

tuổi.^{3,10}. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,35 \pm 1,1$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày, nhiều nhất là 10 ngày. Thời gian nằm viện dưới 1 tuần chiếm chủ yếu (89,2%), không có NB nào ra viện sau 2 tuần. Nghiên cứu của Lê Văn Duy cũng ghi nhận thời gian nằm viện hậu phẫu là $5,51 \pm 3,07$ ngày.³ Nguyễn Đình Quang cho thấy thời gian nằm viện hậu phẫu là $4,1 \pm 2,2$.⁴ Nhìn chung các kết quả nghiên cứu tuy có khác nhau nhưng chúng tôi nhận thấy thời gian nằm viện hậu phẫu đối với NB mổ nội soi chủ yếu trong tuần đầu. Nghiên cứu cho thấy kết quả tốt sau mổ chiếm 92,3%; kết quả trung bình chiếm 7,7%; không có trường hợp nào có kết quả kém sau. Kết quả thu được tương tự như nghiên cứu của Lê Văn Duy và Nguyễn Đình Quang ghi nhận tỷ lệ kết quả tốt sau mổ tương ứng 91,38% và 98,6%.^{3,4}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở người cao tuổi có kết quả tốt sau mổ là 92,3%; kết quả trung bình chiếm 7,7%; không có trường hợp nào có kết quả kém sau mổ. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở người cao tuổi an toàn, không làm tăng thêm các nguy cơ phẫu thuật mặc dù NB có nhiều bệnh lý nội khoa đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reynolds W (2001). The first laparoscopic

- cholecystectomy. JSL;5(1):89-94.
2. Agrusa A, Romano G, et al (2014). Role and outcomes of laparoscopic cholecystectomy in the elderly. Int J Surg. 12 Suppl 2:S37-S39. doi:10.1016/j.ijssu.2014.08.385
3. Lê Văn Duy (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi túi mật ở người cao tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Đình Quang (2020). Kết quả cắt túi mật nội soi do sỏi ở người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2013-12/2019. Luận văn Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Hafif A, Gutman M, Kaplan O, et al (1991). The management of acute cholecystitis in elderly patients. Am Surg. 57(10):648-652.
6. European Association for the Study of the Liver (EASL). Electronic address: easloffice@easloffice.eu. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016; 65(1):146-181. doi:10.1016/j.jhep.2016.03.005
7. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al (2018). Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1):55-72. doi: 10.1002/jhbp.516
8. Madni TD, Leshikar DE, Minshall CT, et al (2018). The Parkland grading scale for cholecystitis. Am J Surg. 215(4):625-630. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.05.017
9. Madni TD, Nakonezny PA, Barrios E, et al (2019). Prospective validation of the Parkland Grading Scale for Cholecystitis. Am J Surg.217(1): 90-97. doi:10.1016/j.amjsurg. 2018.08.005
10. Lê Trung Hải (2010). Phẫu thuật nội soi cắt túi mật do sỏi túi mật đơn thuần ở người cao tuổi. Số 3-2010. Tạp chí Y - Dược quân sự.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA RỬA PHẾ QUẢN PHẾ NANG BẰNG NỘI SOI PHẾ QUẢN ỐNG MỀM Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG KHÔNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH BAN ĐẦU

Hồng Minh Triết¹, Bùi Thị Cẩm Thùy¹, Trần Trọng Nhân¹,
Trần Tín Nghĩa¹, Trần Thanh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rửa phế quản phế nang là một thủ thuật chẩn đoán tương đối an toàn và đóng vai trò quan trọng trong đánh giá căn nguyên trong trường hợp viêm phổi không đáp ứng với điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả của rửa phế quản phế nang bằng nội soi phế quản ống mềm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng

