

kỹ thuật multiplex real-time PCR, chúng tôi phát hiện các tác nhân vi sinh trong các mẫu bệnh phẩm đàm như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và tỷ lệ phát hiện vi sinh

Đặc điểm VPMPCĐ	ĐTĐ (76) n(%)	Không ĐTĐ (149) n(%)	Giá trị p
Giới tính	Nữ	34(44,7)	0,974
	Nam	42(55,3)	
Nhóm tuổi	≤60	13(17,1)	0,005
	>60	63(82,9)	
Tác nhân vi sinh	Vi khuẩn	63(82,9)	0,225
	Virus	21(27,6)	0,303
	Vi nấm	54(71,1)	0,003
Bệnh nhân VPMPCĐ	76(33,8)	149(66,2)	0,00058

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi, về viêm phổi mắc phải cộng đồng và về tỷ lệ nhiễm vi nấm giữa bệnh nhân có đái tháo đường và không đái tháo đường.

Bảng 2: Tác nhân vi khuẩn phát hiện ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có đái tháo đường và không có đái tháo đường

Tên vi khuẩn	VPMPCĐ + ĐTĐ (76) n(%)	VPMPCĐ + không ĐTĐ (149) n(%)	Giá trị p
S. pneumoniae	8 (10,5)	20 (13,4)	0,5336
S. aureus	3 (3,9)	2 (1,3)	0,2099
CoN Staphylococcus	1 (1,3)	2 (1,3)	0,9869
S. epidermidis MRSE	4 (5,3)	5 (3,4)	0,4898
E. faecalis	2 (2,6)	4 (2,7)	0,9814
E. faecium	4 (5,3)	4 (2,7)	0,3232
E. coli	11 (14,5)	11 (7,4)	0,0903
K. pneumoniae	14 (18,4)	28 (18,8)	0,6462
M. morgani	4 (5,3)	5 (3,4)	0,4898
Providencia sp	3 (3,9)	7 (4,7)	0,7961
P. mirabilis	3 (3,9)	2 (1,3)	0,2099
A. baumannii	14 (18,5)	25 (16,8)	0,7582
B. cepacia	4 (5,3)	1 (0,7)	0,0271
P. aeruginosa	4 (5,3)	3 (2,0)	0,1842
H. influenzae	12 (15,8)	15 (10,1)	0,2116
S. maltophilia	6 (7,9)	13 (8,7)	0,8323
Mycoplasma sp	6 (7,9)	7 (4,7)	0,3311

Nhận xét: Các vi khuẩn K. pneumoniae, A. baumannii, H. influenzae, E. coli và S. pneumoniae là 5 vi khuẩn được phát hiện hàng đầu ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở bệnh nhân đái tháo đường và không có đái tháo đường với tỷ lệ khác nhau nhưng sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Tác nhân virus phát hiện ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng

đái tháo đường và không đái tháo đường

Tên virus	VPMPCĐ + ĐTĐ (76) n(%)	VPMPCĐ + không ĐTĐ (149) n(%)	Giá trị p
Influenza virus type A	8 (10,5)	7 (4,7)	0,0974
Influenza virus type B	4 (5,3)	5 (3,4)	0,0271
Parainfluenza virus	2 (2,6)	1 (0,7)	0,2252
Rhinovirus	1 (1,3)	6 (4,0)	0,2680
Respiratory syncytial virus	2 (2,6)	3 (2,0)	0,7661
Human metapneumovirus	1 (1,3)	4 (2,7)	0,5101
SARS CoV-2	3 (3,9)	5 (3,4)	0,8207

Nhận xét: Các Influenza virus chiếm đa số trong đó tỷ lệ phát hiện Influenza virus type B ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn ở bệnh nhân không có đái tháo đường và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0271$).

Bảng 4: Tác nhân vi nấm phát hiện ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng đái tháo đường và không đái tháo đường

Tên vi nấm	VPMPCĐ + ĐTĐ (76) n(%)	VPMPCĐ + không ĐTĐ (149) n(%)	Giá trị p
Aspergillus sp	4 (5,3)	12 (8,1)	0,4411
Candida albicans	29 (38,2)	38 (25,5)	0,0496
Candida tropicalis	11 (14,5)	9 (6,0)	0,0355
Candida krusei	3 (3,9)	1 (0,7)	0,0759
Candida glabrata	6 (7,9)	13 (8,7)	0,8323
Pneumocystis jiroveci	1 (1,3)	1 (0,7)	0,6261

