

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật, với tỷ lệ kiểm soát u đạt 98%. Các triệu chứng lâm sàng như đau đầu, giảm thính lực, ù tai, và mất thăng bằng đều giảm rõ rệt sau điều trị và tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả nghiên cứu hỗ trợ việc áp dụng xạ phẫu Gamma Knife như một phương pháp bổ trợ trong điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu, đồng thời khẳng định tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pollock BE, Link MJ. Vestibular schwannoma radiosurgery after previous surgical resection or stereotactic radiosurgery. *Prog Neurol Surg.* 2008;21:163-8.
2. Huang MJ, Kano H, Mousavi SH, Niranjan A, Monaco EA, Arai Y, et al. Stereotactic radiosurgery for recurrent vestibular schwannoma after previous resection. *J Neurosurg.* 2017;126(5):1506-13.
3. Bailo M, Boari N, Gagliardi F, Franzin A, Piloni M, Spina A, et al. Gamma Knife radiosurgery for residual and recurrent vestibular

schwannomas after previous surgery: clinical results in a series of 90 patients and review of the literature. *World Neurosurg.* 2017;98:60-72.

4. Vương Ngọc Dương, Mai Trọng Khoa, Kiều Đình Hùng. Đánh giá kết quả điều trị u dây thần kinh số VIII bằng dao Gamma quay tại trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2012;16(4):126-130.
5. Võ Văn Nho, Võ Tấn Sơn. *Phẫu thuật thần kinh.* Nhà xuất bản Y học, 2013.
6. Gormley WB, Sekhar LN, Wright DC, Kamerer D, Schessel D. Acoustic neuromas: results of current surgical management. *Neurosurgery.* 1997;41(1):50-8; discussion 8-60.
7. Germano IM, Sheehan J, Parish J, Atkins T, Asher A, Hadjipanayis CG, et al. Congress of Neurological Surgeons systematic review and evidence-based guidelines on the role of radiosurgery and radiation therapy in the management of patients with vestibular schwannomas. *Neurosurgery.* 2018;82(2):E49-E51.
8. Goldbrunner R, Weller M, Regis J, Lund-Johansen M, Stavrinou P, Reuss D, et al. EANO guideline on the diagnosis and treatment of vestibular schwannoma. *Neuro Oncol.* 2020;22(1):31-45.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM NẤM *ASPERGILLUS* PHỔI TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Phạm Thị Tuyết Dung¹, Lê Thị Diễm Tuyết²

chụp CT scanner là các đặc điểm cận lâm sàng chính.

Từ khóa: Nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn phổi, viêm phổi bệnh viện, COPD

TÓM TẮT

Nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại các đơn vị hồi sức tích cực đang là một thách thức do chẩn đoán khó và tỉ lệ tử vong cao. Nghiên cứu mô tả bệnh trên 38 bệnh nhân nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2017 - 2024. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là dùng kháng sinh phổ rộng (84,4%), dùng corticoid (68,4%), COPD (42,1%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là suy hô hấp, sốt dai dẳng. Hình ảnh cắt lớp vi tính phổi: halo sign, hình hăng, liềm hơi. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nhiễm nấm *Aspergillus* phổi có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, thường xảy ra ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như COPD, dùng corticoid, dùng kháng sinh phổ rộng kéo dài. Nuôi cấy thấy *Aspergillus*, tổn thương phổi trên

ABSTRACT

CLINICAL MANIFESTATIONS AND LABORATORY ABNORMALITIES OF PATIENTS WITH INVASIVE PULMONARY *ASPERGILLOSIS* AT THE INTENSIVE CARE UNIT

Invasive pulmonary *aspergillosis* (IPA) in intensive care units is challenging due to difficult diagnosis and high mortality. An observational study was conducted on 38 patients with invasive pulmonary *aspergillosis* admitted to the intensive care units of Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from 2017 to 2024. The most common risk factors were the use of broad-spectrum antibiotics (84.4%), corticosteroid treatment (68.4%), and COPD (42.1%). Worsening respiratory insufficiency and refractory fever were the most common clinical signs. Abnormal thoracic CT imaging findings were observed in patients, including the halo sign, cavitation, and the air-crescent sign. The study revealed that patients with IPA had nonspecific clinical manifestations, often occurring in those with risk factors such as COPD,

¹ Trung tâm Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

² Khoa Cấp cứu - Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Dung

Email: dr.phamthituyetdung2408@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2026

Ngày duyệt bài: 1.4.2026

corticosteroid use, and prolonged broad-spectrum antibiotic treatment. Positive *Aspergillus* culture and typical findings on chest CT scan were characteristic features of IPA.