không đáp ứng điều trị kháng sinh ban đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên các đối tượng nhập viện tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ từ tháng 04/2023 đến 01/2024. **Kết quả:** Tổng cộng 46 bệnh nhân tham gia và theo dõi đến cuối thời điểm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $64,91 \pm 15,67$, tỷ lệ nam:nữ là 3:1. Hơn 2/3 số bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh nền phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt 58,7% và 30,4%. Các triệu chứng điển hình lần lượt là ho (80,4%), khạc đờm (69,6%), khó thở (60,9%), tăng bạch cầu ($11,78 \pm 5,21 \times 10^9/L$), với bạch cầu trung tính chiếm ưu thế ($70,71 \pm 19,25\%$). Tỷ lệ thâm nhiễm mới hai bên phổi chiếm đa số (54,3%). Xét nghiệm dịch rửa phế quản phế nang cho thấy tỷ lệ nhuộm gram và cấy vi khuẩn dương tính nói chung lần

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Lao và Bệnh phổi TP. Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tthung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

lượt là 41,3% và 43,5%. Có 37,0% bệnh nhân đối kháng sinh theo kháng sinh đồ phân lập từ dịch rửa. Tất cả kết quả đều không ghi nhận sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Kết quả điều trị chung hầu hết (98%) bệnh nhân có tình trạng ổn định sau điều trị và ra viện. **Kết luận:** Viêm phổi cộng đồng không đáp ứng điều trị ban đầu có đầy đủ các đặc điểm của một trường hợp viêm phổi cộng đồng thông thường nhưng thường gây thâm nhiễm 2 bên phổi và triệu chứng sốt tương đối ít gặp hơn. Xét nghiệm vi sinh từ dịch rửa phế quản phế nang bằng nội soi ống mềm tuy không nhạy nhưng ở những trường hợp cho kết quả dương tính, việc điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ từ nuôi cấy dịch rửa phế quản phế nang góp phần cải thiện kết cục chung.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng không đáp ứng điều trị, kháng sinh, rửa phế quản phế nang.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, LABORATORY FINDINGS AND EFFICACY OF BRONCHOALVEOLAR LAVAGE WITH FLEXIBLE BRONCHOSCOPY IN PATIENTS WITH NON-RESOLVING COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA TO INITIAL ANTIBIOTICS

Background: Bronchoalveolar lavage is a relatively safe diagnostic procedure and plays a significant role in evaluating underlying causes in cases of pneumonia unresponsive to treatment. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and laboratory findings and evaluate the effectiveness of bronchoalveolar lavage in patients with non-resolving community-acquired pneumonia to initial antibiotics. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on hospitalized subjects at the Respiratory Department of Can Tho Central General Hospital and at Can Tho Tuberculosis and Lung Hospital from April 2023 to January 2024. **Results:** A total of 46 patients participated and were followed up until the end of the study period. The mean age was 64.91 ± 15.67 , with a male-to-female ratio of approximately 3:1. Over two-thirds of the patients had a history of smoking. Hypertension and diabetes mellitus were the two most common underlying diseases, with rates of 58.7% and 30.4%, respectively. The typical symptoms were cough (80.4%), sputum production (69.6%), and dyspnea (60.9%). The mean white blood cell count was $11.78 \pm 5.21 \times 10^9/L$, with neutrophils predominating ($70.71 \pm 19.25\%$). Bilateral lung involvement was predominant in most cases (54.3%). Bronchoalveolar lavage fluid examination showed positive gram staining and bacterial culture in 41.3% and 43.5% of cases, respectively. 37.0% of patients required antibiotic adjustment based on antibiogram results. No significant differences were observed between males and females ($p > 0.05$). Overall, most patients (98%) had a favorable treatment outcome and were discharged in stable condition. **Conclusion:** Community-acquired pneumonia unresponsive to initial treatment presents with typical features of typical community-acquired pneumonia cases but often involves bilateral lung infiltration and

relatively fewer fever symptoms. Although microbiological testing from bronchoalveolar lavage with flexible bronchoscopy may lack sensitivity, in cases yielding positive results, adjusting antibiotics based on antibiotic susceptibility testing from cultured bronchial washing fluid contributes to overall outcome improvement.

