

coronary artery bypass graft surgery patients >75 years old. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2012;60(4):217-224.

9. **Gimbel ME, Willemsen LM, Daggelders MC, et al.** Long-term follow-up after bypass surgery or

coronary stenting in elderly with multivessel disease. Neth Heart J. 2020;28(9):467-477.

10. **Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R.** Survival and quality of life in an elderly cardiac surgery population: 5-year follow-up. Eur J Cardiothorac Surg. 2013;44(3):e182-188.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HAI TRƯỜNG HỢP ÁP XE NÃO DO TAI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Qua hai trường hợp áp xe não do tai, bệnh nhân đều có hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, nôn ói và rối loạn tri giác), hội chứng nhiễm trùng (sốt lạnh run,...) và các triệu chứng của tai (chảy dịch tai). Hai trường hợp trên đều xác định chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và CT scan/ MRI. Một trường hợp điều trị phối hợp nội khoa và ngoại khoa (mở sọ bóc ổ áp xe + khoét rộng đá chũm). Trường hợp còn lại điều trị nội khoa kết hợp khoét rộng đá chũm. Kết quả thành công tốt cả hai ca. Hai trường hợp phục hồi tốt và xuất viện.

Từ khóa: áp xe não do tai, viêm tai xương chũm biến chứng áp xe não.

SUMMARY

DIAGNOSIS & TREATMENT OF TWO CASE WITH OTOGENIC BRAIN ABCESS AT CHO RAY HOSPITAL

The patients have high intracranial pressure syndrome (headache, vomit and metal disorder), infectious syndrome (fever with chill, increasing white blood cell,...) and ear problems (ear pain, discharge, pus in middle ear). Two cases were diagnosed to base on clinical symptoms and images (CT scan/ MRI). After diagnosing, the first case have been combined medical treatment and craniotomy to remove total brain abcess. We performed radical mastoidectomy after craniotomy about 1 week. The second case only cure by medical treatment and radical mastoidectomy. There are nice result with two cases. They can go to their home.

Keywords: otogenic brain abcess, mastoid otoginitis with brain abcess.

I. GIỚI THIỆU

Áp xe não là một tình trạng nhiễm trùng và viêm của nhu mô não. Tình trạng áp xe não thì không phổ biến, nhưng khi bị áp xe não thì tình trạng bệnh sẽ nghiêm trọng và có thể đe dọa đến tính mạng; và cần được can thiệp sớm để giảm

tỷ lệ biến chứng và tử vong [7]. Các nghiên cứu cho thấy áp xe não không phân biệt độ tuổi, nhưng hơn ¼ áp xe não được chẩn đoán ở trẻ em và người già [1]. Những năm gần đây, qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ áp xe não có khuynh hướng giảm do tăng sử dụng kháng sinh [5]. Hiện nay, áp xe não được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời do sự phát triển của CT/ MRI. Do đó, việc hiểu biết về biểu hiện lâm sàng, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời áp xe não giúp cứu sống bệnh nhân. Chính vì vậy, qua ca lâm sàng này, giúp cho các Bác sĩ lâm sàng Tai Mũi Họng tổng quan lại bệnh lý áp xe não do tai.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Ngày 1 tháng 8 năm 2018 với bệnh nhân nam, 19 tuổi vào viện vì đau đầu, nôn ói. Với bệnh sử là sốt lạnh run, kèm đau đầu nhiều, nôn ói và thay đổi tri giác khoảng 2 tuần. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn chảy mủ tai trái, dịch hôi và đau tai trái khoảng 3 tuần. Tiền sử: bệnh nhân thường có những đợt chảy mủ tai trái từ nhỏ và kèm theo nghe kém. Được điều trị viêm tai giữa ở phòng mạch địa phương. Khám lâm sàng tại thời điểm nhập viện: bệnh nhân vẫn còn sốt và ớn lạnh, mạch 105 lần/ phút, huyết áp 110/ 70mmHg và Glasgow 11 điểm (E₃V₄M₄). Khám tai trái: chảy nhiều dịch hôi, thủng ¼ sau trên thượng nhĩ, nhiều mủ thoát ra khi hút. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Kết quả CT scan: có khối giảm đậm độ rõ ở vùng thái dương trái, kích thước 4*3,5 cm, tròn, có vỏ bao cản quang, và có thông với xương chũm. Có hình ảnh giảm đậm độ trên xương chũm và tiêu mất chuỗi xương con, có hình ảnh mòn xương chũm. Được chẩn đoán áp xe não do tai/ viêm tai xương chũm trái cholesteatoma. Bệnh nhân được điều trị nội khoa với kháng sinh, chống phù não, được phẫu thuật mở sọ thái dương bóc trọn áp xe + kết hợp khoét rộng đá chũm trái và chỉnh hình ống tai sau 1 tuần. Sau phẫu thuật tình trạng bệnh nhân ổn định, hồi phục và xuất viện.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

