

nâng cao tỷ lệ người dân được chăm sóc sức khỏe ban đầu để nhận biết được những triệu chứng bệnh giúp hạn chế các yếu tố chủ quan của bệnh nhân bệnh lý mạch vành.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên là 67,36 tuổi, chủ yếu thuộc độ tuổi từ 60-80; đa số bệnh nhân là nam giới.

Các yếu tố nguy cơ tim thấy bao gồm có tiền sử bệnh Tăng huyết áp, Đái tháo đường, suy tim, tiền sử hút thuốc lá và tiền sử can thiệp mạch trước đó.

Triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất là đau ngực điển hình, phần lớn có phân độ Kilip I/II, vùng nhồi máu quan sát trên điện tâm đồ chiếm nhiều là NMCT thành dưới và NMCT trước vách.

Thời gian cửa-bóng trung bình trong nghiên cứu là  $329,48 \pm 313,90$  phút; trong đó, thời gian từ khi nhập viện-phòng can thiệp là  $312,45 \pm 314,14$  phút; thời gian từ phòng can thiệp-nong bóng là  $17,02 \pm 5,56$  phút. Tỷ lệ bệnh nhân trì hoãn thời gian cửa-bóng ( $>120$  phút) cao, chiếm 69,15%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mensah GA, Roth GA, Fuster V (2019). The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors: 2020 and Beyond. *J Am Coll Cardiol*,

74(20), pp.2529-2532.

- Salari N, Morddarvanjoghi F, Abdolmaleki A, et al. (2023). The global prevalence of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*, 23(206).
- Hoa LN, Quyen TB, Hoang VT, et al. (2022). Characteristics, in-hospital management, and complications of acute myocardial infarction in northern and Central Vietnam. *International Journal of Cardiology*, 364(2022), pp.133-138.
- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*, 44(38), pp.3720-3826.
- Al-Rumhi MA, Sabei SDA, Al-Noumani HS, et al. (2024). Influence of Organisational-Level Factors on Delayed Door-to-Balloon Time among Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 24(2), pp.177-185.
- Holzmann MJ, Andersson T, Doemland ML, Roux S (2023). Recurrent myocardial infarction and emergency department visits: a retrospective study on the Stockholm Area Chest Pain Cohort. *Open Heart*, 10(1), pp.1-9.
- Lợi NH, Hùng PM, Chinh ĐĐ (2023). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*, 162(1), pp.237-246.
- Thắng VV, Phong PT, Kiên NT (2019). Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp mạch vành tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017-2018. *Tạp chí Y tế Công cộng*, 21, pp.1-6.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI THỞ MÁY LIÊN QUAN ĐẾN ELIZABETHKINGIA ANOPHELIS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Thân Mạnh Hùng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Cường Thạch<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh viêm phổi thở máy liên quan đến Elizabethkingia anophelis. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 bệnh nhân chẩn đoán, điều trị viêm phổi thở máy liên quan đến E. anophelis tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương thời gian từ 01/2020 đến tháng 5/2024. Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: tăng tiết

đờm (97,3%), khó thở (94,5%), rì rào phế nang giảm (97,3%), ran nổ (90,4%). Tăng bạch cầu máu gộp ở 58,9% bệnh nhân. Phần lớn (63,0%) có tổn thương thâm nhiễm trên phim X-quang phổi. Thiếu máu chiếm 63,0% (trong đó thiếu máu vừa: 45,2%). Tổn thương gan, thận: AST: 63,0%, ALT: 46,6%, Ure: 46,6%, Creatinine: 28,8%. Tăng CRP > 10mg/LL chiếm 94,5%, Tăng PCT > 0,05 ng/L chiếm 100% (13,7% tăng > 2ng/L), 94,4% bệnh nhân có tăng D-dimer > 500 ng/L. **Kết luận:** Tăng tiết đờm là triệu chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm phổi thở máy liên quan E. anophelis. Tổn thương trên X-quang phổi chủ yếu là thâm nhiễm, phần lớn có tăng bạch cầu, thiếu máu. **Từ khóa:** Viêm phổi thở máy, Elizabethkingia anophelis

