

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHIỄM CANDIDA MÁU TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Phúc¹, Lê Thị Huyền¹,
Roãn Thị Hương¹, Lương Hương Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1- Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm Candida máu. 2- Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 32 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm vi nấm Candida máu tại khoa Hồi sức tích cực- BV Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2024, thu thập về các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm Candida máu tại khoa hồi sức tích cực là 1,77%. Đa số bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền kèm theo. Trong đó, chủ yếu là bệnh nhân xơ gan chiếm tỷ lệ 71,9%, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 50% và 46,9% là bệnh nhân đái tháo đường. Các chủng Candida phân lập được chủ yếu là *C. albicans* chiếm tỷ lệ 46,9%, tiếp theo là *C. tropicalis* và *C. parapsilosis* chiếm tỷ lệ lần lượt là 28,1% và 18,1%. Tỷ lệ kháng fluconazol của *C. tropicalis* và *C. parapsilosis* lần lượt là 40% và 33,3%. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhiễm Candida máu là 56,3% và có liên quan đến những bệnh nhân xơ gan, cần thở máy, giảm tiểu cầu ($<150 \times 10^9/l$), PT/ INR cao (PT/ INR $>1,5$) và bilirubin cao ($>20 \text{ mmol/l}$) ở thời điểm kết quả cấy máu lần đầu xác định dương tính với nấm Candida. **Từ khóa:** nhiễm Candida máu, khoa hồi sức tích cực.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL CHARACTERISTICS, AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH CANDIDEMIA IN THE INTENSIVE CARE UNIT, NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objectives: This study aimed to analyze the clinical features of candidemia, treatment outcomes, and factors influencing these outcomes. **Subjects and Methods:** A retrospective study of 32 patients diagnosed with candidemia in the intensive care unit at the National Hospital for Tropical Diseases from January 2023 to April 2024, collecting clinical and laboratory findings, treatment outcomes, and assessing factors related to treatment outcomes. **Result:** The incidence of candidemia in the Intensive Care Unit (ICU) was 1.77%. The majority of patients had at least one underlying condition, with cirrhosis

being the most prevalent, affecting 71.9% of patients, followed by hypertension (50%) and diabetes mellitus (46.9%). The most isolated Candida species were *C. albicans* (46.9%), followed by *C. tropicalis* and *C. parapsilosis*, which accounted for 28.1% and 18.1%, respectively. The fluconazole resistance rates for *C. tropicalis* and *C. parapsilosis* were 40% and 33.3%, respectively. The mortality rate of candidemia patients was 56.3%, associated with factors such as cirrhosis, mechanical ventilation, thrombocytopenia ($<150 \times 10^9/L$), high PT/ INR (>1.5), and elevated bilirubin ($>20 \text{ mmol/L}$) at first positive blood culture for Candida. **Keywords:** Candidemia, intensive care unit (ICU).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các loài Candida là tác nhân gây bệnh nấm chủ yếu ở người, gây ra nhiều dạng nhiễm trùng từ bệnh do vi nấm Candida niêm mạc đến bệnh nấm Candida xâm lấn. Trong số các bệnh nấm Candida xâm lấn, nhiễm trùng huyết do Candida là đáng chú ý nhất, hiện đứng thứ tư về tần suất các trường hợp nhiễm khuẩn huyết tại Hoa Kỳ. Nhiễm trùng huyết do Candida mắc phải tại bệnh viện có tỷ lệ tử vong dao động từ 5% đến 71%. Theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC), nhiễm trùng Candida chiếm 11% tổng số ca nhiễm khuẩn bệnh viện¹.