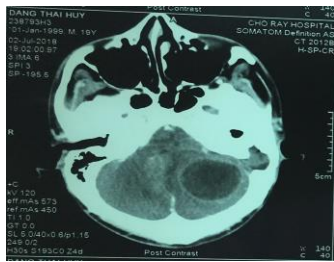
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

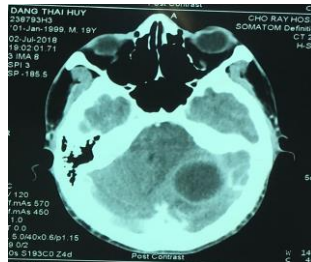
Ngày nhận bài: 24.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021



Hình 1: áp xe não



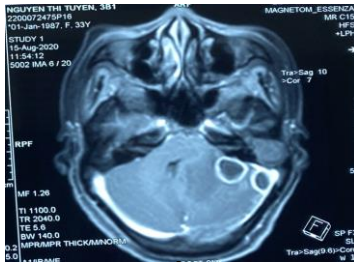
Hình 2: áp xe não có vỏ bao rở



Hình 3: tổn thương xương chũm (T)

Trường hợp 2: Ngày 15 tháng 8 năm 2020 với bệnh nhân nữ 33 tuổi vào viện vì đau đầu và nôn ói nhiều. Bệnh sử: cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân bị sốt lạnh run, kèm chảy mủ tai trái nhiều, hôi. Được uống thuốc điều trị tại bệnh viện địa phương với chẩn đoán viêm tai giữa trái, nhưng tình trạng bệnh không giảm, và nặng hơn. Cách nhập viện 2 ngày bệnh nhân đau đầu nhiều và nôn ói, nên được chuyển viện. Với kết quả CT:

có hình ảnh áp xe não vùng thái dương trái, với 2 ổ áp xe, kích thước 2*2 cm; 1*1cm kế vùng thượng nhĩ; hình ảnh tổn thương toàn bộ vùng xương chũm trái, hủy toàn bộ xương con đến ốc tai. Chẩn đoán áp xe não vùng thái dương do tai/Viêm tai xương chũm trái do cholesteatoma. Bệnh nhân được điều trị nội khoa 3 tuần, sau đó phẫu thuật khoét rỗng đá chũm trái, được tiếp tục điều trị nội khoa 2 tuần nữa. Sau đó tình trạng bệnh ổn và xuất viện.



Hình 1: ổ áp xe não trên MRI



Hình 2: 2 ổ áp xe thái dương trên CT scan



Hình 3: tổn thương xương chũm trái

III. BÀN LUẬN

3.1. Dấu hiệu lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng trong quá trình áp xe não tùy thuộc vào phân loại, vị trí tổn thương, sự lan rộng của nhiễm trùng, loại vi khuẩn gây bệnh, tình trạng miễn dịch của bệnh nhân. Qua 2 trường hợp, triệu chứng đau đầu và sốt lạnh run là triệu chứng nổi trội nhất. Trong đó, triệu chứng đau đầu là triệu chứng phổ biến nhất của áp xe não và làm bệnh nhân phải nhập viện. Bên cạnh đó, bệnh nhân có thể biểu hiện các triệu chứng khác như sốt, buồn nôn, ói, thay đổi tri giác và hôn mê. Các bệnh nhân cũng có thể biểu hiện dấu hiệu thần kinh trung ương như liệt 1/2 người, nói khó, mất ngôn ngữ, phù gai thị và mất thị trường. Sự lan rộng nhiễm trùng đến màng não có thể dẫn đến các triệu chứng như cứng cổ hoặc tai biến mạch máu não. Bao gồm tổn thương tiểu não cũng phổ biến trong áp xe não do tai; triệu chứng lâm sàng bao gồm thất điều, rối loạn vận động và động mắt [7],[10]. Ngoài ra, áp xe não nguyên nhân từ tai thường kèm các triệu chứng tai xảy ra trước hoặc đồng thời. Thường bệnh lý

tai có trước đó, tái đi tái lại; và có đợt hồi viêm. Như vậy, về lâm sàng của áp xe não do tai thường biểu hiện hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, buồn nôn, mạch chậm và rối loạn tri giác), kèm theo hội chứng nhiễm trùng và triệu chứng của tai.

