

chung là 39,4%, tử vong NKBV 44,4%, không NKBV 40% (p=0,09), yếu tố nguy cơ trong phân tích đa biến là thở máy (OR 5,84; 95% CI 2,6-13,06; p=0,03) [8]. Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ tử vong chung và tỷ lệ tử vong do NKBV trong đơn vị chúng tôi nằm trong tỷ lệ tử vong đã được báo cáo từ 7% đến 46% của Nguyễn Thị Thu Hoài [2].

V. KẾT LUẬN

Căn nguyên hay gặp nhất gây NKBV là *A.Baumannii* (28,2%), đứng thứ hai là *K.pneumoniae* (19,7%), căn nguyên nấm hay gặp nhất là *Candida albicans* (8,6%). 95% các chủng *A.Baumannii*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa* đã kháng với nhóm kháng sinh Cephalosporin, Piperacilin+Tazobactam, Ciprofloxacin, Cotrimoxazol. Với nhóm Carbapenem thì 3 vi khuẩn trên đã kháng tới 70%- 96%. Với nhóm Colistin đa số các chủng có tỷ lệ kháng thấp hơn (*A.Baumannii* 0%, *K.pneumoniae* 23%, *P.aeruginosa* 25%). Với nhóm Aminoglycosid thì *K.pneumoniae* kháng thấp hơn (32%) so với chủng *A.Baumannii* (88%) và *P.aeruginosa* (60%).

Tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là 25% (243/970), tử vong do NKBV là 33,6% (46/137). Các yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê góp phần tăng tỷ lệ tử vong tại khoa bao gồm suy giảm miễn, các thủ thuật xâm lấn như thở máy, catheter TMTT, sonde tiểu, tình trạng NKBV và căn nguyên gây NKBV đa kháng như *K.pneumoniae*, *A.Baumannii*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Duong Bích Thủy JC, Le Thanh Hoang Nhat (2018).** Hospital-acquired colonization and infections in a Vietnamese intensive care unit. *PLoS*

one. ;13(9):44-54. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203600

2. **Thi Thu Hoài N, Ngọc Thủy Giang N, Van An H (2020).** Hospital-acquired infections in ageing Vietnamese population: current situation and solution. *MedPharmRes*;4(2):1-10. doi:10.32895/ump.mpr.4.2.1
3. **Anne Mette Koch, Roy Miodini Nilsen, Hanne Merete Eriksen (2015).** Mortality related to hospital-associated infections in a tertiary hospital; repeated cross-sectional studies between 2004-201. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 4:57
4. **Ahmet Yardım KY (2021).** The Relationship Between Mortality and Hospital-Acquired Infections in Patients Followed-up with Neurological Complaints in the Third Level Intensive Care Unit. *New Trend Med Sci*;2(1):24-30.
5. **Meric, Meliha, et al (2015).** Intensive care unit-acquired infections: incidence, risk factors and associated mortality in a Turkish university hospital." *Japanese journal of infectious diseases* 58.5: 297.
6. **CDC (2019).** HAI Data and Statistics. CDC's National Healthcare Safety Network (NHSN).
7. **Kolpa M, Walaszek M, Gniadek A, Wolak Z, Dobro (2018),** Microbiological Profile and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A 10 Year Observation in a Provincial Hospital in Southern Poland. *International journal of environmental research and public health*.
8. **Despotovic A, Milosevic B, Milosevic I, et al (2020).** Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit-Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American journal of infection control*;48(10):1211-1215.
9. **Abulhasan YB, Abdullah AA, Shetty SA (2020).** Health Care-Associated Infections in a Neurocritical Care Unit of a Developing Country. *Neurocritical care*. ;32(3):836-846. doi:10.1007/s12028-019-00856-8

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI DO NẤM TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Kim Thu^{1,2}, Lê Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi do nấm tại Bệnh viện Bệnh

nhiệt đới Trung ương. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân viêm phổi do nấm điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** 81% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58. Đái tháo đường (18,1%), xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%) là bệnh lý nền thường gặp. Triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng phổ biến là sốt (84,8%), khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%), ran ẩm ran nổ (81%). Hầu hết bệnh nhân có tăng nhẹ PCT (0,05-2 mg/mL) chiếm 70,4% và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm 44,7%. *Candida* và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyengkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Aspergillus là 2 nhóm căn nguyên chính gây viêm phổi do nấm. **Kết luận:** Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do nấm rất đa dạng, không đặc hiệu, cần nghĩ tới căn nguyên nấm ở những bệnh nhân có yếu tố cơ địa có triệu chứng hô hấp dai dẳng không cải thiện với các biện pháp điều trị thông thường.