Nhận xét: Vi nấm Candida chiếm đa số ở bệnh nhân đái tháo đường và không đái tháo đường trong đó tỷ lệ phát hiện Candida albicans ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn ở bệnh nhân không đái tháo đường và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0496$). Ngoài ra tỷ lệ phát hiện Candida tropicalis ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn bệnh nhân không đái tháo đường và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0355$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả trình bày ở Bảng 1 cho thấy tỷ lệ giới tính ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có đái tháo đường và không đái tháo đường tương đương nhau. Kết quả Bảng 1 cũng ghi nhận viêm phổi mắc phải cộng đồng xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ thấp hơn ở bệnh nhân không đái tháo đường có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0008$. Kết quả này có thể giải

thích người đái tháo đường trong cộng đồng dân cư nói chung chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều so với người không đái tháo đường, do đó bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng chiếm tỷ lệ thấp hơn bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng không đái tháo đường. Tuy nhiên ở bệnh nhân thuộc nhóm tuổi >60 tuổi có đái tháo đường bị viêm phổi mắc phải cộng đồng chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân cùng nhóm tuổi nhưng không có bệnh nền đái tháo đường (82,9% so với 65,1%) và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p = 0,025$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của của Liu X.²

Về tác nhân vi sinh, bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có đái tháo đường được phát hiện vi khuẩn, virus, vi nấm với tỷ lệ cao hơn bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng không đái tháo đường trong đó tỷ lệ vi nấm phát hiện ở bệnh nhân có đái tháo đường cao hơn bệnh nhân không đái tháo đường (71,1% so với 50,3% có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$) (Bảng 1). Kết quả nghiên cứu của Ahmed MS⁵ ghi nhận tác nhân gây viêm phổi mắc phải cộng đồng ở bệnh nhân đái tháo đường gồm vi khuẩn, virus và vi nấm trong đó *S. pneumoniae* chiếm ưu thế nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các vi khuẩn Gram âm như *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *H. influenzae*, *E. coli* chiếm đa số, tương đương với kết quả nghiên cứu của Almed JU⁶, Yacovo SD⁷, López-de-Andres A⁸. Mặc dù *S. pneumoniae* được phát hiện với tỷ lệ thấp hơn các vi khuẩn Gram âm nhưng cho đến nay *S. pneumoniae* vẫn còn có vai trò quan trọng trong viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn nhập viện, đặc biệt đối với bệnh nhân có bệnh nền đái tháo đường và chỉ đứng sau 4 loại vi khuẩn Gram âm kể trên. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ phát hiện vi khuẩn không điển hình *Mycoplasma* ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn ở bệnh nhân không đái tháo đường (7,9% so với 4,7%) nhưng sự khác biệt tỷ lệ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về tác nhân virus, kết quả trình bày ở Bảng 3 cho thấy Influenza virus các type và Parainfluenza virus chiếm đa số, tương đương với kết quả nghiên cứu của Klekota RB³, Ahmed JU⁶. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn phát hiện virus SARS CoV-2 với tỷ lệ 3,6% ở cả bệnh nhân đái tháo đường và không đái tháo đường, do thời gian nghiên cứu của chúng tôi trong thời gian hậu Covid-19. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phát hiện Influenza virus type B ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn bệnh nhân không đái tháo đường và sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê ($p < 0,05$).

Về kết quả phát hiện tác nhân vi nấm ghi nhận ở Bảng 4, vi nấm *Candida* nói chung và vi nấm *Candida albicans* nói riêng chiếm đa số (gần 70%), vi nấm *Aspergillus* chiếm tỷ lệ thấp (8-9%), tương đương với kết quả nghiên cứu của Klekota RB³ và Ahmed JU⁶. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ phát hiện vi nấm *Candida albicans* và *Candida tropicalis* ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn ở bệnh nhân không đái tháo đường và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 4).

V. KẾT LUẬN

Các vi khuẩn *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *H. influenzae*, *E. coli* và *S. pneumoniae* là 5 vi khuẩn được phát hiện hàng đầu ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có đái tháo đường và không đái tháo đường. Tác nhân Influenza virus và vi nấm *Candida* chiếm đa số ở cả 2 nhóm bệnh nhân nhưng tỷ lệ Influenza virus type B và *Candida albicans*, *Candida tropicalis* ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn ở bệnh nhân không đái tháo đường và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20/11/2020.
2. Liu X, Zhao Q, He X, Min J, RSY, Chen Z, Ma J, Hu W, Huang J, Wan H, et al. Clinical characteristics and microbial signatures in the lower airways of diabetic and nondiabetic patients with pneumonia. *J Thorac Dis.* 2024;16(8):5262-5273. <https://doi.org/10.21037/jtd-24-490>.
3. Klekota RB, Mizgala E, Ksól W. The etiology of lower respiratory tract infection in people with diabetes. *Pneumonol Alergol Pol.* 2015;83:401-408. <https://doi.org/10.5603/piap.2015.0065>.
4. Phạm Hùng Văn, Nguyễn Văn Thành, Trần Văn Ngọc và cộng sự. Tác nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng phải nhập viện – Kết quả nghiên cứu REAL 2016-2017. *Thời sự Y học.* 2018 (3.2018):51-63.
5. Ahmed MS, Reid E. Respiratory infections in diabetes: Reviewing the risk and challenges. *J Respir Dis.* 2008;29(7):285-293.
6. Ahmed JU, Hossain MD, Rahim MA, Afroz F, Musa AKM. Bacterial etiology and antibiotic sensitivity pattern of community-acquired pneumonia in diabetic patients: Experience in a tertiary care hospital in Bangladesh. *Birdem Med J.* 2017;7(2): 101-105. <https://doi.org/10.3329/birdem.v7i2.32445>.
7. Yacovo SD, Garcia-Vidal C, Viasus D, Adamuz J, Oriol I, Gili F, Vilarrasa N, García-Somoza MD, Dorca J, Carratalà J. Clinical features, etiology and outcomes of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus. *Medicine (Baltimore).* 2023;92:42-50. <https://doi.org/10.1097/md.0b013e31827f602a>.

