

2 thùy chiếm 10,3%.

Về phân độ tổn thương gan theo AAST 2018 của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ chia làm 5 mức độ, ở nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp bảo tồn ở phân độ V. Chúng tôi nhận thấy xu hướng tỷ lệ mức độ chấn thương tập trung ở độ II (38,5%) và III (53,8%) chiếm tỷ lệ cao. Đánh giá hình thái tổn thương qua phim cắt lớp vi tính đa số trường hợp hay gặp nhất là đưng dập và tụ máu nhu mô gan 82,1% cùng với đó là tụ máu dưới bao chiếm 61,5%, 46,2% với đường vỡ gan, nhiều bệnh nhân có phối hợp các hình thái tổn thương gan.

## V. KẾT LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, độ tuổi trung bình là 35,7 ± 12,5 tuổi. Nguyên nhân chính dẫn đến chấn thương là do tai nạn giao thông 94,8%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng, thường đi kèm với chảy máu nhẹ đến trung bình. Tất cả bệnh nhân vỡ gan nhập viện đều có men gan tăng, mức độ tăng cao phụ thuộc vào mức độ tổn thương gan. Phân loại chấn thương theo AAST, chấn thương ở mức độ III là chủ yếu chiếm, sau đó là độ II. Tổn thương ở thùy phải chiếm đa số, trong đó hạ phân thùy VII gặp nhiều nhất. Tổn thương phối hợp gặp nhiều nhất ở chấn thương ngực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công (2021), "Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hoá", Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.
2. Ibrahim Afifi, Sheraz Abayazeed, Ayman El-Menyar, et al (2018), "Blunt liver trauma: a descriptive analysis from a level I trauma center", BMC Surgery, 18, (1), pp. 42.
3. Nguyễn Quang Huy (2022), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương gan được điều trị bảo tồn", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 517, (Số 1).
4. Nguyễn Ngọc Hùng (2012), Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Quỳnh và cộng sự (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Tập 16, (Số đặc biệt 4).
6. Lê Anh Xuân và cộng sự (2019), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, (Số 53).
7. Phạm Tiến Biên, Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn (2020), "Nghiên cứu chẩn đoán chấn thương gan tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Tập 14, (Số 3).
8. Sanoop Zachariah, Vergis Paul, Kocheril Mathews (2017), "Hepatic transaminases as predictors of liver injury in abdominal trauma", International Surgery Journal, 5, 181.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN ASPERGILLUS PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Phúc<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huân<sup>1</sup>,  
Đặng Văn Toàn<sup>1</sup>, Đỗ Thị Hằng<sup>1</sup>, Vũ Đình Phú<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Aspergillus phổi liên quan đến COVID-19 (COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis- CAPA) và tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 65 bệnh nhân bệnh Aspergillus phổi liên quan đến COVID-19 có thở máy tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022, thu thập về các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và đánh giá các yếu tố tiên

lượng tử vong. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 là 23,4% trong tổng số những bệnh nhân COVID-19 có thở máy, với tỷ lệ tử vong 64,6%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,9 tuổi, có 42 bệnh nhân có mắc một bệnh nền trở lên chiếm 64,6%, trong đó tăng huyết áp 28 (43,1%) bệnh nhân và đái tháo đường là 11 (16,9%) bệnh nhân. Các chủng được xác định là Aspergillus fumigatus 58 trường hợp chiếm 89,2% và Aspergillus flavus 07 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,8%. Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong là bệnh nhân có bệnh nền mạn tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh nhân tại thời điểm điều trị CAPA có sốc nhiễm khuẩn, giảm bạch cầu lympho máu dưới 1,0 G/l, giảm tiểu cầu máu dưới 150 G/l, cần hỗ trợ FiO<sub>2</sub> ≥60% trên máy thở và điểm SOFA ≥7. Yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong là bệnh nhân có bệnh nền mạn tính và có sốc nhiễm khuẩn ở thời điểm bắt đầu điều trị CAPA.