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

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 4, Cục Hậu cần, Quân khu 4

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cường Thạch

Email: bacsythach1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024

### SUMMARY

THE CLINICAL MANIFESTATIONS, LABORATORIES OF PATIENTS WITH PNEUMONIA CAUSED BY ELIZABETHKINGIA

## ANOPHELIS IN NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

**Objective:** Describe clinical manifestations and laboratories of patients with ventilator-associated pneumonia related to Elizabethkingia anophelis. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 73 patients diagnosed and treated for ventilator-associated pneumonia related to E. anophelis at the Central Hospital for Tropical Diseases from January 2020 to May 2024. Data were analyzed by SPSS 20.0 software. **Results:** Main clinical symptoms: increased sputum secretion (97.3%), dyspnea (94.5%), decreased breath sounds (97.3%), crackles (90.4%). Leukocytosis was found in 58.9% of patients. The majority (63.0%) had infiltrative lesions on chest X-ray. Anemia accounted for 63.0% (of which moderate anemia: 45.2%). Many patients had liver and kidney damage: increase AST (63.0%), ALT (46.6%), increase Urea (46.6%), Creatinine (28.8%). Increased CRP > 10mg/LL accounted for 94.5%, increased PCT > 0.05 ng/L in all patients, 94.4% of patients had increased D-dimer > 500 ng/L. **Conclusion:** Increased sputum secretion is the most common symptom in patients with ventilator-associated pneumonia associated with E. anophelis. Lesions on chest X-ray were mainly infiltrates, most had leukocytosis and anemia. **Keywords:** Ventilator-associated pneumonia, Elizabethkingia anophelis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi thở máy (còn gọi là viêm phổi liên quan thở máy) là một dạng viêm phổi bệnh viện mắc phải thường gặp nhất ở các bệnh nhân được điều trị tại khoa hồi sức tích cực, với tỷ lệ tử vong cao. Vi khuẩn thuộc chi Elizabethkingia trong những năm gần đây đã nổi lên như một mầm bệnh quan trọng trong nhiễm trùng bệnh viện và thường liên quan đến tỷ lệ tử vong cao [1]. Các tài liệu gần đây đã báo cáo tình trạng nhiễm trùng Elizabethkingia spp. có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết, viêm phổi với tỷ lệ tử vong cao và vi khuẩn này trong một số trường hợp gây viêm màng não ở trẻ sơ sinh [2]. Nghiên cứu của Choi và cộng sự năm 2015 tại một bệnh viện Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ nhiễm Elizabethkingia đã tăng từ 0,02/1000 bệnh nhân nội trú năm 2009 lên tới 0,88/1000 bệnh nhân nội trú năm 2017, trong đó gia tăng chủ yếu là E. anophelis và ở bệnh phẩm đường hô hấp [3]. Bệnh cảnh lâm sàng nhiễm Elizabethkingia spp. đa dạng, ít đặc hiệu, khó phân biệt với nhiễm khuẩn do vi khuẩn khác gây khó khăn trong việc điều trị, tiên lượng bệnh. Elizabethkingia spp. gây bệnh ở nhiều đối tượng khác nhau, bao gồm cả trẻ sơ sinh và người lớn. E. Anophelis là một căn nguyên gây viêm phổi bệnh viện cần lưu tâm vì tính kháng kháng sinh với nhiều loại kháng sinh phổ rộng thường dùng trong điều trị viêm phổi thở máy.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 73 bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị viêm phổi thở máy liên quan Elizabethkingia anophelis tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương thời gian từ 01/2020 đến tháng 5/2024.

### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi thở máy theo tiêu chuẩn của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ và Hiệp hội Bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ năm 2016 [4];

+ Chẩn đoán căn nguyên: Có kết quả nuôi cấy bệnh phẩm (dịch hút nội khí quản/Mở khí quản và/hoặc dịch rửa phế quản) dương tính 3+ trở lên với E.anophelis;

+ Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân viêm phổi thở máy từ cơ sở y tế khác chuyển đến;

+ Bệnh nhân xin về mà không theo dõi được kết cục điều trị.