Từ khóa: Viêm phổi, nấm, nấm phổi, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH INVASIVE PULMONARY FUNGAL INFECTION AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with invasive pulmonary fungal infection. **Population and method:** Cross-sectional descriptive study on 105 patients with invasive pulmonary fungal infection treated at the National Hospital for Tropical Diseases. **Results:** 81% of patients were male, mean age was 59,68 ± 14,58. Diabetes (18,15), cirrhosis (15,2%), HIV (14,3%), COPD and asthma (11,4%), were the most frequent comorbidities. Clinical symptoms are diverse but common are fever (84,4%), dyspnea (68,6%), productive cough (56,2%), crackles (81%). Most patients had a slight increase in PCT (0,05-2 mg/mL) 70,4% and a large increase in CRP (>100mg/L) 44,7%. Candida and Aspergillus are the two main etiological groups of pulmonary fungal infection. **Conclusion:** This study presented the clinical and paraclinical signs of invasive fungal infection are multifactorial, non-specific, this is why you have to think about fungal infection in patients with atopic factor have respiratory symptoms that do not improve with conventional therapies.

Keywords: Invasive pulmonary fungal infection, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi do nấm là một bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm nấm xâm lấn. Theo Yvonne Schmiedel và Stefan Zimmerli (2016), hàng năm có khoảng 2 triệu trường hợp nhiễm nấm xâm lấn do Candida, Aspergillus, Cryptococcus và Pneumocystis trên toàn thế giới¹. Tại Việt Nam, kết quả của Phạm Hùng Vân và cộng sự (2016-2017) cho thấy nấm men chiếm tỉ lệ 4,14% trong tổng số căn nguyên viêm phổi cộng đồng phải nhập viện. Tuy không phải là một căn nguyên phổ biến gây viêm phổi nhưng có nhiều yếu tố thuận lợi thúc đẩy sự gia tăng tỉ lệ căn nguyên nấm gây viêm phổi như vấn đề sử dụng kháng sinh chưa hợp lý, sử dụng corticoid hay các can thiệp y tế. Bệnh cảnh lâm sàng của viêm phổi do nấm lại phức tạp, chẩn đoán thường khó khăn do phải phân biệt và loại trừ với các căn nguyên khác, dẫn đến chậm trễ trong điều trị. Điều trị viêm phổi do nấm cũng là một thách

thức khi tình hình đề kháng thuốc kháng nấm đang có xu hướng gia tăng theo thời gian². Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những bệnh nhân viêm phổi do nấm tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm phổi do nấm và điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn Hội nghị đồng thuận giữa Hội Lồng ngực Mỹ và Hội Bệnh nhiễm trùng Mỹ, được xác định nhiễm nấm xâm lấn phổi thông qua kết quả vi sinh (nuôi cấy bệnh phẩm đường hô hấp xác định được căn nguyên nấm hoặc kết quả nuôi cấy bệnh phẩm mảnh mô sinh thiết phổi hoặc dịch màng phổi vô trùng xác định được căn nguyên nấm). Với Candida và Aspergillus, chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn EORTC/MSG và "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn" của Bộ y tế 2021^{3,4}.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Phát hiện đồng thời các căn nguyên gây viêm phổi khác ngoài nấm trong bệnh phẩm vi sinh. Bệnh nhân viêm phổi do Pneumocystis jirovecii. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu đối với bệnh nhân tiến cứu và thiếu thông tin trong hồ sơ bệnh án với bệnh nhân hồi cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu (78 bệnh nhân) và tiến cứu (27 bệnh nhân).