**Từ khóa:** COVID-19, Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19-CAPA.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Phú

Email: vudinhphu07@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024

**SUMMARY****CLINICAL MANIFESTATIONS, LABORATORY RESULTS, AND RISK FACTORS FOR MORTALITY OF COVID-19-ASSOCIATED PULMONARY ASPERGILLOSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES**

**Objectives:** This study aimed to analyze the clinical features of COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis (CAPA) and some factors related to death. **Methods:** A retrospective description was conducted on 65 ventilated patients with COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis treated at the National Hospital for Tropical Diseases from May 2021 to May 2022. Data regarding clinical manifestations, laboratory findings, treatment outcomes, and risk factors were collected. **Result:** The incidence of COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis was 23.4% among all mechanically ventilated COVID-19 patients. The mortality rate was 64.6%. The mean age of the study group was 64.9 years, 42 patients having at least one underlying condition, accounting for 64.6%, including 28 (43.1%) patients with hypertension and 11 (16.9%) patients with diabetes mellitus. The pathogenic species identified included *A. fumigatus* in 58 cases (89.2%) and *A. flavus* in 07 cases (10.8%). Factors associated with fatal outcome were comorbidities, history of diabetes, history of hypertension, and patients with sepsis shock, lymphocyte blood count < 1.0 G/l, platelet count < 150 G/l, requiring FiO<sub>2</sub> support ≥60% on a ventilator, and SOFA score ≥7 at the time of CAPA treatment. Independent predictors for mortality were comorbidities and sepsis shock at the time of CAPA treatment. **Keywords:** COVID-19, COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis- CAPA.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm nấm xâm lấn là một trong các bệnh lý nhiễm trùng có tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao, thường xảy ra trên các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như suy giảm miễn dịch, ghép tạng, ung thư. Trong bối cảnh đại dịch hiện nay, bệnh nhân mắc COVID-19 nặng có nhiều nguy cơ phát triển các nhiễm trùng thứ phát, trong đó nhiễm nấm xâm lấn chiếm một tỷ lệ không nhỏ. Đây có thể là hệ quả tác động của virus lên hệ thống miễn dịch hoặc do các can thiệp điều trị xâm nhập (thở máy) hoặc các thuốc có tác dụng ức chế miễn dịch (steroid) làm suy yếu khả năng miễn dịch chống lại nấm. Bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (CAPA) đã được báo cáo ở nhiều nghiên cứu trên thế giới, và được ghi nhận như là biến chứng chính ở bệnh nhân mức độ nặng/ nguy kịch. Một nghiên cứu tổng quan có hệ thống năm 2021 nhằm xác định tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của tình trạng nhiễm nấm Aspergillus trên bệnh nhân COVID-19, kết quả ước tính khoảng 10-20% bệnh nhân COVID-19 nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực phát triển

nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn<sup>1</sup>. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ tích lũy đối với nhiễm nấm xâm lấn biến thiên từ 5 đến 40%, tỷ lệ này đặc biệt cao ở bệnh nhân thở máy<sup>2</sup>. Trong khi đó, đây là một tình trạng bệnh đe dọa tính mạng với tỷ lệ tử vong cao (thường >60%) mặc dù đã được điều trị kháng nấm<sup>3</sup>. Ở Việt Nam, các số liệu về nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn đã được công bố, nhưng hiện chưa có báo cáo nào đối với nhóm bệnh nhân COVID-19. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương là đơn vị điều trị các bệnh nhân COVID-19 nặng và nguy kịch, đã và đang có nhiều ca bệnh nhiễm nấm Aspergillus xuất hiện. Tuy nhiên, việc chẩn đoán sớm nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn vẫn là một thách thức trong thực hành lâm sàng do các triệu chứng không đặc hiệu, đòi hỏi phải dựa vào việc đánh giá các yếu tố nguy cơ nhiễm nấm và sự kịp thời cũng như sự sẵn có của các kỹ thuật xét nghiệm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng tử vong của bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (CAPA) có thở máy tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (CAPA) trong quá trình điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung từ tháng 5/2021 đến tháng 5/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu nếu thỏa mãn tất cả những điểm dưới đây:

Nhiễm SARS-CoV-2 (có triệu chứng trên lâm sàng và có kết quả xác định bằng xét nghiệm RT-PCR. Có kết quả xét nghiệm nuôi cấy dịch phế quản, dịch hút nội khí quản dương tính với nấm Aspergillus trong quá trình điều trị. Xác định và chẩn đoán bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (CAPA) theo tiêu chí đồng thuận ECMM/ISHAM 2020<sup>4</sup>.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu****Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5/2021 đến tháng 5/2022.

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian trên

sẽ được thu thập.