Key words: *Invasive pulmonary Aspergillosis, hospital acquired pneumonia, COPD*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại các đơn vị chăm sóc tích cực đang là một thách thức do tỉ lệ tử vong cao.¹ Các nghiên cứu về nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại ICU còn rất ít. Phần lớn bệnh nhân không có bệnh máu ác tính. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trở thành một yếu tố nguy cơ nổi bật tại ICU.² Chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn phổi còn nhiều khó khăn. Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh trên Xquang, CT thường không điển hình và bị lu mờ bởi tình trạng phổi nặng từ trước.³ Xét nghiệm cấy nấm từ bệnh phẩm đường hô hấp dưới có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp.⁴ Sinh thiết phổi hay xét nghiệm galactomannan, PCR còn hạn chế ở khoa HSTC. Do vậy, chẩn đoán nhiễm nấm *Aspergillus* phổi còn bị trì hoãn và tỉ lệ tử vong cao.⁵

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tất cả các bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2024 được chẩn đoán nhiễm nấm *Aspergillus* phổi theo tiêu chuẩn của hội Hô hấp Việt Nam và hội Hồi sức cấp cứu chống độc Việt Nam và thỏa mãn 3 điều kiện sau: 1. Bệnh nhân có viêm phổi cộng đồng hoặc viêm phổi bệnh viện. 2 Nuôi cấy bệnh phẩm đờm, dịch rửa phế quản kết quả là nấm *Aspergillus*. 3 Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính phổi hoặc nội soi phế quản

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** hình ảnh chụp cắt lớp phổi hoặc nội soi phế quản không điển hình

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân.

Cỡ mẫu: thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2017 đến 8/2024.

- Thu thập số liệu: các biến số nghiên cứu nhiễm *Aspergillus* phổi được thu thập thông tin bằng cách khai thác hồ sơ bệnh án và hoàn thành phiếu thu thập số liệu sau:

Mục tiêu 1 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Nhân khẩu học: Tuổi, giới, địa chỉ, thời gian vào viện, tiền sử các bệnh mạn tính kèm theo.

+ Biến số lâm sàng:

• Lý do vào khoa HSTC

• Mức độ nặng của bệnh (theo thang điểm SOFA, APACHE II, mức độ suy hô hấp)

• Các yếu tố nguy cơ

• Hội chứng, triệu chứng lâm sàng

• Xét nghiệm cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa (ure, creatinine, bilirubin, procalcitonin, AST, ALT), khí máu động mạch

• Kết quả chẩn đoán hình ảnh

• Kết quả vi sinh: nhuộm soi, nuôi cấy bệnh phẩm đường hô hấp dưới, kết quả cấy máu, các vi khuẩn vi nấm đồng nhiễm

Mục tiêu 2 Kết quả điều trị

• Kết quả điều trị: Điều trị khỏi, tử vong và nặng xin về

Khỏi: lâm sàng bệnh nhân cải thiện sau dùng thuốc chống nấm, kết quả nuôi cấy, nhuộm soi về âm tính với nấm

Tử vong, nặng xin về

Đánh giá nguyên nhân chính của tử vong, nặng xin về

Xử lý số liệu:

- Số liệu được thu thập và xử trí trên phần mềm SPSS 16.0

- Tính tần số, tỷ lệ %, trung bình, trung vị.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Thực hiện hồi cứu trên hồ sơ bệnh án, không làm sai lệch bệnh án, không can thiệp trên người bệnh. Những nội dung khai thác được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học và đảm bảo giữ bí mật theo quy định. Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ sức khỏe người bệnh, không nhằm bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu có 38 bệnh nhân, độ tuổi trung bình 63.1 ± 9.4 tuổi, chủ yếu là nam giới. Tất cả các bệnh nhân đều có SOFA ≥ 2 điểm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: khó thở, suy hô hấp, sốt, sốt dai dẳng dù được sử dụng kháng sinh thích hợp ít nhất 3 ngày, sốt trở lại sau ít nhất 48 giờ không sốt tăng tiết đờm, thở nhanh, ho, đau ngực, ho máu, rales nổ, rales rít, rales ngáy, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu theo mức độ nặng thời điểm cấy ra nấm

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu theo mức độ nặng thời điểm cấy nấm

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n=38)	Tỉ lệ %
Điểm SOFA ngày 1	SOFA 0 - 1 điểm	0	0
	SOFA ≥ 2 điểm	38	100
Chỉ số P/F ngày cấy nấm	P/F < 100	8	21
	100 ≤ P/F < 200	18	47,3
	200 ≤ P/F < 300	12	31,7

Tất cả các bệnh nhân đều có SOFA ≥ 2 điểm.

3.2.2. Tiền sử bệnh lý

Bảng 2. Tiền sử bệnh lý

Tiền sử bệnh lý	Số bệnh nhân (n=38)	Tỉ lệ %	
Bệnh lý hô hấp	COPD	16	42,1
	Lao	5	13,1
	Hen	3	7,9
Đái tháo đường	10	12,5	
Bệnh lý thận mạn	8	21	
Bệnh lý tim mạch	7	18,4	
Gout	4	10,5	
Xơ gan	3	7,9	
Suy thượng thận	3	7,9	
Bệnh lý tự miễn	3	7,9	
U phổi	1	2,6	

Mẫu nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân có tiền sử bệnh lý hô hấp, sau đó là đái tháo đường, bệnh lý thận mạn. Ít nhất là nhóm bệnh nhân có tiền sử xơ gan, suy thượng thận, bệnh lý tự miễn, u phổi

3.2.3. Yếu tố nguy cơ nhiễm nấm *Aspergillus* phổi

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ gặp ở nhóm nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân (n=38)	Tỉ lệ %	
Sử dụng kháng sinh phổ rộng	34	84,4	
Dùng corticoid	> 21 ngày	16	42,1
	7 - 21 ngày	3	7,8
	< 7 ngày	7	18,4
Điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch	3	7,8	
COPD	16	42,1	
Xơ gan	2	5,2	
Phẫu thuật tim mạch	2	5,2	

Sử dụng kháng sinh phổ rộng, dùng corticoid kéo dài, COPD là các yếu tố nguy cơ thường gặp.

3.2.4. Đặc điểm tổn thương trên phim cắt lớp vi tính phổi

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên phim cắt lớp vi tính phổi

Hình ảnh cắt lớp vi tính phổi	Số bệnh nhân (n=38)	Tỉ lệ %
Halo sign	5	13,1
Hình hang	6	15,7
Hình liềm hơi	3	7,8
Đông đặc ranh giới rõ	2	5,2
Đông đặc lan tỏa	19	50
Nốt	14	36,8
Hình khí phế quản hơi	13	34,2
Hình kính mờ lan tỏa	15	39,4
Tràn dịch màng phổi	10	26,3
Giãn phế quản	6	15,7
Giãn phế nang	5	13,1
Tràn khí màng phổi	4	10,5
Tổn thương trung thất	3	7,8
Xẹp phổi	4	10,5
Kén khí	3	7,8
Hình chêm	1	2,6
Huyết khối động mạch phổi	1	2,6
U phổi	1	2,6
Các tổn thương khác	8	21

Các hình ảnh đặc trưng cho nấm *Aspergillus* xâm lấn phổi bao gồm hình halo sign, đông đặc ranh giới rõ, hình liềm hơi, hình hang tương đối ít gặp.