Keywords: Non-resolving community-acquired pneumonia, antibiotics, bronchoalveolar lavage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phần lớn bệnh nhân nhập viện với viêm phổi cộng đồng đáp ứng nhanh với liệu pháp kháng sinh và tuân theo một liệu trình không biến chứng, nhưng một tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp ban đầu, yêu cầu điều tra và điều trị bổ sung. Mặc dù có những tiến bộ trong chăm sóc lâm sàng, tỷ lệ tử vong vẫn là 5-15%, do đó bệnh nhân bị viêm phổi không đáp ứng cần được can thiệp sớm nhằm cải thiện kết quả kịp thời cũng như ngăn ngừa điều trị quá mức [1]. Thông thường đánh giá đáp ứng điều trị viêm phổi thông qua X-quang hay CT-scan ngực rất khó xác định vì những thay đổi có thể mất đến 6 tuần và thường chậm hơn so với sự hồi phục lâm sàng của bệnh nhân. Rửa phế quản phế nang là một thủ thuật chẩn đoán phổ biến và tương đối an toàn để đánh giá bệnh nhân có bệnh lý hô hấp. So với lấy mẫu đờm khạc từ bệnh nhân thì kỹ thuật BAL cho phép lấy mẫu ở đường hô hấp dưới, nơi ít bị lẫn với vi khuẩn khác hơn từ đường hô hấp trên. Dịch rửa phế quản phế nang sau đó có thể dùng để đánh giá các xét nghiệm vi sinh như nhuộm gram, nuôi cấy định danh định lượng làm kháng sinh đồ, đóng vai trò hết sức quan trọng trong đánh giá căn nguyên ở những trường hợp viêm phổi không đáp ứng với điều trị [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu vai trò chẩn đoán của rửa phế quản phế nang trong viêm phổi cộng đồng không đáp ứng điều trị kháng sinh ban đầu chưa được quan tâm nghiên cứu nhiều. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của rửa phế quản phế nang bằng nội soi phế quản ống mềm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng không đáp ứng điều trị ban đầu*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các đối tượng nhập viện tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ từ tháng 04/2023 đến 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân viêm phổi cộng đồng không đáp ứng với kháng sinh ban đầu. Tức thối đồng thời cả 2 tiêu chuẩn:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi:

+ Có ít nhất 1 trong các dấu hiệu: nhiệt độ > 38°C hoặc < 36°C đã loại trừ các nguyên nhân khác; tăng bạch cầu ($\geq 12 \times 10^9/L$) hoặc giảm bạch cầu ($4 \times 10^9/L$); rối loạn ý thức ở bệnh nhân cao tuổi đã loại trừ các nguyên nhân khác. Đồng thời có ít nhất 2 trong các dấu hiệu: đàm có mủ hoặc thay đổi tính chất đàm hoặc tăng tiết đàm hoặc tăng nhu cầu hút đàm; ho hoặc tăng ho hoặc khó thở hoặc thở nhanh; khò khè hoặc nghe phổi có ran nổ; giảm oxy máu, tăng nhu cầu cung cấp oxy hoặc tăng nhu cầu thở máy.

+ Bằng chứng hình ảnh học: tổn thương mới hoặc tiến triển không biến mất nhanh qua chẩn đoán hình ảnh ngực (X-quang ngực thẳng, chụp cắt lớp vi tính ngực, chụp cộng hưởng từ ngực), tổn thương có thể là thâm nhiễm, đông đặc, tạo hang hay bóng khí.