Mặc dù *C. albicans* vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng huyết do Candida, tỷ lệ nhiễm các loài Candida non-albicans đã gia tăng trên toàn cầu, đặc biệt là *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis* và *C. krusei*¹. Tỷ lệ nhiễm trùng do các loài Candida khác nhau có sự biến động giữa các quốc gia, khu vực và cơ sở y tế. Chẳng hạn, tỷ lệ nhiễm *C. albicans* ở Canada và Châu Âu cao hơn so với các khu vực khác. Ở Hoa Kỳ, tỷ lệ nhiễm *C. glabrata* cao hơn các khu vực khác, trong khi *C. tropicalis* phổ biến không cân xứng ở Mỹ Latinh¹. Do tình trạng kháng thuốc chống nấm khác nhau của các loài Candida và việc sử dụng rộng rãi liệu pháp chống nấm theo kinh nghiệm, nên việc lập kế hoạch điều trị dựa trên các tác nhân có thể xảy ra là đặc biệt quan trọng trong những trường hợp không thể thực hiện xét nghiệm nhạy cảm với thuốc chống nấm. Trong khi đó, đây là một tình trạng bệnh đe dọa tính mạng người bệnh với tỷ lệ tử vong cao mặc dù đã được điều trị

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Phúc
Email: phamvanphuc90@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025
Ngày duyệt bài: 27.2.2025

kháng vi nấm. Đặc biệt ở những bệnh nhân nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Trước tình hình đáng báo động về tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân nhiễm Candida. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Tìm hiểu về tình trạng lưu hành của các loài Candida khác nhau, đánh giá tình trạng kháng thuốc và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong năm 2023 và 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm vi nấm Candida máu tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu là các bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực được cấy máu dương tính với vi nấm Candida.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, hoặc bệnh nhân dưới 16 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Địa điểm nghiên cứu: khoa Hồi sức tích cực-Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2024.

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.

Biên số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh lý nền, tiền sử dùng thuốc kháng sinh, kháng nấm. 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 nhiễm Candida máu, nhiệt độ khi khởi phát và điều trị Candida máu, công thức máu, hóa sinh máu, đông máu, CRP, creatinine. Xét nghiệm cấy máu, đờm, nước tiểu, dịch khác: nhuộm soi, nuôi cấy, các chủng loại nấm Candida phân lập được, kháng sinh đồ Candida phân lập được.

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

Xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các thuật toán thống kê: tính trung bình, trung vị, so sánh tỷ lệ bằng thuật toán χ^2 , Fisher's Exact Test; 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 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 1.801 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực chúng tôi sàng lọc được 32 bệnh nhân nhiễm Candida máu có đầy đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu chiếm tỷ lệ 1,77%. Trong số 32 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,7; trung vị là 64,5. Trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền kèm theo, trong đấy chủ yếu là bệnh nhân xơ gan chiếm 71,9% (23) bệnh nhân, 50% (16) bệnh nhân có tăng huyết áp và 46,9% (15) bệnh nhân có đái tháo đường.

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Tử vong		Còn sống (n=14)		p
	n	%	n	%	
Tuổi > 65	9	50	6	40	0,688*
Nam giới	15	83,3	9	64,3	0,226**
Tăng huyết áp	8	44,4	8	57,1	0,477*
Đái tháo đường	9	50	6	42,9	0,688*
Xơ gan	8	44,4	1	92,9	0,04**
Sốc khi vào viện	8	44,4	4	28,6	0,361**
Viêm phổi khi vào viện	11	61,1	12	85,7	0,138**
Thở máy	16	88,9	6	42,9	0,01*
Đặt catheter TMTT	15	83,3	9	64,3	0,226**
Lọc máu	10	55,6	4	28,6	0,133**
Tiền sử nằm viện trong 90 ngày gần nhất	15	83,3	11	78,6	0,733**
Tiền sử sử dụng kháng sinh trong 90 ngày gần nhất	13	72,2	11	78,6	0,68**

*Kiểm định χ^2 , ** Kiểm định Fisher's Exact Test

Nhận xét: Khi so sánh đặc điểm chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu, tỷ lệ những bệnh nhân có bệnh nền xơ gan, cần can thiệp thở máy ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống, $p < 0,05$.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân

Bảng 2: So sánh đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân thời điểm cấy máu dương tính