Tiến hành nghiên cứu

*Giai đoạn hồi cứu: Lấy danh sách tất cả các bệnh nhân có kết quả vi sinh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Thu thập các bệnh án đủ tiêu chuẩn và thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

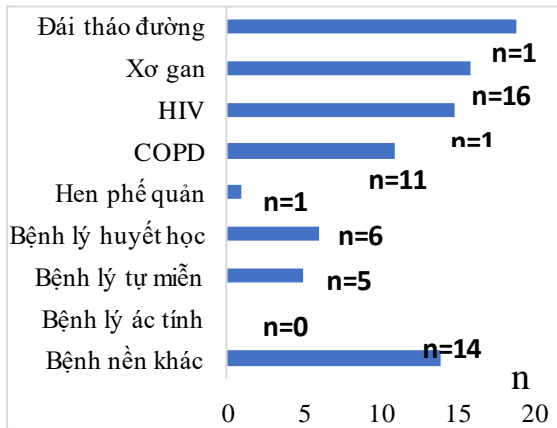
*Giai đoạn tiến cứu: Lựa chọn các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn. Sau đó thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu qua hỏi bệnh, khám lâm sàng, các xét nghiệm theo nội dung nghiên cứu.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong thời gian từ tháng 01/2016

đến tháng 06/2021, có 105 bệnh nhân viêm phổi do nấm đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm chủ yếu 85/105 (81%), tỉ lệ nam/nữ là 4,25/1. Tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58 (nhỏ nhất: 18, cao nhất: 89 tuổi). Nhóm tuổi từ 56-65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (30,5%). Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng hô hấp đến khi được chẩn đoán viêm phổi do nấm là 11,48 ± 11,38 ngày. Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi do nấm trong vòng 1 tuần kể từ khi có triệu chứng hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất (47,6%).



Biểu đồ 3.1. Bệnh lý nền (n=105)

Nhận xét: Bệnh lý nền thường gặp nhất là đái tháo đường (18,1%), sau đó là xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

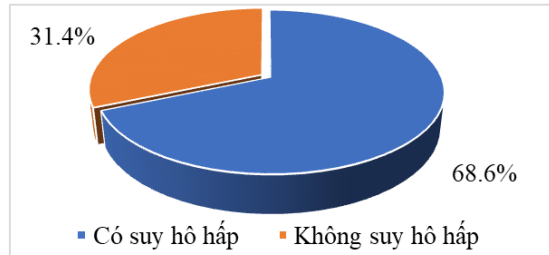
Bảng 3.2. Đặc điểm một số chỉ số huyết học (n=105)

Chỉ số	Đặc điểm	n	%	Mean ±SD; Min-Max
Hemoglobin	Không thiếu máu	29	27,6	102,65±24,82 61-202
	Thiếu máu	76	72,4	
Bạch cầu	Giảm	9	8,6	12,79±8,12 0,80-38,49
	Bình thường	37	35,2	
	Tăng	59	56,2	
Tỉ lệ BCĐNTT	Không tăng	27	25,7	80,61±13,42 2,60-97
	Tăng	78	74,3	
Tiểu cầu	Giảm	40	38,1	213,91±153,35 8-727
	Bình thường	58	55,2	
	Tăng	42	6,7	
Prothrombin	Bình thường	53	50,5	69,77±17,81 24-112
	Giảm	52	49,5	
D-dimer	Bình thường	2	1,9	6982,31±11596 32,20 – 70765
	Tăng	103	98,1	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tình trạng thiếu máu (72,4%), tăng số lượng bạch cầu (56,2%) và tăng tỉ lệ BCĐNTT (74,3%). Hầu hết các bệnh nhân đều có tăng D-dimer máu (98,1%).

Bảng 3.3. Đặc điểm một số chỉ số sinh hoá máu (n=105)

Chỉ số	Đặc điểm	n	%	Mean ±SD; Min-Max
Urê	Không tăng	51	48,6	10,94±10,16



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng suy hô hấp (n=105)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân suy hô hấp chiếm đa số (68,6%).

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng (n=105)

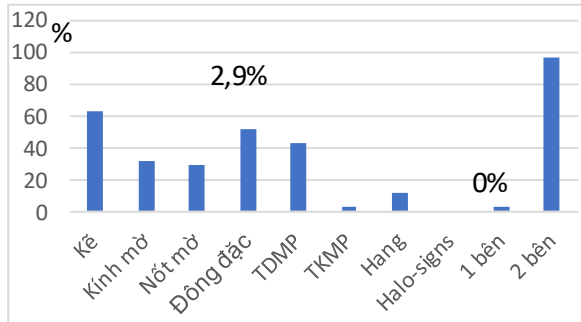
Triệu chứng cơ năng	n	%
Sốt	89	84,8
Khó thở	72	68,6
Ho đờm	59	56,2
Ho khan	20	19,0
Đau/tức ngực	12	11,4
Ho máu	0	0
Triệu chứng thực thể	n	%
Ran ẩm ran nổ	85	81,0
Hội chứng nhiễm trùng	56	53,3
Rì rào phế nang giảm	48	45,7
Không ran	15	14,3
Ran rạc rạn rít	9	8,6