Áp xe não bao gồm 4 giai đoạn, giai đoạn đầu vi khuẩn xâm nhập vào não qua các tế bào bạch cầu trung tính, hoạt hóa tế bào thần kinh đệm, phù nề và mô hoại tử. Giai đoạn thứ 2 bao gồm sự lan rộng nhiễm trùng đến nhu mô não lân cận và xâm lấn hơn nữa vào đại thực bào, lymphocyte và các mô hoại tử. Giai đoạn 3 đặc trưng bởi sự phát triển của vỏ bao mạch máu bao quanh tổn thương mà tổn thương này biểu hiện trên CT như một vòng tăng quang. Giai đoạn cuối của áp xe là phản ứng miễn dịch gây ra tiêu hủy vỏ bao và hơn nữa tiêu hủy các tế bào mô não xung quanh.

3.2. Sinh bệnh học của áp xe não: thì phức tạp, nó có thể bị đơn khuẩn (vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng), hoặc đa khuẩn và bao gồm vi khuẩn kỵ khí. Các yếu tố nguy cơ cho bệnh

nhân áp xe não bao gồm nhiễm trùng hô hấp trên lập đi lập lại, viêm xoang, viêm tai giữa mạn, chấn thương, người nhận ghép tạng, nhiễm trùng răng, AIDS và hậu phẫu ngoại thần kinh. Phụ thuộc vào vị trí nhiễm trùng ban đầu, loại hệ thần kinh trung ương bị tổn thương. Viêm xoang sàng, xoang bướm dẫn đến nhiễm trùng thùy trán hoặc thùy thái dương của não, đáng kể. Nhiễm trùng tai giữa và xương chũm có thể lan đến hệ thần kinh trung ương bao gồm hầu hết đại não và thùy thái dương. Sự lan truyền đường máu từ vị trí nguyên phát đến hệ thần kinh trung ương như nhiễm trùng răng, áp xe phổi, và nhiễm trùng các cơ quan khác [10]. Bệnh học của áp xe não phụ thuộc vào tình trạng miễn dịch của bệnh nhân, tác nhân vi khuẩn và tình trạng sử dụng kháng sinh [10].

Tác nhân gây bệnh của áp xe não tùy thuộc vào vị trí xuất phát nhiễm trùng: trực tiếp (nhiễm trùng tai, xoang) thường xảy ra và thường do vi khuẩn tại chỗ ở khoang họng (*Fusobacterium* spp, *Bacteroides* spp, *Prevotella* spp, và *Streptococci* kỵ khí). *Staphylococcus aureus*, coagulase – negative *Staphylococci*, *Pseudomonas* spp, vi khuẩn đường ruột, *Streptococcus* spp, và *Clostridium* spp là phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm xoang và chấn thương. Vi khuẩn lan qua đường máu đến não bao gồm *Streptococci viridians*, *Haemophilus*, và *Enterococci* có thể xảy ra ở những bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh. Nấm (*Cryptococcus* spp, *Aspergillus* spp, họ *Zygomycetes*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*) và ký sinh trùng (*Etmamoeba histolytica*, *Angiostrongylus* spp, *Tinea* spp) gây ra áp xe não không phổ biến và thường nhìn thấy trong cơ địa ức chế miễn dịch và suy yếu [4],[6].

3.3. Cận lâm sàng chẩn đoán áp xe não:

Chẩn đoán áp xe não qua 2 trường hợp bên cạnh lâm sàng thì việc xác định trên hình ảnh CT/ MRI giúp đánh giá chính xác vị trí, kích thước, và các cấu trúc xung quanh giúp rất nhiều trong việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Cũng tương tự với các nghiên cứu, hình ảnh CT có cản quang / MRI cản từ có giá trị cao trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh.

