phổ biến là ho và sốt. Triệu chứng thực thể thường gặp là ran ẩm ở phổi. Trên phim X-quang lồng ngực hầu hết có tổn thương đông đặc ở phổi. Đa số bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi.

- Thời gian điều trị nội trú trung bình là  $10,2 \pm 7,4$  ngày. Macrolid là kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỉ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong.

#### VI. KHUYẾN NGHỊ

- Chẩn đoán viêm phổi do M.pneumoniae ở trẻ em cần dựa vào đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đã nêu trên. Kế hoạch hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi do M. pneumoniae là rất quan trọng.

- Các nghiên cứu hơn nữa về viêm phổi do M. pneumoniae ở nhiều trung tâm là cần thiết để xác định các yếu tố nguy cơ nặng, biến chứng và tiên lượng viêm phổi do M. pneumoniae.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meyer Sauter PM, Beeton ML et al. (2023). Mycoplasma pneumoniae: delayed re-emergence after COVID-19 pandemic restrictions. Lancet Microbe. 2023 Nov 23:S2666-5247(23)00344-0. doi: 10.1016/S2666-5247(23)00344-0. Epub ahead of print. PMID: 38008103.

- Bộ Y tế** (2014). Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Quyết Định Số 101/QĐ - BYT.
- Cheng Y., Cheng Y., Dai S., et al.** (2022). The Prevalence of Mycoplasma pneumoniae Among Children in Beijing Before and During the COVID-19 Pandemic. *Front Cell Infect Microbiol*, 12.
- Phạm Văn Hòa** (2019). Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae tại Bệnh viện Xanh Pôn. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 482(Tháng 9-Số đặc biệt), 355–361.
- Esposito S., Argentiero A., Gramegna A., et al.** (2021). Mycoplasma pneumoniae: a pathogen with unsolved therapeutic problems. *Expert Opin Pharmacother*, 22(9), 1193–1202.
- Đặng Mai Liên** (2021). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng.
- Trần Thị Cườm** (2018). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng viêm phổi nặng do Mycoplasma pneumoniae tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Trình Thị Huyền** (2017). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ ĐƯỢC CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH

Lê Thị Thu Thảo<sup>1</sup>, Trương Quang Bình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Bệnh động mạch vành (ĐMV) làm tăng nguy cơ tử vong cả ngắn hạn và dài hạn ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) chưa hay đã điều trị thay thế thận. Tỷ lệ bệnh ĐMV ở bệnh nhân lọc máu cao, ước tính khoảng 40-50%<sup>6</sup>. Thật không may, việc giảm tỷ lệ tử vong do bệnh ĐMV trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo (CTNT) định kỳ gặp nhiều khó khăn do tổn thương rất phức tạp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm tổn thương ĐMV ở bệnh nhân CTNT định kỳ được chụp ĐMV. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu được thực hiện trên bệnh nhân CTNT định kỳ được chụp ĐMV tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Kết quả:** Hồi cứu hồ sơ 06 năm từ tháng 10/2016 đến hết tháng 09/2022 ghi nhận 67 trường hợp CTNT định kỳ được chụp ĐMV. Tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh ĐMV trong nghiên cứu là 67,3%, tỷ lệ tổn thương lan tỏa (>2cm) là 74,6%. Có 56,7% tổn thương ĐMV tếp C theo phân loại của Hiệp hội Tim Hoa Kỳ/ Trường môn Tim Hoa Kỳ (AHA/ACC). Tỷ lệ vôi hóa ĐMV là 70,2%. Tỷ lệ tử vong ngắn hạn trong 30 ngày sau chụp ĐMV tương ứng ở nhóm có và không can thiệp ĐMV là 15,2% và 14,3% không khác biệt,  $p>0,05$ . **Kết luận:** Hầu hết tổn thương ĐMV ở bệnh nhân CTNT là nhiều nhánh, vôi hóa, lan tỏa và phức tạp. Kết cục ngắn hạn của bệnh nhân CTNT định kỳ có kèm bệnh ĐMV thường xấu, nguy cơ tử vong cao.

**Từ khóa:** bệnh động mạch vành, chạy thận nhân tạo, lọc máu, chụp động mạch vành

### SUMMARY

#### THE CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESIONS IN CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS RECEIVED CORONARY ANGIOGRAPHY

**Background:** Coronary artery disease (CAD) increases the risk of both short-term and long-term mortality in patients with end-stage chronic kidney disease who have not or have received renal replacement therapy. The rate of CAD in dialysis patients is high, estimated at 40-50%<sup>6</sup>. Unfortunately, it is difficult to reduce the mortality rate from CAD in chronic hemodialysis patients because the lesions are complicated. **Objectives:** To evaluate the characteristics of coronary artery lesions in chronic hemodialysis patients received coronary angiography. **Methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on chronic hemodialysis patients received coronary angiography at the Interventional Cardiology Department, Nguyen Tri Phuong Hospital. **Results:** Retrospective study of 6-year from October 2016 to the end of September 2022 recorded 67 cases of chronic hemodialysis patients received coronary angiography. The rate of multi-vessels lesions in the study was 67.3%, the rate of diffuse lesions (>2cm) was 74.6%. There are 56.7% of type C coronary artery lesions according to the classification of the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC). The rate of coronary artery calcification is 70.2%. The short-term mortality rate within 30 days after coronary angiography in the groups with and without coronary artery intervention was 15.2% and 14.3%, respectively, with no difference,  $p>0.05$ . **Conclusions:** Most coronary artery lesions in chronic hemodialysis patients are multi-vessels, calcified, diffuse and complicated. The short-term outcome of chronic hemodialysis patients associated with CAD is poor, with a high risk of death.

**Keywords:** coronary artery disease, hemodialysis, dialysis, coronary angiography

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Thảo

Email: lethuthaodr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024