8. López-de-Andrés A, de Miguel-Díez J, Jiménez-Trujillo I, Hernández-Barrera V, de Miguel-Yanet JM, Méndez-Bailón M, Pérez-Farinós N, Salinero-Fort MAN, Jiménez-García R. Hospitalization with community-

acquired pneumonia among patients with type diabetes: an observation-population-based study in Spain from 2004 to 2013. *BMJ Open*.2017;7:e013097. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013097>.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Phùng Dũng Tiến¹, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc²

TÓM TẮT

Cắt thực quản là phương pháp chính trong điều trị ung thư thực quản. Tuy nhiên, cắt thực quản là một phẫu thuật có tính xâm lấn cao và phức tạp về mặt kỹ thuật. Tỷ lệ biến chứng sau cắt thực quản có thể lên tới 40%, và tỷ lệ tử vong khoảng 1% đến 7%¹. Gần đây, việc áp dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thực quản, đặc biệt ở giai đoạn ngực, đã mang lại nhiều ưu điểm, đặc biệt là trong việc giảm biến chứng^{2,3}. PTNS cắt thực quản được thực hiện tại Việt Nam từ đầu những năm 2000 tại các bệnh viện lớn. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, PTNS cắt thực quản được thực hiện từ năm 2003⁴. Từ 2016, chúng tôi áp dụng hóa trị tân hỗ trợ điều trị ung thư thực quản tại khoa Ngoại Tiêu hóa. Phương pháp nạo hạch 3 vùng để điều trị ung thư thực quản cũng được chúng tôi thực hiện từ năm 2017 với những kết quả ban đầu đầy hứa hẹn⁵. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tổng kết lại kinh nghiệm PTNS cắt thực quản điều trị ung thư thực quản ngực dưới góc nhìn của 1 phẫu thuật viên ngay từ những ngày đầu PTNS cắt thực quản tại trung tâm chúng tôi.

SUMMARY

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER – EXPERIENCE OF A SURGEON

Esophagectomy is the primary treatment for esophageal cancer. However, it is a highly invasive and technically complex procedure. The complication rate after esophagectomy can be as high as 40%, with a mortality rate of about 1% to 7%. Recently, the application of laparoscopic esophagectomy (LE), especially for the thoracic stage, has brought many advantages, particularly in reducing complications. Laparoscopic esophagectomy has been performed in Vietnam since the early 2000s at major hospitals. At Cho Ray Hospital, LE has been performed since 2003. Since 2016, we have applied neoadjuvant

chemotherapy for esophageal cancer treatment in the Department of Gastrointestinal Surgery. We have also performed three-field lymphadenectomy for esophageal cancer since 2017, with promising initial results. We conducted this study to summarize the experience of a single surgeon with laparoscopic esophagectomy for lower thoracic esophageal cancer, from the very beginning of its implementation at our center.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Ung thư biểu mô tế bào gai thực quản ngực với giai đoạn trước điều trị IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC (theo phân chia giai đoạn ung thư của Ủy ban Liên hợp Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) lần thứ 8)

- Điểm ECOG 0 hoặc 1⁶
- Chức năng hô hấp bình thường hoặc giảm nhẹ và chức năng tim, thận, gan bình thường

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có thai hoặc đang cho con bú
- Bệnh nhân có bệnh ác tính đồng thời khác
- Khối u được đánh giá là không thể cắt bỏ triệt để trong quá trình phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận tiền cứu các bệnh nhân được PTNS cắt thực quản điều trị ung thư thực quản ngực tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 7 năm 2023. Các bệnh nhân được theo dõi đến tháng 10 năm 2024.

2.3. Xử lý thống kê. Đối với các biến định danh, chúng tôi trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hay phần trăm. Đối với các biến định lượng, trường hợp biến định lượng có phân phối chuẩn, chúng tôi trình bày dưới dạng: trị số trung bình ± độ lệch chuẩn.