**Biến số nghiên cứu.** Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh lý nền, tiêm vaccine phòng COVID-19. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: số ngày nằm viện điều trị, số ngày thở máy, số ngày nằm khoa hồi sức tích cực, triệu chứng và ngày phát hiện/ nghi ngờ CAPA, nhiệt độ khi khởi phát và điều trị CAPA, công thức máu, hóa sinh máu, đông máu, CRP, creatinine, D-Dimer. Xét nghiệm cấy máu, đờm, nước tiểu, dịch khác: nhuộm soi, nuôi cấy, các chủng loại nấm Aspergillus phân lập được, X-quang, CLVT phổi.

**Các thức thu thập thông tin:** Thu thập số liệu theo bệnh án của bệnh nhân.

**Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê: tính trung bình, trung vị, so sánh tỷ lệ bằng thuật toán  $\chi^2$ , phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến; các thuật toán có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Nghiên cứu không làm thay đổi chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân. Mọi

thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

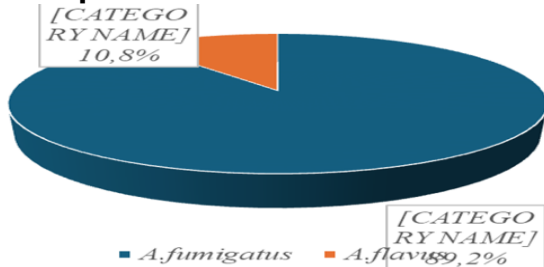
**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi thu thập 278 bệnh nhân COVID-19 có thở máy và sàng lọc được 65 bệnh nhân bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (CAPA) có đầy đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu chiếm tỷ lệ 23,4%. Trong số 65 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,9 tuổi, đa số bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 63,1%. Trong nghiên cứu này, có 42 bệnh nhân có mắc một bệnh nền trở lên chiếm 64,6%, trong đó chủ yếu là tăng huyết áp 28 (43,1%) bệnh nhân và đái tháo đường là 11 (16,9%) bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân được tiêm vaccine phòng COVID-19 là 15,4%, trong đó đa số là tiêm một mũi (6/10 bệnh nhân). Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu này đều nhập viện trong tình trạng nặng và nguy kịch, trong đó có 41,5% bệnh nhân nhập viện trong tình trạng đã phải can thiệp đặt ống nội khí quản, thở máy.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu và tử vong**

Đặc điểm	Nhóm	Tử vong/Xin về		Còn sống		OR	95% CI	p
		n	%	n	%			
Tuổi ≥ 65		25	59,5	17	34,8	2,76	0,96-7,93	0,056
Nam giới		24	57,1	08	34,8	2,50	0,87-7,17	0,085
Có bệnh mạn tính		33	78,6	09	39,1	5,70	1,87-17,4	0,001
Tăng huyết áp		22	52,4	06	26,1	3,11	1,03-9,46	0,041
Đái tháo đường		11	26,2	00	0,0	1,74	1,38-2,19	0,006
Chưa tiêm vaccine		38	90,5	17	73,9	0,30	0,07-1,20	0,077
Đặt ống NKQ trước khi nhập viện		16	38,1	11	47,8	0,67	0,24-1,88	0,447

**Nhận xét:** Khi so sánh đặc điểm chung của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm bệnh nhân có bệnh nền mạn tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

**3.2. Các đặc điểm và kết quả điều trị khi được chẩn đoán CAPA**



**Biểu đồ 1. Các chủng Aspergillus phân lập được**

**Nhận xét:** Kết quả cấy dịch phế quản/ dịch hút nội khí quản của bệnh nhân phân lập là hai chủng Aspergillus, trong đó đa số là Aspergillus

fumigatus chiếm tỷ lệ 89,2%, và 10,8% là Aspergillus flavus.