+ Bằng chứng vi sinh vật: một trong các tiêu chí là cấy máu và/hoặc dịch màng phổi hoặc dịch tiết đường hô hấp phân lập được tác nhân vi sinh.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu. Đa số các nghiên cứu lấy mốc thời gian 3 ngày để đánh giá, sử dụng tiêu chuẩn của ATS 2001 về đánh giá đáp ứng điều trị viêm phổi. Không đáp ứng khi không thối 1 trong 4 tiêu chuẩn sau:

+ Giảm ho và giảm khó thở.

+ Không sốt > 37,8°C trong ít nhất 8 giờ.

+ Bạch cầu giảm ít nhất 10% so với xét nghiệm trước đó.

+ Ăn uống tốt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định với nội soi phế quản:

- Tắc nghẽn khí quản nặng.

- Không có khả năng cung cấp đủ oxy cho bệnh nhân trong quá trình thực hiện thủ thuật.

- Các rối loạn nhịp đe dọa tính mạng chưa được điều trị.

- Mới vừa nhồi máu cơ tim.

- Bệnh nhân không hợp tác.

- Rối loạn đông máu chưa điều chỉnh.

Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ được điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và tại Bệnh viện Lao

và Bệnh phổi Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 46 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nơi sống, tiền căn hút thuốc lá, tiền sử bệnh mạn tính.

- Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán viêm phổi: sốt (có/không), ho (có/không), khạc đàm (có/không), khó thở (có/không), nặng ngực (có/không).

- Đặc điểm cận lâm sàng chẩn đoán viêm phổi: số lượng bạch cầu ($\times 10^9$ tế bào/L), tỷ lệ neutrophil (%), thâm nhiễm trên X-quang ngực (1 bên/2 bên).

- Đặc điểm liên quan đến không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu: ho và khó thở không cải thiện, chưa hết sốt > 37,8°C ít nhất trong 8 giờ, ăn uống chưa cải thiện, bạch cầu không cải thiện.

- Đánh giá vai trò chẩn đoán của rửa phế quản phế nang: kết quả nhuộm gram (âm tính/dương tính), kết quả cấy vi khuẩn (âm tính/dương tính), tình trạng sử dụng kháng sinh sau khi có kết quả vi sinh dịch rửa phế quản phế nang (đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ/tiếp tục duy trì kháng sinh đã dùng).

- Kết cục điều trị chung: tình trạng ổn định và ra viện (khi đạt được cải thiện lâm sàng, giá trị bạch cầu cải thiện và được ra viện) và xấu (tử vong).

Thu thập dữ liệu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập đầy đủ thông tin cần thiết vào một phiếu thu thập số liệu thống nhất.

Hỏi về đặc điểm chung gồm năm sinh, nơi sống, tiền căn hút thuốc lá (số gói-năm), các bệnh nền mạn tính hiện mắc

Đánh giá các đặc điểm chẩn đoán viêm phổi cộng đồng gồm các triệu chứng sốt, khó thở, ho, khạc đàm (quan sát màu sắc đàm), nặng ngực, xét nghiệm bạch cầu, chụp X quang ngực thẳng.

Điều trị kháng sinh ban đầu. Đánh giá tình trạng đáp ứng sau 3 ngày dựa vào cải thiện các triệu chứng lâm sàng (giảm ho, giảm khó thở), tình trạng ăn uống, thay đổi bạch cầu, tình trạng sốt.

Tiến hành rửa phế quản phế nang ở những trường hợp viêm phổi không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu. Xét nghiệm vi sinh (nhuộm gram, nuôi cấy định danh định lượng vi khuẩn làm kháng sinh đồ) dịch rửa phế quản phế nang.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biểu định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Giá trị các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung

bình, độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn hoặc trung vị nếu không phải là phân phối chuẩn. Thống kê phân tích bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher exact để đánh giá mối liên quan giữa 2 biến định tính. Đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hiện tại tuyển chọn được 46 bệnh nhân tham gia và theo dõi đến cuối thời điểm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,91 \pm 15,67$. Tỷ lệ nam và nữ xấp xỉ 3:1. Đa phần bệnh nhân sống tại khu vực nông thôn (84,8%).