3.2.5. Kết quả điều trị

Bảng 5. Kết quả điều trị

Kết quả	Số bệnh nhân (n=38)	Tỉ lệ %
Nặng xin về/ Tử vong	37	97,4
Sống	1	2,6

Đa phần bệnh nhân nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tử vong.

3.2.6. Nguyên nhân tử vong, nặng xin về

Bảng 6. Nguyên nhân tử vong, nặng xin về

	Số bệnh nhân (n=31)	Tỉ lệ %
Sốc nhiễm khuẩn	34	89,6
Sốc phản vệ	1	2,6
Tắc động mạch cảnh trong cấp	1	2,6
Viêm phổi do Covid 19 mức độ nguy kịch	1	2,6
Ho máu	1	2,6

Nguyên nhân tử vong, nặng xin về chính là sốc nhiễm khuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu có 38 bệnh nhân, độ tuổi trung bình 63.1±9.4 tuổi, chủ yếu là nam giới. Tất cả các bệnh nhân đều có SOFA ≥ 2 điểm tại thời điểm cấy nấm dương tính. Lý do chính khiến bệnh nhân cần vào khoa HSTC là tình trạng suy hô hấp nặng (90,6%), 9,4% còn lại vào khoa vì sốc nhiễm khuẩn. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là dùng kháng sinh phổ rộng (84,4%), dùng corticoid (68,4%), COPD (42,1%), điều trị thuốc ức chế miễn dịch (7,8%). Các tác giả nghiên cứu viêm phổi do nấm *Aspergillus* tại ICU cũng cho thấy các yếu tố nguy cơ xuất hiện thường không phải các yếu tố nguy cơ kinh điển.^{6,7}

Có 50% bệnh nhân có sốt dù được sử dụng kháng sinh hợp lý ít nhất 3 ngày, 43,8% bệnh nhân sốt trở lại sau ít nhất 48h không sốt trong khi vẫn tiếp tục dùng kháng sinh thích hợp. Tất cả các bệnh nhân đều xuất hiện tiếng rales ẩm, rales nổ ở phổi. Phần lớn bệnh nhân có rales rít. Trần dịch màng phổi, tràn khí màng phổi có tỷ lệ gặp ít hơn. Các triệu chứng trên không phải triệu chứng đặc hiệu cho viêm phổi do nấm *Aspergillus*, điều đó khiến cho chẩn đoán viêm phổi do nấm *Aspergillus* thường gặp nhiều khó khăn vì các triệu chứng không điển hình và bị lu mờ bởi tình trạng phổi nặng ngay từ lúc vào khoa.³

Tuy nhiên, khi chụp phim CT ngực, chúng tôi nhận thấy: 13,1 % là hình ảnh halo sign, 15,7% là hình hang, 7,8 % liềm hơi, 5,2 % là đông đặc ranh giới rõ. Đây là các hình ảnh có giá trị để chẩn đoán viêm phổi do nấm *Aspergillus* trên đối tượng có yếu tố nguy cơ.⁸⁻¹⁰

Do bình thường những người khỏe mạnh cũng có thể thường xuyên hít phải bào tử nấm *Aspergillus*, *Aspergillus* có thể quần cư trong đường thở của người bình thường hoặc bệnh nhân mà không phải là nguyên nhân gây bệnh. Do vậy việc nhìn được trực tiếp tổn thương khí phế quản khi soi rất hữu ích trong chẩn đoán.¹¹

Với các bệnh nhân không có tiền sử COPD, hen, sự xuất hiện triệu chứng co thắt không đáp ứng với điều trị thông thường là một gợi ý để tìm chẩn đoán nấm phổi.¹² Tuy nhiên, do các công cụ chẩn đoán vẫn còn rất hạn chế, việc chẩn đoán thường đã ở giai đoạn muộn nên tỷ lệ điều trị thành công còn thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết cục lâm sàng có 97,4 bệnh nhân nặng tử vong/ nặng xin về, 2,6 % bệnh nhân sống. Nguyên nhân tử vong, nặng xin về do sốc nhiễm khuẩn 89,6, sốc phản vệ 2,6 %, nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong 2,6%, viêm phổi do Covid-19 2,6%, ho máu sét đánh 2,6%.