**Bảng 2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực khi vào viện và lúc chẩn đoán CAPA**

Hình ảnh CLVT	Lúc nhập viện (n=28)	Lúc chẩn đoán CAPA (n=18)
Tổn thương kính mờ <50%	14	05
Tổn thương kính mờ ≥50%	08	12
Nốt hoặc đám đông đặc	15	13
Lát đá	02	05
Dạng dải mờ	09	06
Giãn phế quản	03	02
Kén khí	01	02
Dày thành phế quản	00	01
Quầng sáng (Halosigns)	00	01

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này có 18 BN được chụp CLVT ngực lúc chẩn đoán CAPA trong đó ghi nhận nhiều nhất là nốt hoặc đám đông

đặc phổi 13/18 (72,2%), kính mờ  $\geq 50\%$  là 12/18 (66,7%), dạng dài mờ 06/18 (33,3%), lát đá 05/18 (27,8%), giãn phế quản và kén khí là 02/18 (11,1%), dấu hiệu quang sáng (Halosign) 01/18 (5,6%).

**Bảng 3. Thời gian chẩn đoán và kết quả điều trị của bệnh nhân CAPA**

Thời gian	Tình trạng ra viện		Tổng
	Còn sống (n=23)	Tử vong (n=42)	
Từ lúc nhập viện đến lúc chẩn đoán CAPA (ngày)	10,5±11,7 (0,0-49,0)	9,6±11,6 (0,0-55,0)	9,9±11,5 (0,0-55,0)
Từ lúc BN bắt đầu SHH đến lúc chẩn đoán CAPA (ngày)	11,9±11,4 (1,0-43,0)	11,9±10,8 (1,0-49,0)	11,9±10,9 (1,0-49,0)
Từ lúc đặt ống NKQ đến lúc	8,9±11,6 (0,0-41,0)	6,8±10,8 (0,0-44,0)	7,6±11,0 (0,0-44,0)

chẩn đoán CAPA			
Số ngày điều trị tại bệnh viện (ngày)	38,6±20,2 (10,0-82,0)	33,6±18,6 (6,0-71,0)	35,4±32,0 (6,0-82,0)
Số ngày thở máy (ngày)	27,1±19,7 (2,0-68,0)	29,4±18,6 (2,0-71,0)	28,6±18,8 (2,0-71,0)

**Nhận xét:** Thời gian để chẩn đoán CAPA trung bình 9,9 ngày từ lúc nhập viện, sau trung bình khoảng 11,9 ngày kể từ khi bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp (SHH) và trung bình 7,6 ngày kể từ khi bệnh nhân đặt ống nội khí quản, thở máy.

Trong nghiên cứu này, có 42 bệnh nhân tử vong/xin về là chiếm tỷ lệ 64,6%. Thời gian trung bình bệnh nhân nằm viện là 35,4 ngày, ngắn nhất là 6,0 ngày và dài nhất là 82 ngày, trong đó cần trung bình 28,6 ngày thở máy.

**3.3. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân CAPA**

**Bảng 4. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, can thiệp điều trị tại thời điểm bắt đầu điều trị CAPA và tỷ lệ tử vong (n=65)**

Biến số	Nhóm Tử vong/xin về		Còn sống		OR	95% CI	p
	n	%	n	%			
Nhiệt độ >37,5 độ C	10	23,8	06	26,1	0,88	0,27-2,85	0,838
Dùng vận mạch	18	42,9	03	13,0	5,0	1,28-19,46	0,014
Bạch cầu toàn phần >10 G/l	35	83,3	19	82,6	1,05	0,27-4,06	0,94
Bạch cầu lympho < 1,0 G/l	36	85,7	13	56,5	4,61	1,40-15,24	0,009
Hemoglobin < 120 g/l	31	73,8	20	87,0	0,42	0,11-1,71	0,218
Tiểu cầu máu < 150 G/l	21	50,0	04	17,4	4,75	1,38-16,35	0,01
D-Dimer > 1000 ng/ml	33	80,5	18	85,7	0,69	0,16-2,92	0,61
Tỷ số PaO2/FiO2 $\leq 100$	17	81,0	04	19,0	3,23	0,93-11,18	0,057
FiO2 $\geq 60\%$	26	61,9	06	26,1	4,60	1,50-14,11	0,006
pH máu < 7,35	11	27,5	04	17,4	1,80	0,50-6,49	0,364
pCO2 máu > 45 mmHg	14	35,9	05	21,7	2,01	0,61-6,61	0,243
Lactat máu >2,0 mmol/l	10	23,8	05	21,7	1,12	0,33-3,81	0,85
CRP >100 mg/l	16	38,1	04	17,4	2,92	0,84-10,1	0,084
Creatinine máu > 120 $\mu$ mol/l	07	16,7	01	4,3	4,40	0,51-38,23	0,148
SOFA $\geq 7$ điểm	23	85,2	04	14,8	5,75	1,67-19,82	0,003
Có lọc máu liên tục (CRRT)	33	78,6	20	87,0	0,55	0,13-2,27	0,405
Có tuần hoàn ngoài cơ thể (ECMO)	15	35,7	03	13,0	3,70	0,94-14,54	0,051