Đặc điểm	Tử vong	Tử vong (n=18)		Còn sống (n=14)		p
		n	%	n	%	
Bạch cầu $> 10 \times 10^9/l$		10	55,6	5	35,7	0,268*
Bạch cầu $< 4,0 \times 10^9/l$		2	11,1	4	28,6	0,223**
Tiểu cầu $< 150 \times 10^9/l$		14	77,8	6	42,9	0,049**
HGB $< 120 g/l$		16	88,9	12	85,7	0,788**
PT/ INR $> 1,5$		11	61,1	3	21,4	0,031**
Creatinin $> 120 \mu mol/l$		8	44,4	3	21,4	0,182**
Bilirubin $> 20 mmol/l$		13	81,3	03	18,8	0,007**
Na $< 135 mmol/l$		9	50	5	35,7	0,421*
pH $< 7,35$		3	16,7	1	7,1	0,432**
PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 200		7	38,9	7	50	0,531*
Lactat $> 2 mmol/l$		12	70,6	5	38,5	0,085*
CRP $> 100 mg/dl$		7	53,8	6	46,2	0,538*
Procalcitonin $> 1,0 ng/ml$		16	88,9	9	64,3	0,111**

*Kiểm định χ^2 , ** Kiểm định Fisher's Exact Test

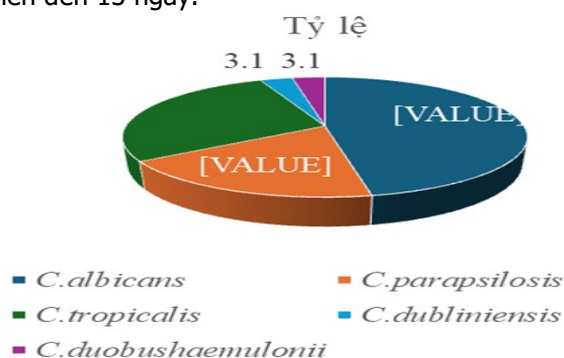
Nhận xét: Ở thời điểm bệnh nhân cấy máu dương tính với nấm Candida lần đầu tiên, tỷ lệ những bệnh nhân có tiểu cầu thấp dưới $150 \times 10^9/l$, rối loạn đông máu (PT/INR $> 1,5$) và bilirubin máu ($> 20 mmol/l$) cao hơn ở nhóm tử vong, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Các đặc điểm vi sinh

Bảng 3: Thời gian cấy máu dương tính và thời gian trả kết quả

Đặc điểm	Tử vong	Tử vong (n=18)	Còn sống (n=14)	Tổng (n=32)
		Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Thời gian vào viện đến lúc cấy máu dương tính (ngày)	Median (min-max)	9,5 (0,0-62,0)	0,0 (0,0-54,0)	8,5 (0-62)
	> 2 ngày	14 (77,8%)	06 (42,9%)	20 (62,5%)
Thời gian trả kết quả đến lúc cấy máu dương tính đầu tiên (ngày)	Median (min-max)	2,0 (0,0-13,0)	3,0 (0,0-8,0)	2,5 (0-13)

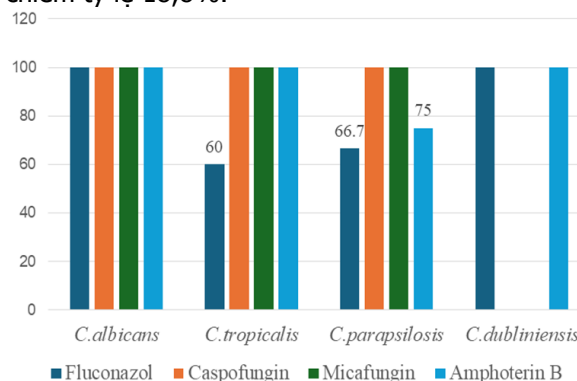
Nhận xét: Thời gian từ lúc vào viện đến lúc cấy máu dương tính với Candida lần đầu tiên trung vị là 8,5 ngày, cao nhất là 62 ngày. Thời gian từ lúc lấy mẫu đến lúc trả kết quả dương tính lần đầu tiên trung vị là 2,5 ngày, cao nhất lên đến 13 ngày.



Biểu đồ 1: Các loài nấm Candida phân lập được

Nhận xét: Loài Candida phân lập được nhiều nước là *C. albicans* chiếm 46,9%, tiếp theo

là *C. tropicalis* chiếm 28,1%, *C. parapsilosis* chiếm tỷ lệ 18,8%.