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là sốt (84,8%), sau đó là khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ran ẩm ran nổ tại phổi (81%). Hội chứng nhiễm trùng được ghi nhận với tỉ lệ 53,3%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

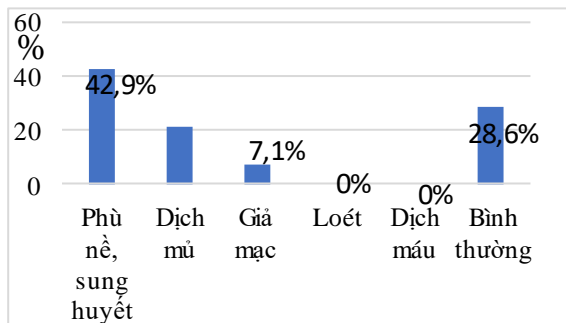
Creatinin	Tăng	54	51,4	1,90-47,9
	Không tăng	75	71,4	105,73±74,60
AST	Tăng	30	28,6	34-603
	Không tăng	32	30,5	76,06±68,83
ALT	Tăng	73	69,5	14-357
	Không tăng	56	53,3	213,91±153,35
PCT	Tăng	49	46,7	8-727
	Không tăng	1	1	4,44±12,64 0,02-100
	Tăng nhẹ	74	70,4	
	Tăng vừa	30	28,6	
Tăng nhiều	0	0		
CRP	Không tăng	2	1,9	110,76±79,85 2,1-349
	Tăng nhẹ	24	22,9	
	Tăng vừa	32	30,5	
	Tăng nhiều	47	44,7	

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều có tăng PCT và CRP với tỉ lệ tương ứng là 99% và 98,1%. Trong đó, tỉ lệ tăng nhẹ PCT (0,05-2mg/mL) và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm đa số (70,4% và 44,7%).



Biểu đồ 3.3. Tổn thương trên cắt lớp vi tính phổi (n=35)

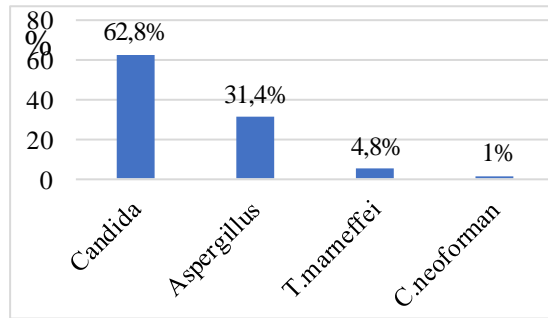
Nhận xét: Tổn thương phổi trên cắt lớp vi tính lồng ngực đứng đầu là tổn thương dạng kê (62,9%), tổn thương đông đặc đứng thứ hai (51,4%). Đa số tổn thương phổi cũng là tổn thương 2 bên (97,1%). Tràn khí màng phổi và halo-signs là hai tổn thương ít gặp nhất (2,9% và 0%).



Biểu đồ 3.4. Tổn thương trên nội soi khí phế quản (n=14)

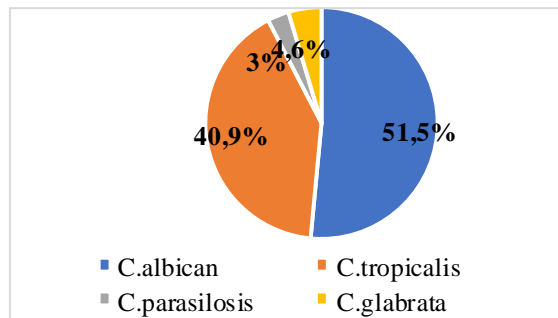
Nhận xét: Tổn thương hay gặp nhất trên nội soi khí phế quản là phù nề, sung huyết (42,9%). Không thấy tổn thương loét hay dịch máu khi nội

soi khí phế quản. Có 28,6% trường hợp nội soi khí phế quản bình thường.