**Nhận xét:** Ở thời điểm bắt đầu điều trị thuốc kháng nấm cho bệnh nhân CAPA, tỷ lệ bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn, giảm bạch cầu lympho máu < 1,0 G/l, giảm tiểu cầu máu dưới 150 G/l, cần hỗ trợ FiO2 thở máy  $\geq 60\%$  và có điểm SOFA  $\geq 7$  ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn sống, p < 0,05.

**Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan tử vong**

Đặc điểm	OR	95% CI	p
Có bệnh mạn tính	6,80	1,59-29,01	0,010
Có sốc nhiễm khuẩn	6,94	1,38-34,72	0,018

**Nhận xét:** Phân tích hồi quy logistic đa biến

thấy bệnh nhân có bệnh nền mạn tính, có sốc nhiễm khuẩn tại thời điểm điều trị thuốc kháng nấm cho CAPA là các yếu tố độc lập liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu, p < 0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu này của chúng tôi sàng lọc từ 278 bệnh nhân COVID-19 có thở máy được 65 bệnh nhân bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (CAPA) có đầy đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu chiếm tỷ lệ 23,4%. Tỷ lệ này tương đối đồng nhất so với các nghiên cứu trên thế giới, trong đó một nghiên cứu gộp 27 báo

cáo về CAPA trên 6848 bệnh nhân, được xuất bản năm tháng 1 năm 2024 cho thấy tỷ lệ này là 19,3%, và tỷ lệ chẩn đoán CAPA dao động từ 2,5 đến 47,2%<sup>3</sup>. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,9 tuổi, trong đó có 63,1% bệnh nhân có độ tuổi trên 60. Điều này cho thấy bệnh nhân CAPA thường có xu hướng ở những bệnh nhân lớn tuổi, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Francesca Gioia và cộng sự cho thấy độ tuổi cho những bệnh nhân CAPA trung bình là 66,6 tuổi<sup>3</sup>.

Trong 65 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 64,6% bệnh nhân có bệnh lý kèm theo, trong đó bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm đa số với tỷ lệ 43,1%, tiếp theo là bệnh đái tháo đường chiếm 16,9%. Các nghiên cứu cho thấy rằng những bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính về tim mạch, hô hấp và ung thư là yếu tố nguy cơ đối với nhiễm Aspergillus<sup>3,5</sup>. Kết quả chụp CLVT của 18 bệnh nhân thời điểm chẩn đoán CAPA cũng ghi nhận chủ yếu tổn thương là nốt hoặc đám đông đặc phổi chiếm 72,2%, kính mờ  $\geq 50\%$  phổi chiếm 66,7%, lát đá chiếm 27,8%, chỉ có 01 bệnh nhân có ghi nhận dấu hiệu quầng sáng. Trong một phân tích trên 35 bệnh nhân CAPA của Hong và cộng sự cho thấy dấu hiệu ghi nhận nhiều nhất trên CLVT ngực của bệnh nhân CAPA là đông đặc chiếm 42,9%, tiếp theo đây là hình ảnh kính mờ và lát đá 28,6%<sup>6</sup>. Điều này cho thấy rằng các đặc điểm hình ảnh CLVT của nhiễm Aspergillus xâm lấn phổi có thể không rõ ràng trong bệnh viêm phổi nặng do COVID-19. Vì vậy, dựa vào tiêu chí chẩn đoán hình ảnh cho CAPA cần có nhiều các nghiên cứu sâu hơn. Các chủng Aspergillus phân lập trong nhóm CAPA trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận 2 chủng chính là *A. fumigatus* và *A. flavus*, trong đó chủng *A. fumigatus* chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 89,8%, và *A. flavus* là 10,8%. Kết quả này cũng tương tự báo cáo khác trên thế giới ghi nhận đa số là hai chủng *A. fumigatus* và *A. flavus* ở bệnh nhân CAPA<sup>7</sup>.