Biểu đồ 2: Kháng nấm đồ cho từng loài Candida phân lập được

Nhận xét: *C. albicans* còn nhạy cảm với tất cả các kháng nấm, *C. tropicalis* và *C. parapsilosis* còn nhạy cảm với fluconazol với tỷ lệ tương ứng là 60% và 66,7%.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị và thời gian nằm viện

Thời gian	Tử vong	Tử vong		Còn sống		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Thời gian từ lúc lấy mẫu cấy dương lần đầu đến lúc điều trị	≤ 24 giờ	8	44,4	7	50	15	46,9
	>24 giờ	6	33,3	7	50	13	40,6
Bệnh nhân không điều trị		4	22,2	0	0	4	12,5
Thời gian điều trị thuốc kháng nấm (ngày) (mean, min-max)		13,3 (2,0-33,0)		16,4 (4,0-28,0)		14,8 (2,0-33,0)	
Thời gian trung bình nằm viện (ngày) (mean, min-max)		28,8 (3,0-94,0)		42,1 (4,0-186,0)		34,6 (3,0-186,0)	
Thời gian trung bình nằm khoa Hồi sức tích cực (ngày) (mean, min-max)		21,5 (2,0-94,0)		36,2 (4,0-180,0)		27,9 (2,0-180,0)	

Nhận xét: Thời gian để bệnh nhân được điều trị sớm trong vòng 24 giờ khi lấy mẫu cấy dương tính đầu tiên là 46,9%. Có 4 (12,5%) bệnh nhân không được điều trị thuốc kháng nấm bởi bệnh nhân tử vong trước khi có kết quả nuôi cấy dương tính trả về. Thời gian bệnh nhân nằm viện trung bình là 34,6 ngày, trong đấy 27,9 ngày bệnh nhân cần nằm khoa hồi sức tích cực, thời gian bệnh nhân được điều trị thuốc kháng nấm là 14,8 ngày. Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu có 18 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 56,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập 1.801 bệnh nhân nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực, chúng tôi sàng lọc được 32 bệnh nhân nhiễm Candida máu có đầy đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu chiếm tỷ lệ 1,77%. Tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu thống kê tại châu Âu, nghiên cứu ở 23 khoa hồi sức tích cực cho thấy tỷ lệ nhiễm Candida là 7,07 ca trên 1000 bệnh nhân nhập viện ICU². Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,7; với đa số bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền, trong đấy chiếm nhiều nhất là bệnh nhân xơ gan với 71,9%, tiếp theo là tăng huyết áp với 46,9% và đái tháo đường là 46,9%. Trong đấy tỷ lệ bệnh nhân xơ gan cao hơn ở nhóm bệnh nhân tử vong/ xin về có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống. Theo nghiên cứu của Verma và cộng sự những bệnh nhân xơ gan, suy gan cấp trên nền gan mạn tính có tỷ lệ nhiễm Candida máu cao hơn, cũng như tiên lượng tử vong đặc biệt trên nhóm bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực³. Trong nghiên cứu trên 32 bệnh nhân nhiễm Candida máu, đa số cần các can thiệp y tế đáng kể, bao gồm: 68,8% đặt nội khí quản để thở máy, 75% đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và 43,8% lọc máu trong quá trình điều trị. Các biện pháp này đều được xác định là yếu tố nguy cơ cao gây nhiễm Candida máu. Tỷ lệ bệnh nhân cần thở máy ở nhóm bệnh nhân tử vong/ xin về cao hơn có ý

nghĩa thống kê so với nhóm còn sống. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó các thủ thuật xâm lấn, như đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm và thở máy, làm tăng nguy cơ nhiễm Candida máu do sự phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên của cơ thể và tạo điều kiện cho vi sinh vật gây bệnh xâm nhập. Nghiên cứu trên bệnh nhân ICU tại châu Á cho thấy, bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp cơ học có tỷ lệ nhiễm Candida máu cao hơn, với tử vong thường vượt 50%, đặc biệt khi kết hợp với các yếu tố như sốc nhiễm khuẩn hoặc suy đa cơ quan⁴.