Để so sánh 2 biến định lượng, chúng tôi sử dụng phép kiểm t đối với các biến có phân phối chuẩn và phép kiểm Mann Whitney U đối với các biến không có phân phối chuẩn. Để so sánh các biến phân loại, chúng tôi sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact trong trường hợp có $\geq 25\%$ số ô có giá trị kỳ vọng < 5 . Phân tích sống còn được thực hiện theo phương pháp Kaplan-Meier. Khả năng sống còn giữa các nhóm

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phùng Dũng Tiến

Email: tranpdtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

được thực hiện bằng kiểm định log-rank.

Chúng tôi sử dụng phần mềm R 4.4.1 để phân tích thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 7 năm 2023, có 113 bệnh nhân ung thư thực quản ngực được PTNS cắt thực quản triệt căn do 1 phẫu thuật viên mổ được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm bệnh nhân. Đặc điểm của bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1. Hầu hết bệnh nhân là nam giới, có tổng trạng tốt. Vị trí u chủ yếu ở thực quản ngực giữa và dưới. Phần lớn bệnh nhân được hóa trị tân hỗ trợ.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	N=113	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi)	58,3 ± 7,6	
Giới		
Nam	111	98,2
Nữ	2	1,8
Tổng trạng bệnh nhân theo điểm ECOG		
0 điểm	91	80,5
1 điểm	22	19,5
Chức năng hô hấp		
Không hạn chế	98	86,7
Hạn chế nhẹ	14	12,4
Hạn chế trung bình	1	0,9
Vị trí u		
Ngực trên	0	0
Ngực giữa	58	51,3
Ngực dưới	55	48,7
cT		
cT1b	17	15
cT2	14	12,4
cT3	54	47,8
cT4a	28	24,8
Hóa trị tân hỗ trợ	83	73,5

Kết quả phẫu thuật. Đặc điểm phẫu thuật được trình bày trong Bảng 2. Chúng tôi đã cố gắng thực hiện nạo hạch trung thất toàn bộ cho tất cả các bệnh nhân, tuy nhiên, một số ít bệnh nhân có dính nhiều ở trung thất trên nên không thể thực hiện bóc tách trung thất toàn bộ.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	N=113 Tỉ lệ (%)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	420,2±45,9 (320-590)	
Máu mất	<10 mL	
Phương pháp mổ		
Nội soi	109	96,5
Robot	4	3,5
Vị trí ống dạ dày		
Sau xương ức	94	83,2
Trung thất sau	19	16,8
Mức độ nạo hạch		

3 vùng	93	82,3
2 vùng	20	17,7
Thời gian nằm viện (trung vị, khoảng) (ngày)		
10 (6-32)		
pT		
pT0	17	15
pT1b	27	23,9
pT2	35	31,0
pT3	18	15,9
pT4a	16	14,2
pN		
0	74	65,5
1	29	25,7
2	7	6,2
3	3	2,7

Biến chứng được phân loại theo phân loại Clavien-Dindo mở rộng⁷ được trình bày trong Bảng 3. Có 3 trường hợp tai biến trong mổ gồm: 1 trường hợp rách phổi phải khi vào trocars ngực, 1 trường hợp tổn thương bó mạch vị phải và 1 trường hợp tổn thương ống ngực ở thì ngực. Cả 3 trường hợp đều được phát hiện lúc mổ và được xử trí ổn.

Biến chứng sau mổ xảy ra ở hơn 1/3 số bệnh nhân. Tuy nhiên, biến chứng nặng ($\geq$ độ III) xảy ra ở 4,4% trường hợp (5/113). 5,3% (6/112) bệnh nhân bị rò miệng nối cổ và chỉ cần điều trị bảo tồn hoặc gây tê dẫn lưu tại chỗ. Khàn tiếng xảy ra ở 26,5% (30/113) trường hợp và hơn một nửa trong số đó hồi phục trong vòng 6 tháng. Không có tử vong chu phẫu.

Bảng 3. Tai biến, biến chứng sau mổ

Đặc điểm	N=113	Tỉ lệ (%)
Tai biến trong mổ	3	2,7
Biến chứng sau mổ	42	37,2
Độ I	26	23
Độ II	11	9,7
Độ IIIa	1	0,9
Độ IIIb	2	1,8
Độ IVa	2	1,8
Độ IVb	0	0
Độ V (Tử vong)	0	0
Nhiễm trùng vết mổ (độ II)	3	2,7
Chảy máu sau mổ	2	1,8
Độ I	1	0,9
Độ IIIb	1	0,9
Tụ dịch cổ (độ I)	4	3,5
Độ I	3	2,7
Độ IIIa	1	0,9
Nhiễm trùng hô hấp	4	3,5
Độ II	3	2,7
Độ IVa	1	0,9
Xi miệng nối cổ	6	5,3