Đi sâu hơn vào nguyên nhân gây tử vong cao của CAPA, chúng tôi chia bệnh nhân CAPA thành nhóm sống sót ( $n = 23$ ) và nhóm tử vong ( $n = 42$ ) và so sánh các đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng giữa hai nhóm ở thời điểm bắt đầu điều trị của hai nhóm bệnh nhân tử vong và bệnh nhân sống sót, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân có bệnh nền mạn tính, tăng huyết áp, đái tháo đường cao hơn. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy các bệnh nhân có bệnh nền liên quan đến tim mạch, và đái tháo đường là yếu tố nguy cơ

tử vong đối với CAPA<sup>3,5</sup>. Một phát hiện quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi là mối liên quan giữa giảm bạch cầu lympho và giảm tiểu cầu với tiên lượng xấu. Một số tác giả đã báo cáo giảm tế bào lympho là yếu tố nguy cơ của CAPA và là yếu tố dự báo mức độ nghiêm trọng ở bệnh nhân COVID-19<sup>3,8</sup>. Giảm tiểu cầu đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ và tiên lượng xấu đối với bệnh nhân ARDS do COVID-19. Sự suy giảm tiểu cầu làm tăng nguy cơ chảy máu phế nang, tăng sự phát tán của vi khuẩn, số lượng cytokine huyết tương và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Cũng như nghiên cứu của chúng tôi trong báo cáo của Wang và cộng sự cho thấy BN CAPA có số lượng tiểu cầu khi nhập viện của nhóm bệnh nhân CAPA tử vong cũng thấp hơn so với số lượng tiểu cầu của nhóm bệnh nhân sống sót<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có mức độ tổn thương chức năng phổi nặng cần hỗ trợ mức FiO<sub>2</sub> trên máy thở  $\geq 60\%$ , điểm SOFA  $\geq 7$  điểm và có sốc nhiễm khuẩn tại thời điểm bệnh nhân được điều trị thuốc kháng nấm cũng có nguy cơ tử vong cao so với nhóm còn lại. Liên quan đến tỷ lệ tử vong tại bệnh viện của CAPA theo hồi quy logistic đa biến, bệnh nhân có bệnh nền mạn tính sốc nhiễm trùng có tỷ lệ tử vong cao hơn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Alessandra và cộng sự cho thấy rằng ở nhóm bệnh nhân tử vong do CAPA bệnh nhân cần có hỗ trợ FiO<sub>2</sub> trên máy thở và điểm suy tạng cao hơn<sup>8</sup>. Và trong một phân tích gộp của Sharma và cộng sự trên 1510 ca CAPA nhập viện ở Hoa Kỳ tác giả cũng báo cáo bệnh nền mạn tính và sốc nhiễm khuẩn là hai yếu tố liên quan độc lập đến tiên lượng tử vong của CAPA<sup>5</sup>. Theo tác giả nhiễm trùng nặng với bệnh Aspergillosis xâm lấn và COVID-19 có thể dẫn đến suy nội tạng, tổn thương thận cấp tính và đông máu nội mạch lan tỏa. Do đó, sự phát triển của nhiễm trùng nặng do Aspergillosis xâm lấn ở COVID-19 có sốc nhiễm khuẩn, kèm theo suy đa cơ quan có liên quan đến tỷ lệ tử vong tăng lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tái khẳng định tầm quan trọng của việc sàng lọc các yếu tố nguy cơ liên quan đến đặc điểm của bệnh nhân cũng như một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng trong quá trình điều trị cũng như tiên lượng tình trạng tử vong của bệnh nhân CAPA.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong của bệnh Aspergillus phổi liên quan đến COVID-19 là 64,6%. Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong là bệnh nhân có bệnh nền mạn tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh nhân

tại thời điểm điều trị CAPA có sốc nhiễm khuẩn, giảm bạch cầu lympho máu, giảm tiểu cầu, cần hỗ trợ FiO<sub>2</sub> ≥60% trên máy thở và điểm SOFA ≥7. Yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong là bệnh nhân có bệnh nền mạn tính và có sốc nhiễm khuẩn ở thời điểm bắt đầu điều trị CAPA.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mitaka H, Kuno T, Takagi H et al.** Incidence and mortality of COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis: A systematic review and meta-analysis. *Mycoses*. 2021/09/01 2021. 64(9):993-1001. doi:https://doi.org/10.1111/myc.13292.
2. **Salmanton-García J, Sprute R, Stemler J, et al.** COVID-19-Associated Pulmonary Aspergillosis, March–August 2020. *Emerging Infectious Disease Journal*. 2021. 27(4):1077. doi:10.3201/eid2704.204895.
3. **Gioia F, Walti LN, Orchanian-Cheff A, et al.** Risk factors for COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. Mar 2024. 12(3):207-216. doi:10.1016/S2213-2600(23)00408-3.
4. **Koehler P, Bassetti M, Chakrabarti A, et al.** Defining and managing COVID-19-associated