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ: không mô tả rõ các đặc điểm lâm sàng, thiếu các chỉ số xét nghiệm (bao gồm: công thức máu, sinh hóa máu);

+ Bệnh nhân/người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu (giai đoạn tiền cứu).

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang.

### 2.2.1. Cách chọn mẫu và cỡ mẫu

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: Thu nhận toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

### 2.2.2. Các biến số, chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: (1) Tuổi (năm): Tính tuổi trung bình; (2) Giới: Nam/nữ. Tính tỷ lệ bệnh nhân theo giới tính;

- Đặc điểm lâm sàng: (1) Triệu chứng lâm sàng (tăng tiết đờm, thay đổi màu sắc đờm, ho, khó thở); (2) Đặc điểm nhiệt độ cơ thể; (4) Các dấu hiệu lâm sàng khác: rale phổi, rung thanh, rì rào phế nang, gõ phổi;

- Đặc điểm cận lâm sàng: Bạch cầu, X quang phổi.

**2.3. Tiêu chuẩn, quy trình được sử dụng trong nghiên cứu**

- **Xét nghiệm nuôi cấy và định danh vi khuẩn.** Quy trình nuôi cấy và định danh vi

khẩn E. anophelis được thực hiện tại khoa Vi sinh - Sinh học phân tử Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trên máy định danh tự động MALDI Biotyper. Trường hợp điểm kết quả không cao

hoặc không định danh được thì chạy VITEK 2-COMPACT hoặc giá đường API để khẳng định kết quả.

**- Các giá trị bình thường của một số chỉ số cận lâm sàng:** Các xét nghiệm này được thực hiện tại các khoa Huyết học, Vi sinh - Sinh học phân tử và Chẩn đoán hình ảnh thuộc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

**2.4. Phân tích số liệu:** Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%), tuổi là biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là  $62,9 \pm 18,0$ , tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 64,4%, nữ chỉ chiếm 35,6%. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu như sau:

**Bảng 3.1. Đặc điểm triệu chứng hô hấp (n=73)**

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thay đổi màu sắc da	63	86,3
Ho	65	89,0
Sốt > 38 độ C	16	21,9
Khó thở	69	94,5
Tăng tiết đờm	71	97,3
Rì rào phế nang giảm	71	97,3
Gõ đục	64	87,7
Rung thanh tăng	64	87,7
Rale nổ	66	90,4

Tăng tiết đờm là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất chiếm 97,3%. Hầu hết bệnh nhân có rì rào phế nang giảm với 97,3%, chiếm tỷ lệ cao nhất. Tiếp đến là triệu chứng ran nổ (90,4%).

**Bảng 3.2. Đặc điểm xét nghiệm huyết học của đối tượng nghiên cứu (n=73)**

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (G/l)	<4	5,5
	4 -10	35,6
	>10	58,9
Tiểu cầu (G/l)	< 50	5,5
	50-150	28,8
	> 150	65,8
Hồng cầu (G/l)	>120	37,0
	90 ≤ - ≤ 120	11,0
	60 ≤ - < 90	45,2
	< 60	6,8

Phần lớn bệnh nhân có bạch cầu tăng (58,9%), có 5,5% số bệnh nhân có giảm bạch cầu. Phần lớn bệnh nhân có số lượng tiểu cầu >150 G/l (65,8%).

**Bảng 3.3. Đặc điểm một số xét nghiệm sinh hóa máu (n=73)**

Chỉ số	Giá trị	Số lượng (n=73)	Tỷ lệ %
Ure máu (mmol/l)	≤7,5	39	53,4
	>7,5	34	46,6
Creatinin Máu (μmol/l)	<110	52	71,2
	110-129	4	5,5
	130-299	12	16,4
	300-499	2	2,7
	500-900	3	4,1
>900	0	0	
ALT (U/l)	≤40	39	53,4
	> 40	34	46,6
AST (U/l)	≤40	27	37,0
	> 40	46	63,0
D-dimer (ng/l)	>500	69	94,5
	≤500	4	5,5
CRP (mg/L)	<10	4	5,5
	10 - < 40	16	21,9
	40 - 180	40	54,8
> 180	13	17,8	
PCT (ng/ml)	< 0,05	0	0
	0,05 - 2	63	86,3
	2 - 10	7	9,6
	10 - 99	3	4,1
≥ 100	0	0	