Bảng 1. Đặc điểm về lối sống và bệnh nền

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thói quen hút thuốc lá	30	65,2
Tiền sử tăng huyết áp	27	58,7
Tiền sử đái tháo đường	14	30,4
Tiền sử bệnh tim mạch	6	13,0
Tiền sử bệnh hô hấp mạn tính	5	10,9
Tiền sử bệnh thần kinh trung ương	11	23,9
Tiền sử bệnh lý khác	10	21,7

Nhận xét: Hơn 2/3 đối tượng nghiên cứu có thói quen hút thuốc lá. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh lý nền phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm phổi trong nghiên cứu (58,7% và 30,4%). Nhóm các bệnh lý khác chiếm tỷ lệ ít hơn (< 25%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm lâm sàng		
Sốt	20	43,5
Ho	37	80,4
Khạc đàm	32	69,6
Khó thở	28	60,9
Đau ngực	5	10,9
Đặc điểm cận lâm sàng		
Thâm nhiễm mới hai bên phổi	25	54,3
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9/L$), trung bình \pm độ lệch chuẩn	$11,78 \pm 5,21$	
Bạch cầu trung tính (%), trung bình \pm độ lệch chuẩn	$70,71 \pm 19,25$	
Đặc điểm viêm phổi không đáp ứng điều trị ban đầu		
Ho và khó thở không cải thiện	14	30,4
Chưa hết sốt $> 37,8^\circ C$ ít nhất trong 8 giờ	6	13,0
An uống chưa cải thiện	12	26,1
Bạch cầu không cải thiện	11	23,9

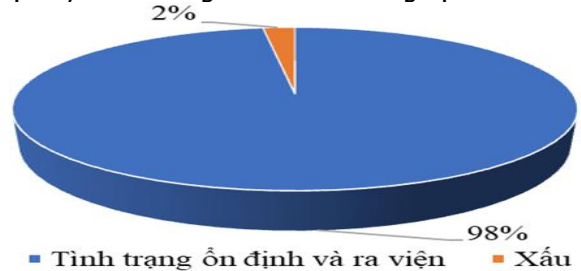
Nhận xét: Về đặc điểm lâm sàng, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đều biểu hiện các

triệu chứng điển hình lần lượt là ho (80,4%), khạc đàm (69,6%), khó thở (60,9%), trong khi sốt và đau ngực chiếm tỷ lệ ít hơn. Về đặc điểm cận lâm sàng, kết quả ghi nhận có sự gia tăng số lượng bạch cầu, trung bình là $11,78 \pm 5,21 \times 10^9/L$, với bạch cầu trung tính chiếm ưu thế ($70,71 \pm 19,25\%$). Tỷ lệ thâm nhiễm mới hai bên phổi chiếm đa số (54,3%) so với thâm nhiễm một bên. Các đặc điểm viêm phổi không đáp ứng điều trị ban đầu dao động 13,0-30,4%.

Bảng 3. Hiệu quả của dịch rửa phế quản phế nang bằng nội soi phế quản ống mềm

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả nhuộm gram dương tính		
Nam	14	40
Nữ	5	45,5
Chung	19	41,3
Kết quả cấy vi khuẩn dương tính		
Nam	16	45,7
Nữ	4	36,4
Chung	20	43,5
Đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ sau khi có kết quả từ dịch rửa		
Nam	13	37,1
Nữ	4	36,4
Chung	17	37,0

Nhận xét: Xét nghiệm dịch rửa phế quản phế nang cho thấy tỷ lệ nhuộm gram dương tính và cấy vi khuẩn dương tính nói chung lần lượt là 41,3% và 43,5%. Chỉ 37,0% số bệnh nhân phải đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ, phần lớn còn lại duy trì kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu.