Bên cạnh đó, trong những trường hợp nhiễm trùng qua đường máu cần cấy máu làm kháng sinh đồ. Một số trường hợp phải dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng để cấy dịch tìm tác nhân gây bệnh và xét nghiệm tế bào trong dịch não tủy. Giúp xác định tác nhân gây bệnh và cho kháng sinh phù hợp trong những trường hợp không đáp ứng với điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm.

3.4. Điều trị áp xe não do tai: Áp xe não do tai có thể gây ra biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong cao ở các nước đang phát triển. Tốn kém cho việc chẩn đoán, điều trị và quản lý các biến chứng nội sọ của áp xe não do tai. Chẩn đoán áp xe não dựa vào lâm sàng và hình ảnh học CT scan/ MRI. Thông thường, điều trị áp xe não do tai bao gồm chọc hút mũ từ ổ áp xe, xác định vi khuẩn, tế bào và mô bệnh học. Kháng sinh thích hợp khởi đầu, quyết định phẫu thuật khi cần thiết. Phụ thuộc vào sự lan rộng vào các thành phần mô não, kích thước và số lượng ổ áp xe, dẫn lưu ổ mũ được thực hiện hoặc qua mở sọ và dẫn lưu hoặc xuyên qua 1 lỗ khoan. Một số trường hợp bóc trọn bao ổ áp xe. Sau dẫn lưu ổ mũ, mở xương chũm có thể được thực hiện để tránh tái phát và giải quyết triệt để ổ nhiễm trùng. Xác định vi khuẩn gây bệnh và phổ kháng sinh thích hợp truyền tĩnh mạch sẽ cho tiên lượng tốt cho bệnh nhân [9].

3.5. Tiên lượng: Tỷ lệ tử vong của áp xe não cao hơn 25%, nếu bệnh nhân không được điều trị thích hợp, có thể dẫn đến biến chứng đến 70% [8]. Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương do tai có thể do cả 2 nguyên nhân viêm tai giữa cấp hoặc mạn [2].

Một nghiên cứu cho kết quả 56,3% có biến chứng nội sọ tổn thương đơn lẻ và 43,7% biến chứng nội sọ biến chứng nội sọ tổn thương đa ổ. Viêm màng não là biến chứng nội sọ phổ biến nhất 43,7%, kể đến là thuyên tắc xoang tĩnh mạch bên 31,2%, áp xe tiểu não 18,7%...[3].

IV. KẾT LUẬN

Áp xe não là một tình trạng lâm sàng nặng nề, nếu không chẩn đoán kịp thời có thể gây biến chứng nặng nề và có thể tử vong. Xác định các yếu tố nguy cơ và điều trị hiệu quả là chính yếu cho tiên lượng tốt cho bệnh nhân. Hầu hết các áp xe não do tai đều có ổ nhiễm trùng nguyên phát ở tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bartnik W., Bartnik-Krystalska A. (2000)**, [Results of the therapy in otogenic intracranial complication in ENT Department of Voivodeship Hospital in Kalisz]. *Otolaryngol Pol*, 54 (4), 383-8.
2. **Chew Y. K., Cheong J. P., Khir A., Brito-Mutunayagam S., Prepageran N. (2012)**, Complications of chronic suppurative otitis media: a left otogenic brain abscess and a right mastoid fistula. *Ear Nose Throat J*, 91 (10), 428, 430.
3. **Dubey S. P., Larawin V., Molumi C. P. (2010)**, Intracranial spread of chronic middle ear suppuration. *Am J Otolaryngol*, 31 (2), 73-7.
4. **Grigoriadis E., Gold W. L. (1997)**, Pyogenic brain abscess caused by *Streptococcus*

- pneumoniae: case report and review. Clin Infect Dis, 25 (5), 1108-12.
5. **Hafidh M. A., Keogh I., Walsh R. M., Walsh M., Rawluk D. (2006)**, Otogenic intracranial complications. a 7-year retrospective review. Am J Otolaryngol, 27 (6), 390-5.
 6. **Ionita C., Wasay M., Balos L., Bakshi R. (2004)**, MR imaging in toxoplasmosis encephalitis after bone marrow transplantation: paucity of enhancement despite fulminant disease. AJNR Am J Neuroradiol, 25 (2), 270-3.
 7. **Lu C. H., Chang W. N., Lin Y. C., Tsai N. W., Liliang P. C., Su T. M., Rau C. S., Tsai Y. D., Liang C. L., Chang C. J., Lee P. Y., Chang H. W., Wu J. J. (2002)**, Bacterial brain abscess: microbiological features, epidemiological trends and therapeutic outcomes. Qjm, 95 (8), 501-9.
 8. **Osma U., Cureoglu S., Hosoglu S. (2000)**, The complications of chronic otitis media: report of 93 cases. J Laryngol Otol, 114 (2), 97-100.
 9. **Sennaroglu L., Sozeri B. (2000)**, Otogenic brain abscess: review of 41 cases. Otolaryngol Head Neck Surg, 123 (6), 751-5.
 10. **Tonon E., Scotton P. G., Gallucci M., Vaglia A. (2006)**, Brain abscess: clinical aspects of 100 patients. Int J Infect Dis, 10 (2), 103-9.