Có 28,5% bệnh nhân có nồng độ Creatinin máu > 110 μmol/l. Có 46,6% bệnh nhân với ALT > 40 U/l. Hầu hết bệnh nhân có nồng độ CRP > 10 mg/L. Tất cả các bệnh nhân đều có PCT bất thường (PCT từ 0,05-2 ng/ml là cao nhất chiếm 86,3%).

**Bảng 3.4. Đặc điểm xét nghiệm khí máu động mạch (n=73)**

Chỉ số	Giá trị	Số lượng (n=73)	Tỷ lệ %
pH	<7,35	10	13,7
	7,35-7,45	30	41,1
	>7,45	33	45,2
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	< 22 mEq/l	20	27,4
	22-26 mEq/l	31	42,5
	> 26 mEq/l	22	30,1
PCO <sub>2</sub>	< 35 mmHg	36	49,3
	35-45 mmHg	23	31,5
	> 45 mmHg	14	19,2
PO <sub>2</sub>	< 80 mmHg	39	53,4
	80-100 mmHg	20	27,4
	> 100 mmHg	14	19,2
P/F	>300	15	20,5
	201-300	25	34,2
	100-200	19	26,0
	<100	14	19,2

Có 53,4% bệnh nhân có PO<sub>2</sub> < 80mmHg, có 49,3% bệnh nhân có PCO<sub>2</sub> < 35mmHg. 42,5% bệnh nhân có suy hô hấp nặng với P/F < 200.

**Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh (n=73)**

Dạng tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Đông đặc	15	20,5
Thâm nhiễm	46	63,0
Dày mô kẽ	23	31,5
Tạo hang	0	0,0

Tổn thương hay gặp nhất là thâm nhiễm với 63,0%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng

- **Triệu chứng hô hấp.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng tiết đờm là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất chiếm 97,3%, tiếp theo là khó thở với 94,5%. Khi so sánh với một nghiên cứu về viêm phổi thở máy do Klebsiella pneumoniae của Nguyễn Quỳnh Phương (2020) cũng cho thấy triệu chứng khạc đờm đục ở 100% bệnh nhân [5]. Tuy nhiên kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Li và cộng sự (2022) khi nhận thấy sốt là triệu chứng hay gặp nhất [6]. Ngoài ra tác giả cũng chỉ ra một số triệu chứng như chướng bụng, phù nề mà trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đề cập đến do nhận thấy tỷ lệ gặp các triệu chứng này rất hiếm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có rì rào phế nang giảm với 97,3%, chiếm tỷ lệ cao nhất. Tiếp đến là triệu chứng ran nổ (90,4%). Các trường hợp có rung thanh tăng, gõ đục đều là 87,7%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Phương, triệu chứng ran ở phổi chiếm 90,9% BN, trong đó ran nổ gặp 66,7% BN, ran ẩm gặp 18,2%, ran rít gặp 6,1% [5]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghe phổi để phát hiện ran nổ và ran ẩm ở BN thở máy thường khó hơn ở BN không thở máy.

- **Đặc điểm về nhiệt độ.** 21,6% bệnh nhân có sốt > 38 độ C. Kết quả này khác biệt với một nghiên cứu về viêm phổi thở máy (2016). do Klebsiella pneumoniae của Nguyễn Quỳnh Phương (2020) [5]. Theo đó, sốt (78,8%), chủ yếu là sốt nhẹ (48,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác biệt nhiều so với nghiên cứu trước đây trên thế giới. Trong nghiên cứu của Li và cộng sự, nhiệt độ cơ thể trung bình trong nghiên cứu của tác giả này là 39,2 °C [7]. Nhiệt độ trung bình tại thời điểm chẩn đoán xác định thấp có thể là do từ lúc nhập viện đến khi chẩn đoán xác định một số bệnh nhân đã được dùng thuốc kháng sinh để điều trị do đó các triệu chứng viêm nói chung và sốt nói riêng có thể

biểu hiện không rõ rệt.