■ Tình trạng ổn định và ra viện ■ Xấu

Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung

Nhận xét: Trong tổng số 46 bệnh nhân, chỉ có duy nhất 1 trường hợp (2%) có kết cục xấu (tử vong), tất cả bệnh nhân còn lại có tình trạng ổn định sau điều trị và ra viện.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hiện tại tuyển chọn được 46 bệnh nhân tham gia và theo dõi đến cuối thời điểm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,91 \pm 15,67$, với tỷ lệ nam và nữ xấp xỉ 3:1. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, Duarte JC và cộng sự báo cáo độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 69 ± 17 ở nam

và 67 ± 18 ở nữ, tỷ lệ nam cao gấp 3 lần so với nữ [3]. Một nghiên cứu khác của Feinsilver SH và cộng sự cũng cho thấy độ tuổi dao động từ 44 đến 90 tuổi (trung bình là 61 ± 15 tuổi), với nam giới chiếm ưu thế hơn (tỷ lệ nam và nữ là 1,9) [5]. Về lối sống, kết quả cho thấy hơn 2/3 đối tượng nghiên cứu có thói quen hút thuốc lá, kết quả này đồng nhất với nghiên cứu của El-Shabrawy M và cộng sự, các tác giả ghi nhận 87/135 bệnh nhân (64,4%) hút thuốc lá [4], tương tự là 62,9% bệnh nhân có hút thuốc lá trong nghiên cứu của Feinsilver SH [5]. Bên cạnh đó, chúng tôi phát hiện tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh lý nền phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm phổi trong nghiên cứu. Kết quả này được nghiên cứu của Duarte JC và cộng sự ủng hộ với số liệu thu được gần tương đương [3]. Mặt khác, El-Shabrawy M và cộng sự báo cáo tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi, nhưng đái tháo đường và tăng huyết áp vẫn là hai bệnh cảnh phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu, với tỷ lệ lần lượt 29,62% và 25,92% [4].

Về đặc điểm lâm sàng, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đều biểu hiện các triệu chứng cấp tính điển hình của viêm phổi lần lượt là ho (80,4%), khạc đàm (69,6%), khó thở (60,9%), trong khi sốt chiếm tỷ lệ ít hơn (43,5%). Các triệu chứng này cũng đồng nhất với kết quả của Chaudhuri AD và cộng sự, các triệu chứng viêm phổi thường gặp nhất là ho, sốt, khó thở. Liên quan đến các phát hiện trên X-quang, kết quả ghi nhận tỷ lệ thâm nhiễm mới hai bên phổi chiếm đa số (54,3%) so với thâm nhiễm một bên. Kết quả này khác với nghiên cứu của El-Shabrawy M và cộng sự cho biết thâm nhiễm phổi một bên ghi nhận ở 108 (chiếm 80%) bệnh nhân, trong khi thâm nhiễm phổi hai bên ở 27 (chiếm 20%) bệnh nhân [4] hay nghiên cứu của Jayaprakash B và cộng sự cũng ghi nhận thâm nhiễm một bên chiếm 82,9% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu [6].

Chúng tôi phát hiện tỷ lệ nhuộm gram và nuôi cấy vi khuẩn từ dịch rửa phế quản phế nang dương tính tương đối thấp (lần lượt là 41,3% và 43,5%). Kết quả này tương tự với dữ liệu trước đây. Báo cáo của Duarte JC và cộng sự cũng ghi chỉ có 54,1% (20/37) mẫu cho kết quả cấy vi sinh dương tính [3]. Lý giải cho điều này, có thể do việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm sớm làm giảm độ nhạy của xét nghiệm vi sinh [7]. Tuy nhiên, một nghiên cứu gần đây của Panse J và cộng sự cho biết hiệu quả chẩn đoán vi khuẩn của rửa phế quản phế nang bằng nội soi ống mềm là tương đương nhau bất kể việc điều trị hoặc không điều trị bằng kháng sinh