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI 2 PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TỈNH THÁI BÌNH

Ngô Văn Mạnh¹, Bùi Thị Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình năm 2019. **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân HIV/AIDS người lớn ≥ 18 tuổi đang điều trị ARV. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh điều trị ARV là 36,3%. Người bệnh nam có tỷ lệ trầm cảm thấp hơn người bệnh nữ (35,5% và 37,3%, $p > 0,05$), nhóm tuổi có tỷ lệ trầm cảm cao nhất là từ 50 tuổi trở lên (75,4%), tỷ lệ thấp nhất ở nhóm 30-39 tuổi chiếm 18,6%. Trong số những người bệnh ARV 82,8% người thất nghiệp; 65,8% nông dân; 26,1% người làm lao động tự do có dấu hiệu trầm cảm. 59,5% những người nhiễm HIV/AIDS sử dụng ma túy có dấu hiệu trầm cảm.

Từ khóa: Trầm cảm; HIV/AIDS; Thái Bình.

SUMMARY

DEPRESSION SITUATION OF HIV/AIDS PATIENTS WHO TREATED HIV/AIDS WITH ARV AT 2 OUTPATIENT CLINICS IN THAI BINH PROVINCE

Objectives: Describe the depression situation of HIV / AIDS patients who treated HIV/AIDS with ARV at 2 outpatient clinics in Thai Binh province in 2019. **Subjects:** HIV / AIDS patients adults ≥ 18 years old being treated with ARV. **Method:** Descriptive method through cross-sectional survey. **Results:** The prevalence of depression in HIV patients was 36,3%. Male patients had a lower rate of depression than female patients (35,5% and 37,3%, $p > 0.05$). Patients

50 years of age and older had the highest rates of depression, the lowest rate in the group of 30-39 years old accounted for 18.6%. Among patients, 82,8% were unemployed; 65,8% of farmers; 26,1% of self-employed workers showed signs of depression ($p < 0,05$); 59,5% of HIV patient used drug had signs of depression.

Keywords: Depression; HIV/AIDS; Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV là một bệnh lây nhiễm đại dịch có tác động tới xã hội lớn nhất từ trước đến nay. Bệnh gây suy giảm miễn dịch và nhạy cảm với một loạt các loại nhiễm trùng cơ hội và nhiễm trùng khác cũng như sự phát triển của các bệnh ác tính nhất định [1]. Cùng với sự điều trị nhằm ức chế sự sản sinh của virus HIV bằng thuốc ARV và điều trị các bệnh thực thể liên quan đến HIV, người bệnh HIV cũng được chăm sóc, hỗ trợ nhằm tăng cường sức khỏe thể chất. Tuy nhiên, khi sức khỏe thể chất được đảm bảo thì sức khỏe tâm thần của người nhiễm HIV cũng là một trong những vấn đề cần được quan tâm và can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho họ. Người bệnh nhiễm HIV có thể gặp phải những ảnh hưởng tâm lý xã hội, các vấn đề sức khỏe tâm thần bắt đầu từ rất sớm ngay khi có chẩn đoán ban đầu và có thể phát sinh trong cả thời gian điều trị bệnh. Các vấn đề phổ biến thường gặp phải là trầm cảm, lo âu và lạm dụng các chất gây nghiện. Trong đó, trầm cảm là biến chứng thần kinh phổ biến nhất ở bệnh nhân nhiễm HIV và hạn chế đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân HIV/AIDS [8].

Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy việc điều trị những người bệnh trầm cảm cũng thực sự khó khăn nếu như họ không tự nhận thức được vấn đề họ gặp phải. Các nhà nghiên

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Mạnh

Email: manhsdh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021