Các nguyên nhân sau dẫn đến tỉ lệ điều trị thất bại cao. Thứ nhất, tất cả các bệnh nhân vào khoa đều trong bệnh cảnh nặng. Thứ hai, chẩn đoán và điều trị muộn, phần lớn bệnh nhân được điều trị nấm *Aspergillus* sau khi có kết quả nuôi cấy, điều trị theo kinh nghiệm không hiệu quả. Thứ ba, nhiễm nấm *Aspergillus* gây suy hô hấp nặng và kéo dài, thời gian điều trị nấm *Aspergillus* phổi nhiều hơn so với điều trị nhiễm khuẩn thông thường (theo khuyến cáo là ít nhất 6-12 tuần tùy thuộc lâm sàng).¹³ Do đó, nhiễm nấm *Aspergillus* phổi gây kéo dài thời gian thở máy, kéo dài thời gian nằm viện, kết cục cuối cùng bệnh nhân sẽ chết trong bệnh cảnh nhiễm trùng bệnh viện. Và còn nhiều nguyên nhân khác nữa như do biến chứng của điều trị hay tình trạng bệnh nặng xuất hiện mới như đột quỵ não, phản vệ, ho máu...

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng bệnh nhiễm nấm *Aspergillus* phổi thường không điển hình do vậy dễ gây bỏ sót chẩn đoán. Các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh tại các đơn vị hồi sức thường không phải các nguy cơ kinh điển. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dùng corticoid, dùng kháng sinh phổ rộng là các yếu tố nguy cơ chính. Phần lớn bệnh nhân tử vong hoặc nặng tin về. Chủ yếu nguyên nhân tử vong, nặng xin về là sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tejerina EE, Abril E, Padilla R, et al. Invasive aspergillosis in critically ill patients: An autopsy study. *Mycoses*. 2019;62(8):673-679. doi:10.1111/myc.12927
2. Lugosi M, Alberti C, Zahar JR, et al. *Aspergillus* in the lower respiratory tract of immunocompetent critically ill patients. *J Infect*. 2014;69(3):284-292. doi:10.1016/j.jinf.2014.04.010
3. Meersseman W, Lagrou K, Maertens J, Wijngaerden EV. Invasive *Aspergillus* in the Intensive Care Unit. *Clin Infect Dis*. 2007;45(2):205-216. doi:10.1086/518852
4. Chamilos G, Marom EM, Lewis RE, Lionakis MS, Kontoyiannis DP. Predictors of Pulmonary Zygomycosis versus Invasive Pulmonary *Aspergillus* in Patients with Cancer. *Clin Infect Dis*. 2005;41(1):60-66. doi:10.1086/430710
5. Tong X, Cheng A, Xu H, et al. *Aspergillus fumigatus* during COPD exacerbation: a pair-matched retrospective study. *BMC Pulm Med*. 2018;18(1):55. doi:10.1186/s12890-018-0611-y
6. Tejerina EE, Abril E, Padilla R, et al. Invasive aspergillosis in critically ill patients: An autopsy study. *Mycoses*. 2019;62(8):673-679. doi:10.1111/myc.12927
7. Lugosi M, Alberti C, Zahar JR, et al. *Aspergillus* in the lower respiratory tract of