Khi so sánh các xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm Candida máu kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tiêu cầu giảm (dưới $150 \times 10^9/l$), PT/ INR tăng (trên 1,5) và chỉ số bilirubin máu cao (trên 20 mmol/l) ở nhóm bệnh nhân tử vong hơn nhóm còn sống có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Theo một nghiên cứu trên 136 bệnh nhân nhiễm Candida máu ở Bệnh viện Đại học Medipol Istanbul, Thổ Nhĩ Kỳ giảm tiêu cầu ($<85 \times 10^9/l$) là yếu tố dự báo quan trọng về tỷ lệ tử vong trong 7 ngày ở bệnh nhân nhiễm Candida máu (5). Giảm tiêu cầu và PT/INR cao phản ánh tình trạng rối loạn đông máu và viêm hệ thống nghiêm trọng của bệnh nhân nhiễm Candida máu. Trong một nghiên cứu của Chang và cộng sự ở nhóm bệnh nhân xơ gan có nhiễm Candida máu giảm tiêu cầu ($\leq 150 \times 10^9/l$), PT/ INR $\geq 1,2$ và bilirubin $> 2\text{mg/dl}$ là những yếu tố tiên lượng tử vong. Việc gia tăng bilirubin máu là dấu hiệu tổn thương gan nặng nhất là những bệnh nhân có nhiễm trùng máu.

Nhiễm vi nấm Candida máu xảy ra trong thời gian là 8,5 ngày sau khi nhập viện. Từ lúc bệnh nhân lấy mẫu máu nuôi cấy cần 2,5 ngày để phòng xét nghiệm vi sinh trả kết quả dương tính, thời gian trả kết quả dương tính dài nhất là 13 ngày. Trong các loài Candida phân lập được, chúng tôi thu nhận được nhiều nhất là C. albicans với tỷ lệ 46,9%, tiếp theo là C. tropicalis

chiếm tỷ lệ 28,1% và *C. parapsilosis* chiếm tỷ lệ 18,8%. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới đến hiện nay *C. albicans* vẫn là loài *Candida* phân bố phổ biến nhất trên thế giới, tuy nhiên hiện nay tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *Candida non-albicans* ngày một gia tăng. Đặc biệt là các loài có tính kháng thuốc kháng nấm cao^{2,5}. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tình trạng kháng fluconazol ở những bệnh nhân nhiễm *Candida non-albicans*. Đặc biệt, có cả tình trạng kháng với Amphotericin B của vi nấm *C. parapsilosis*. Đây cũng là xu hướng của tình trạng kháng thuốc kháng nấm của các loài *Candida* trên thế giới⁶. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào kháng nhóm thuốc kháng nấm echinocandin trong nghiên cứu này.

Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu có 18 bệnh nhân tử vong/ xin về chiếm tỷ lệ 56,3%. Tỷ lệ này tương đương với nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ tử vong của nhiễm *Candida* máu dao động từ 05 đến 71%, đặc biệt cao hơn ở nhóm bệnh nhân cần nhập khoa Hồi sức tích cực với tỷ lệ tử vong trung bình trên 50%¹. Theo Nguyễn Thị Ngọc Chi nghiên cứu trên 196 người bệnh được chẩn đoán nhiễm trung huyết do *Candida* máu tại bệnh viện Bạch Mai tỉ suất tử vong 30 ngày trung bình là 77,1/100 bệnh nhân-tháng và tỉ lệ tử vong tuyệt đối trong toàn bộ thời gian điều trị là 56,63%, tương tự kết quả của chúng tôi⁷. Chỉ có 46,9% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị thuốc kháng nấm sớm trong vòng 24 giờ sau khi lấy mẫu dương tính lần đầu tiên. Trong đấy có 04 bệnh nhân chưa đã tử vong trước khi bệnh nhân được nhận điều trị thuốc kháng nấm. Điều này cho thấy việc đánh giá tiếp cận điều trị nhiễm *Candida* máu còn chậm, và chúng ta cần hơn nhiều các phương pháp chẩn đoán nhanh giúp cung cấp liệu pháp điều trị sớm cho bệnh nhân. Thời gian bệnh nhân được điều trị kháng nấm trung bình là 14,8 ngày, ở nhóm bệnh nhân còn sống là 16,8 ngày, đa số các bệnh nhân được tuân thủ tốt thời gian điều trị theo khuyến cáo điều trị nhiễm *Candida* máu hiện nay với thời gian điều trị sau 14 ngày kể từ ngày có kết quả cấy máu âm tính với nấm *Candida* máu lần đầu tiên¹. Thời gian bệnh nhân nằm viện là 34,7 ngày, và cần trung bình 27,9 ngày nằm tại khoa Hồi sức tích cực. Kết quả này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Maria và cộng sự trên 391 bệnh nhân nhiễm *Candida* máu ở Đức, thời gian nằm viện trung bình là 37 ngày và trong đấy cần 28 ngày nằm khoa Hồi sức tích cực⁸.

Kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng tỷ lệ tử vong cho thấy nhiễm *Candida* máu là một vấn đề lớn cần được quan tâm nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *Candida* máu tại khoa hồi sức tích cực là 1,77%. Đa số bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền kèm theo. Trong đó, chủ yếu là bệnh nhân xơ gan chiếm tỷ lệ 71,9%; tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 50%; 46,9% là bệnh nhân đái tháo đường. Nhiễm khuẩn huyết do nấm *Candida* vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân Hồi sức tích cực và gây kéo dài thời gian nằm viện. *Candida albicans* vẫn là loài chiếm tỷ lệ chủ đạo trong nhiễm khuẩn huyết do *Candida* máu. Tuy nhiên, bắt đầu có nhiều sự gia tăng của các chủng *Candida non-albicans* kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. L. Mora Carpio and A. Climaco** (2024), "Candidemia", StatPearls, Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Antonette Climaco declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
2. **M. Bassetti, D. R. Giacobbe, A. Vena, et al.** (2019). Incidence and outcome of invasive candidiasis in intensive care units (ICUs) in Europe: results of the EUCANDICU project. *Crit Care*, 23(1), 219.
3. **N. Verma, A. Roy, S. Singh, et al.** (2021). Factors determining the mortality in cirrhosis patients with invasive candidiasis: A systematic review and meta-analysis. *Med Mycol*, 60(1).
4. **B. Tunay and S. Aydin.** (2022). Investigation of inflammation-related parameters in patients with candidemia hospitalized in the intensive care unit: A retrospective cohort study. *Sci Prog*, 105(3), 368504221124055.
5. **E. J. Kim, E. Lee, Y. G. Kwak, et al.** (2020). Trends in the Epidemiology of Candidemia in Intensive Care Units From 2006 to 2017: Results From the Korean National Healthcare-Associated Infections Surveillance System. *Front Med (Lausanne)*, 7, 606976.
6. **S. Bhattacharya, S. Sae-Tia và B. C. Fries.** (2020). Candidiasis and Mechanisms of Antifungal Resistance. *Antibiotics (Basel)*, 9(6).
7. **Nguyễn Thị Ngọc Chi.** (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tính nhạy cảm kháng sinh, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết do nấm candida tại bệnh viện Bạch Mai (6/2019 – 6/2022). *Tạp chí y học lâm sàng- BV Bạch Mai*, 128 (10-2022).
8. **M. Schroeder, T. Weber, T. Denker, et al.** (2020). Epidemiology, clinical characteristics, and outcome of candidemia in critically ill patients in Germany: a single-center retrospective 10-year analysis. *Ann Intensive Care*, 10(1), 142.

CẢI TIẾN KỸ THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT CÓ CUỐNG LẤY TỪ VÒM MIỆNG ĐIỀU TRỊ THIẾU HỤT MÔ NƯỚU RĂNG HÀM TRÊN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Tuấn Linh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kỹ thuật ghép mô liên kết có cuống lấy từ vòm miệng là phương pháp điều trị hiệu quả cho tình trạng thiếu hụt mô nướu mặt ngoài răng hàm trên. Mặc dù kỹ thuật truyền thống đã được áp dụng rộng rãi, nó vẫn tồn tại một số hạn chế như khó kiểm soát kích thước và chất lượng của miếng mô, yêu cầu bác sĩ có kỹ năng cao để giảm thiểu xâm lấn và chảy máu ở vùng cho. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng kỹ thuật ghép mô liên kết có cuống cải tiến để điều trị cho một bệnh nhân nam 40 tuổi, có tình trạng thiếu hụt mô nướu mặt ngoài trên răng 22 sâu mất thân răng. Phẫu thuật ghép mô được thực hiện một lần nhằm tăng thể tích mô liên kết và cải thiện tính thẩm mỹ. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, kích thước mô nướu được cải thiện rõ rệt, với màu sắc và hình thể của vùng nướu ghép tương đồng với vùng nướu xung quanh. Kết quả theo dõi sau một tháng cho thấy vùng ghép lành thương tốt, không có biến chứng và thẩm mỹ được nâng cao. **Kết luận:** Kỹ thuật ghép mô liên kết có cuống cải tiến lấy từ vòm miệng là một phương pháp tiên tiến, giúp kiểm soát tốt kích thước và chất lượng miếng mô ghép, dễ thực hiện hơn kỹ thuật truyền thống đồng thời giảm thiểu tổn thương cho vùng cho và rút ngắn thời gian hồi phục cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Kỹ thuật ghép mô liên kết có cuống, thiếu hụt mô nướu, vòm miệng.