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Về bạch cầu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng (58,9%). Tỷ lệ bệnh nhân giảm số lượng bạch cầu là 4,1%. Trong khi đó, trên phim X-quang phổi, tổn thương hay gặp nhất là thâm nhiễm với 63,0%, sau đó là hình ảnh dày mô kẽ (31,5%). Không có trường hợp nào có hang trên X-quang phổi. Nguyễn Quỳnh Phương ghi nhận đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi liên quan thở máy do K. pneumoniae Xquang tổn thương thâm nhiễm (48%), đông đặc (26%) và tỷ lệ tăng bạch cầu (63,6%), tăng procalcitonin (69,7%) % [8]. Các kết quả này có sự khác biệt với đặc điểm tổn thương trên X-quang của bệnh nhân viêm phổi do E. anophelis trong nghiên cứu của chúng tôi với tổn thương thâm nhiễm (63,0%) là cao nhất, cao hơn trong nghiên cứu trên.

Nghiên cứu của chúng tôi có 46,6% bệnh nhân có nồng độ ure máu > 7,5 mmol/l, có 28,5% bệnh nhân có nồng độ Creatinin máu > 110 μmol/l, với 23,2% bệnh nhân có Creatinin máu > 130 μmol/l. Tình trạng giảm chức năng thận này có thể được giải thích bằng tình trạng thường gặp của thiếu oxy máu nghiêm trọng, tăng CO<sub>2</sub> máu, các yếu tố được biết là làm giảm lưu lượng máu thận. Gursel và cộng sự (2006) ghi nhận: Tỷ lệ suy thận trong VPTM là 38% [9]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có nồng độ CRP > 10 mg/L, với tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CRP máu > 180 là 17,8%. Tất cả các bệnh nhân đều có PCT bất thường, tỷ lệ bệnh nhân có PCT từ 0,05-2 ng/ml là cao nhất (86,35). Theo tác giả Li và cộng sự [7], trong những thay đổi về hóa sinh máu có 66,7% trường hợp tăng protein phản ứng C (CRP). Nồng độ PCT tương quan với mức độ nghiêm trọng của viêm phổi và giảm ở bệnh nhân viêm phổi trong quá trình hồi phục, nhưng nếu tăng ở mức độ cao hơn sẽ cho thấy nguy cơ cao hơn dẫn đến tử vong.

Về kết quả khí máu, có 53,4% bệnh nhân có PO<sub>2</sub> < 80mmHg, có 49,3% bệnh nhân có PCO<sub>2</sub> < 35mmHg. Tỷ lệ bệnh nhân có P/F từ 201-300 là cao nhất (34,2%), sau đó là nhóm P/F từ 100-200 với 26%, P/F trung bình là 214,1±93,3. Nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Phương cho thấy: Lúc khởi phát VPTM, tỉ lệ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> thường nhỏ hơn 250, và sau 3 ngày điều trị nên xét nghiệm lại P/F như một chỉ số đánh giá đáp ứng điều trị ở bệnh nhân viêm phổi thở máy [5]. Theo nghiên cứu của Ferrer và cộng sự (2019) trên 235 bệnh nhân viêm phổi thở máy thì tỷ số

P/F < 240 được coi là một yếu tố lâm sàng để chẩn đoán viêm phổi [10]. Như vậy, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của VPTM là khá đầy đủ theo các tiêu chuẩn chẩn đoán ở các nghiên cứu. Các bác sĩ lâm sàng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để có thể chẩn đoán sớm VPTM và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm sớm cho người bệnh trước khi có kết quả nuôi cấy vi sinh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lau, S.K., W.-N. Chow, C.-H. Foo, et al. (2016) Elizabethkingia anophelis bacteremia is associated with clinically significant infections and high mortality. Scientific reports. 6(1): p. 26045.
2. Singh Sr, N., A. Singh, P. Gupta, et al. (2022) Elizabethkingia anophelis Infections: a case series from a tertiary care hospital in Uttar Pradesh. Cureus. 14(11).
3. Choi, M.H., M. Kim, S.J. Jeong, et al. (2019) Risk factors for Elizabethkingia acquisition and clinical characteristics of patients, South Korea. Emerging infectious diseases. 25(1): p. 42.
4. Kalil, A.C., M.L. Metersky, M. Klompas, et al. (2016) Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious

- Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical infectious diseases. 63(5): p. e61-e111.
5. Nguyễn Quỳnh Phương (2020) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi thở máy do Klebsiella pneumoniae và tính kháng thuốc của vi khuẩn.
  6. Lee, Y.-L., K.-M. Liu, H.-L. Chang, et al. (2022) The evolutionary trend and genomic features of an emerging lineage of elizabethkingia anophelis strains in Taiwan. Microbiology Spectrum. 10(1): p. e01682-21.
  7. Li, Y., T. Liu, C. Shi, et al. (2022) Epidemiological, clinical, and laboratory features of patients infected with Elizabethkingia meningoseptica at a tertiary hospital in Hefei City, China. Frontiers in Public Health. 10: p. 964046.
  8. Nguyễn Văn Dũng. (2022) Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy ở người bệnh điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa.
  9. Gursel, G. and N. Demir (2006) Incidence and risk factors for the development of acute renal failure in patients with ventilator-associated pneumonia. Nephrology. 11(3): p. 159-164.
  10. Ferrer, M., T. Sequeira, C. Cilloniz, et al. (2019) Ventilator-associated pneumonia and PaO2/FiO2 diagnostic accuracy: changing the paradigm? Journal of clinical medicine. 8(8): p. 1217.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG KHOANG MIỆNG BẰNG VẬT DƯỚI CẨM TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI VÀ SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN K

Đình Xuân Cường<sup>1</sup>, Ma Chính Lâm<sup>1</sup>, Đàm Bảo Trung<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết hồng khoang miệng bằng vật dưới cằm trong điều trị ung thư lưỡi, sàn miệng tại Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** 67 bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện K trong thời gian từ T1/2018 – T01/ 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Trong 67 bệnh nhân có 52 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 77,6%; Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 40,3%; ung thư lưỡi chiếm 61,2%; 38,8% ung thư sàn miệng. Mô bệnh học với ung thư biểu mô vảy: độ sâu xâm nhập u > 5mm: 67,2%; 100% bệnh nhân cắt rộng u, vét hạch cổ chọn lọc kèm tạo hình bằng vật dưới cằm; Kết quả phẫu thuật tốt và trung bình 91,0%; **Kết luận:** Ung thư lưỡi, sàn miệng thường gặp nhiều ở nam giới. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt thì kết quả

tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật tự do là mối quan tâm hàng đầu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vật dưới cằm để tạo hình khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư lưỡi, sàn miệng là một lựa chọn hợp lý vì dễ thực hiện, an toàn, đảm bảo về mặt hình thái và chức năng. **Từ khóa:** Ung thư lưỡi, ung thư sàn miệng, ung thư khoang miệng, phẫu thuật, biến chứng phẫu thuật, vật dưới cằm.

#### SUMMARY

#### OUTCOMES OF SUBMENTAL FLAP RECONSTRUCTION FOR TONGUE AND FLOOR OF MOUTH CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of submental flap reconstruction of oral cavity defects in the treatment of tongue and floor of mouth cancer at K Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective cohort study followed up on 67 patients with tongue and floor of mouth cancer who were treated at K Hospital from January 2018 to January 2024. **Results:** Sixty-seven patients (52 men and 15 women) were enrolled in the study; 40.3% of the patients had a stage II; tongue cancer accounted for 61.2%; and 38.8% had floor of mouth cancer. Histopathology with squamous cell carcinoma:

<sup>1</sup>Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đình Xuân Cường

Email: dinhxuancuongbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024