trước đó, dao động 42,3-46,0% ($p > 0,05$) [8]. Rõ ràng, dữ liệu từ nghiên cứu El-Shabrawy M và cộng sự chỉ ra kết quả nhuộm gram dương tính đạt 65,1%, đặc biệt là hiệu quả phân lập được vi khuẩn lên đến 83,7% cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu hiện tại [4]. Lời giải thích khả dĩ nhất là do có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán và góp phần vào sự khác biệt giữa các nghiên cứu bao gồm sự khác biệt về phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm, về quần thể nghiên cứu và các phương pháp phát hiện nuôi cấy, xét nghiệm phát hiện kháng nguyên vi sinh hoặc kỹ thuật dựa trên PCR).

Nghiên cứu hiện tại ghi nhận mặc dù tỷ lệ phân lập được tác nhân gây bệnh tương đối hạn chế nhưng có 37% bệnh nhân được đối kháng sinh sau khi có kết quả kháng sinh đồ từ dịch rửa phế quản phế nang, kết cục cuối cùng ghi nhận có 98% bệnh nhân ổn định và ra viện. Duarte JC và cộng sự cũng cho rằng việc tuân thủ điều trị theo hướng dẫn giúp cải thiện về mặt tổng thể. Các tác giả cũng lưu ý việc phân lập tác nhân gây bệnh từ dịch rửa phế quản phế nang kèm theo sự thay đổi kháng sinh có thể giúp giảm thời gian nằm viện [3].

Chúng tôi xác nhận nghiên cứu này có một số hạn chế bao gồm cỡ mẫu nhỏ, điều trị theo kinh nghiệm và quy trình xét nghiệm vi sinh chưa nhất quán do tiến hành ở hai bệnh viện, vì vậy không thể kiểm soát được các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.

V. KẾT LUẬN

Những phát hiện chính của nghiên cứu cho thấy viêm phổi cộng đồng không đáp ứng điều trị ban đầu có đầy đủ các đặc điểm của một trường hợp viêm phổi cộng đồng thông thường nhưng thường gây thâm nhiễm 2 bên phổi và triệu chứng sốt tương đối ít gặp hơn. Xét nghiệm vi sinh từ dịch rửa phế quản phế nang bằng nội soi ống mềm tuy không nhạy nhưng ở những trường hợp cho kết quả dương tính, việc điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ từ nuôi cấy dịch rửa phế quản phế nang góp phần cải thiện kết cục chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chalmers J.D., Mandal P., Singanayagam A., et al.** Severity assessment tools to guide ICU admission in community-acquired pneumonia: systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2011; 37(9):1409-1420.
2. **Davidson K.R., Ha D.M., Schwarz M.I., Chan E.D.** Bronchoalveolar lavage as a diagnostic procedure: a review of known cellular and molecular findings in various lung diseases. J

- Thorac Dis. 2020; 12(9):4991-5019.
3. **Duarte J.C., Cordeiro C.R., Ferreira A.J.** Role of flexible bronchoscopy in non-resolving community-acquired pneumonia - A retrospective analysis. Rev Port Pneumol (2006). 2017; 23(3):168-169.
 4. **El-Shabrawy M., El-Sokkary R.H.** Role of fiberoptic bronchoscopy and BAL in assessment of the patients with non-responding pneumonia. Egypt J Chest Dis Tuberc. 2016; 65(3):613-620.
 5. **Feinsilver S.H., Fein A.M., Niederman M.S., Schultz D.E., Faegenburg D.H.** Utility of Fiberoptic Bronchoscopy in Nonresolving Pneumonia. Chest. 1990; 98(6):1322-1326.
 6. **Jayaprakash B., Varkey V., Anithakumari K.** Etiology and clinical outcome of non-resolving pneumonia in a tertiary care centre. J Assoc Physicians India, 2012; 60:98-101.
 7. **Kim E.S., Kim E.C., Lee S.M., et al.** Bacterial yield from quantitative cultures of bronchoalveolar lavage fluid in patients with pneumonia on antimicrobial therapy. Korean J Intern Med. 2012; 27(2):156-162.
 8. **Panse J., von Schwanewede K., Jost E., Dreher M., Müller T.** Pulmonary infections in patients with and without hematological malignancies: diagnostic yield and safety of flexible bronchoscopy-a retrospective analysis. J Thorac Dis. 2020; 12(9):4860-4867.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT THANH HÓA