- pulmonary Aspergillosis: the 2020 ECMM/ISHAM consensus criteria for research and clinical guidance. *Lancet Infect Dis*. Jun 2021. 21(6): e149-e162. doi:10.1016/S1473-3099(20)30847-1.
5. **Sharma A, Sharma A, Soubani AO.** Incidence and in-hospital outcomes of coronavirus disease 2019-associated pulmonary Aspergillosis in the United States. *Ann Thorac Med*. Jan-Mar 2024. 19(1):87-95. doi:10.4103/atm.atm\_190\_23.
  6. **Hong W, White PL, Backx M, et al.** CT findings of COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis: a systematic review and individual patient data analysis. *Clin Imaging*. Oct 2022. 90:11-18. doi:10.1016/j.clinimag.2022.07.003.
  7. **Wang Y, Yao Y, Zhang Q, et al.** Clinical courses and outcomes of COVID-19 associated pulmonary Aspergillosis in 168 patients with the SARS-CoV-2 omicron variant. *BMC Infect Dis*. Jan 23 2024. 24(1):117. doi:10.1186/s12879-023-08971-w.
  8. **Iacovelli A, Oliva A, Mirabelli FM, et al.** Risk factors for COVID-19 associated pulmonary Aspergillosis and outcomes in patients with acute respiratory failure in a respiratory sub-intensive care unit. *BMC Infect Dis*. Apr 11 2024. 24(1):392. doi:10.1186/s12879-024-09283-3.

## ĐÁNH GIÁ SỰ CẢI THIỆN TRIỆU CHỨNG CHỦ QUAN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2023

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>, Trần Hữu Hiếu<sup>2</sup>

tuyến tiền liệt, Triệu chứng chủ quan.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá sự cải thiện triệu chứng chủ quan sau phẫu thuật nội soi điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 83 bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định Năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 62,3 ± 4,3 tuổi; Trọng lượng u tuyến tiền liệt trung bình là 62,7 ± 6,5 gram; Điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật là 20,6 ± 5,4 điểm; Điểm IPSS trung bình sau phẫu thuật là 6,8 ± 1,3 điểm; Phân loại điểm chất lượng cuộc sống trước phẫu thuật: mức độ trung bình là 50,6%, mức độ nặng là 37,3% và tốt chiếm 4,3%; Phân loại điểm chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật tập chung ở mức 0-2 điểm chiếm 78,3%, mức độ trung bình là 21,7%. **Kết luận:** Triệu chứng chủ quan cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật nội soi điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. **Từ khóa:** Tăng sản lành tính

### SUMMARY

#### EVALUATION THE IMPROVEMENT OF SUBJECTIVE SYMPTOMS POST-OPERATIVE LAPAROSCOPY OF BENIGN PROSTATE HYPERPRODUCTION PATIENTS

**Objective:** To evaluate the improvement of subjective symptoms post-operative laparoscopy of benign prostatic hyperplasia patients. **Method:** Cross-sectional description of 83 patients with benign prostatic hyperplasia undergone laparoscopy at Nam Dinh general hospital in 2023. **Results:** The mean age was 62.3 ± 4.3 years; The mean prostate tumor weight was 62.7 ± 6.5 grams; The mean preoperative IPSS score was 20.6 ± 5.4 points; The mean post-operative IPSS score was 6.8 ± 1.3 points; Classification of quality of life scores before surgery: average level is 50.6%, severe level is 37.3% and good level is 4.3%; Classification of quality of life after surgery is concentrated at 0-2 points, accounting for 78.3%, the average level is 21.7%. **Conclusion:** Subjective symptoms improved significantly after laparoscopy of benign prostatic hyperplasia.

**Keywords:** Benign prostatic hyperplasia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL)

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024