- immunocompetent critically ill patients. *J Infect.* 2014;69(3):284-292. doi:10.1016/j.jinf.2014.04.010
8. **Chamilos G, Marom EM, Lewis RE, Lionakis MS, Kontoyiannis DP.** Predictors of pulmonary zygomycosis versus invasive pulmonary aspergillosis in patients with cancer. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2005;41(1):60-66. doi:10.1086/430710
 9. **Parrón M, Torres I, Pardo M, Morales C, Navarro M, Martínez-Schmizcraft M.** [The halo sign in computed tomography images: differential diagnosis and correlation with pathology findings]. *Arch Bronconeumol.* 2008;44(7):386-392.
 10. **Greene RE, Schlamm HT, Oestmann JW, et al.** Imaging findings in acute invasive pulmonary aspergillosis: clinical significance of the halo sign. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2007;44(3):373-379. doi:10.1086/509917
 11. **Lass-Flörl C, Freund MC.** Diagnosing Aspergillosis: The Role of Invasive Diagnostic Interventions. In: Comarú Pasqualotto A, ed. *Aspergillosis: From Diagnosis to Prevention.* Springer Netherlands; 2010:391-405. doi:10.1007/978-90-481-2408-4_23
 12. **Tong X, Cheng A, Xu H, et al.** Aspergillus fumigatus during COPD exacerbation: a pair-matched retrospective study. *BMC Pulm Med.* 2018;18(1):55. doi:10.1186/s12890-018-0611-y
 13. **Patterson TF, Thompson GR, Denning DW, et al.** Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2016;63(4):e1-e60. doi:10.1093/cid/ciw326

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN XUẤT HUYẾT DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY VÀ THỰC QUẢN

Nguyễn Thị An Thuý¹, Võ Thị Mỹ Dung¹,
Trương Phi Hùng¹, Phan Trung Nhân², Hồ Tấn Phát²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh gan giữa hai nhóm bệnh nhân xơ gan nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày (TMDD) và do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu có phân tích, so sánh trên 150 bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch, được chia thành hai nhóm: nhóm vỡ giãn TMDD (n=38) và nhóm vỡ giãn TMTQ (n=112), điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2024 đến 12/2024. Phép kiểm T-test, Mann-Whitney và Chi bình phương được sử dụng để so sánh. **Kết quả:** So với nhóm vỡ giãn TMTQ, nhóm vỡ giãn TMDD có tỷ lệ nôn ra máu cao hơn (82% so với 46%; $p < 0,001$), tỷ lệ rối loạn huyết động lúc nhập viện cao hơn đáng kể (21% so với 3%; $p < 0,001$) và nồng độ hemoglobin (Hb) trung bình thấp hơn (74,7 g/L so với 85,2 g/L; $p = 0,046$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính, nguyên nhân xơ gan, các bệnh đồng mắc và điểm số Child-Pugh trung bình giữa hai nhóm. **Kết luận:** Nhóm vỡ giãn TMDD biểu hiện bệnh cảnh ban đầu nặng hơn với mất máu cấp độ ồ ạt hơn. Kết quả này có

thể giúp định hướng chẩn đoán và nhận diện sớm bệnh nhân có nguy cơ diễn tiến nặng.

Từ khóa: giãn tĩnh mạch dạ dày, giãn tĩnh mạch thực quản, xơ gan, xuất huyết tiêu hóa.

ABSTRACT

A COMPARISON OF CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH BLEEDING FROM GASTRIC VERSUS ESOPHAGEAL VARICES

Objective: To compare the clinical, laboratory characteristics, and severity of liver disease between two groups of cirrhotic patients hospitalized for upper gastrointestinal bleeding due to gastric versus esophageal variceal rupture. **Methods:** A cross-sectional, comparative, retrospective study was conducted on 150 cirrhotic patients with variceal bleeding, divided into two groups: the GV group (n=38) and the EV group (n=112), treated at Cho Ray Hospital from January 2024 to December 2024. T-test, Mann-Whitney U test, and Chi-square test were used for comparison. **Results:** Compared to the EV group, the GV group had a higher rate of hematemesis (82% vs. 46%; $p < 0.001$), a significantly higher rate of hemodynamic instability at admission (21% vs. 3%; $p < 0.001$), and a lower mean hemoglobin (Hb) level (74.7 g/L vs. 85.2 g/L; $p = 0.046$). There were no statistically significant differences in age, gender, etiology of cirrhosis, comorbidities, or mean Child-Pugh score between the two groups. **Conclusion:** The GV bleeding group presents with a more severe initial presentation and more massive blood loss.

¹ Bộ môn Nội tổng quát, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Tấn Phát

Email: bsphatbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2026

Ngày duyệt bài: 2.4.2026