Nguyễn Hải Hà¹, Vũ Ngọc Tú², Bùi Huy Mạnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của và kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa từ tháng 2/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 150 bệnh nhân với tuổi trung bình là 50,9 ± 13,2, nữ giới chiếm 94,7%. Có 40,0% người bệnh đi khám vì tự thấy khối u vùng cổ. 80,0% có bướu to độ 2 theo phân độ bướu cổ của WHO. Khi khám lâm sàng, 86,7% bướu có mật độ cứng, chắc; 81,3% hạn chế di động và 9,3% có hạch cổ. Siêu âm vùng cổ cho kết quả: 75,3% u có kích thước 1- 4cm; 68,0% TIRADS 4; 66,0% có u ở cả hai thùy và 12,0% có hạch. Chọc tế bào trước mổ cho thấy 77,4% có kết quả ung thư giáp và nghi ngờ ác tính. Trong số được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 73,3% được nạo vét hạch cổ nhóm VI. Kết quả mô bệnh học sau mổ cho thấy ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú chiếm 88,7%. Các biến chứng sau mổ gồm: khàn tiếng (6,0) %, tê tay chân (4,0%). Kết quả sớm sau mổ có 87,3% tốt (sau 1 tháng), 94,7% tốt (3 tháng) và 99,3% tốt (6 tháng). **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa phát hay mắc ở nữ với khối u cứng chắc, hạn chế di động và ở giai đoạn TIRADS 4. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa an toàn, đem

lại kết quả tích cực. Một số biến chứng có thể gặp là khàn tiếng, tê tay chân.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF TOTAL THYROIDECTOMY SURGERY TREATMENT OF DIFFERENTIALIZED THYROID CANCER AT THANH HOA ENDOCRINE HOSPITAL

Objective: Evaluate the clinical and paraclinical characteristics of and early results of total thyroidectomy to treat differentiated thyroid cancer at Thanh Hoa Endocrine Hospital. **Research subjects and methods:** Descriptive study on patients diagnosed with differentiated thyroid cancer, undergoing total thyroidectomy at the Department of General Surgery, Thanh Hoa Provincial Endocrinology Hospital since February 2022 to June 2023. **Results:** 150 patients have involved this study with mean age is 50,9 ± 13.2; 94.7% of female. 40% of patients go to the hospital because they see a neck tumor, goiter grading according to WHO 2014 grade II 80%. On clinical examination, 86.7% density was hard and firm; limited mobility 81.3%, clinical cervical lymphadenopathy 9.3%. Ultrasound tumor size 1 - 4cm 75.3%, TIRADS 4 68%, 2 lobes 66%; lymph nodes on ultrasound 12%. Preoperative cytology for malignant thyroid cancer and suspected malignancy in 77.4%. Total thyroidectomy and prophylactic cervical lymphadenectomy group VI 73.3%. Histopathology after surgery for papillary thyroid carcinoma 88.7%. Complications of hoarseness after surgery are 6%, numbness in the hands and feet is 4%. Evaluating early results, 1 month: 87.3% good, 3 months: 94.7% good, 6 months: 99.3% good. **Conclusion:** Differentiated thyroid cancer is more common in women, the tumor is often firm, has limited mobility, and is often TIRADS 4. Treatment is mostly total thyroidectomy and prophylactic lymph node dissection in group VI, hoarseness is common after surgery, and the early results after surgery are mostly good.

¹Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024