SUMMARY

IMPROVEMENT OF THE PEDICLE CONNECTIVE TISSUE GRAFT TECHNIQUE HARVESTED FROM THE PALATE FOR TREATING GINGIVAL RECESSION IN THE MAXILLARY ANTERIOR REGION

Introduction: The pedicle connective tissue graft technique harvested from the palate is an effective treatment method for gingival recession in the maxillary anterior region. Although the traditional technique has been widely applied, it still has some limitations, such as difficulty in controlling the size and quality of the graft, requiring the surgeon to possess high skills to minimize invasiveness and bleeding at the donor site. **Objective and Methods:** In this study, we applied an improved pedicle connective

tissue graft technique to treat a 40-year-old male patient with gingival recession due to tooth loss. The grafting procedure was performed once to increase the volume of connective tissue and enhance aesthetic outcomes. **Results:** Post-surgery, there was a significant improvement in gingival size, with the color and morphology of the grafted area closely resembling that of the surrounding gingiva. Follow-up results after one month indicated good healing of the graft site, with no complications and enhanced aesthetics. **Conclusion:** The improved pedicle connective tissue graft technique harvested from the palate is an advanced method that allows for better control over the size and quality of the graft while minimizing trauma to the donor site and shortening recovery time for patients. **Keywords:** Improved pedicle connective tissue graft technique, gingival recession, palate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng tụt nướu và thiếu hụt mô nướu, đặc biệt là ở mặt ngoài răng hàm trên, là một vấn đề nha khoa phổ biến, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe răng miệng và thẩm mỹ của bệnh nhân. Hiện tượng này xảy ra khi mô nướu bị tụt xuống, để lộ chân răng và ngà răng, dẫn đến nhiều hệ lụy không mong muốn [1]. Để khắc phục các tổn thương này, kỹ thuật ghép mô liên kết có cuống từ vòm miệng đã được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn tồn tại một số hạn chế như khó khăn trong việc kiểm soát kích thước và chất lượng của miếng ghép, đồng thời yêu cầu bác sĩ phải có kỹ năng cao để giảm thiểu xâm lấn và chảy máu tại vùng cho [2].

Kỹ thuật ghép mô liên kết có cuống cải tiến được giới thiệu trong báo cáo này nhằm khắc phục những nhược điểm của phương pháp truyền thống. Bằng cách tối ưu hóa quy trình lấy mô liên kết và kiểm soát tốt hơn về kích thước cũng như chất lượng của mô ghép, kỹ thuật này hứa hẹn mang lại những kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân bị thiếu hụt mô nướu.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 40 tuổi, sâu mất thân còn chân răng R22, thiếu hụt mô nướu mặt ngoài theo chiều đứng. Bệnh nhân có chỉ định nhổ chân răng cấy implant tức thì có ghép mô liên kết mặt ngoài. Chúng tôi quyết định thực hiện kỹ thuật cải tiến ghép mô liên kết có cuống lấy từ vòm miệng với quy trình như sau:

A. Đánh giá trước phẫu thuật: Trước tiên

¹Trung tâm Y tế huyện Hiệp Hòa – Bắc Giang

²Phòng khám chuyên khoa Răng – Hàm – Mặt Nha khoa An Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Linh

Email: linh33a@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025