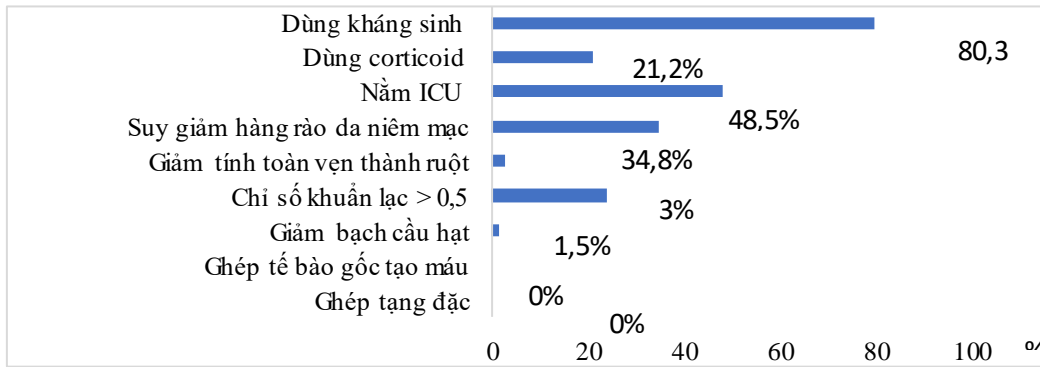
Biểu đồ 3.5. Tỉ lệ căn nguyên nấm gây viêm phổi (n=105)

Nhận xét: Trong tổng số các căn nguyên nấm gây viêm phổi, nhóm căn nguyên Candida chiếm đa số (62,8%), đứng thứ hai là Aspergillus (31,4%). Các căn nguyên còn lại chiếm tỉ lệ thấp: T.marneffeii 4,8%; C.neoforman 1%.



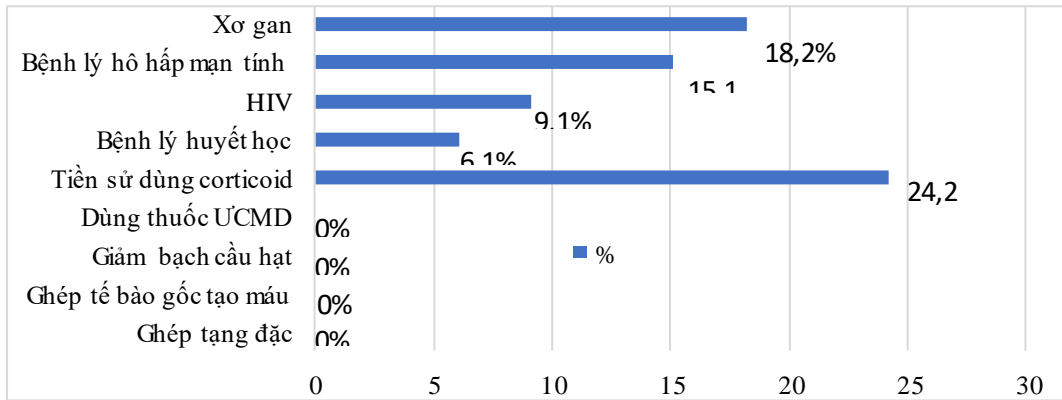
Biểu đồ 3.6. Tỉ lệ các chủng trong nhóm căn nguyên Candida (n=66)

Nhận xét: Chủng chiếm đa số trong nhóm căn nguyên Candida là C.albican (51,5%) và C.tropicalis (40,9%).



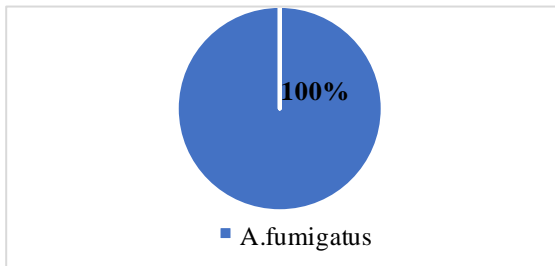
Biểu đồ 3.8. Yếu tố nguy cơ của viêm phổi do Candida (n=66)

Nhận xét: Dùng kháng sinh là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân viêm phổi do Candida (80,3%).



Biểu đồ 3.9. Yếu tố nguy cơ của viêm phổi do Aspergillus (n=33)

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của viêm phổi do Aspergillus là dùng corticoid (24,2%), xơ gan (18,2%) và bệnh lý hô hấp mạn tính (15,1%). Không có trường hợp nào có yếu tố nguy cơ liên quan đến giảm bạch cầu hạt trung tính, dùng thuốc ức chế miễn dịch hay ghép tế bào gốc tạo máu, ghép tạng đặc.



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ các chủng trong nhóm căn nguyên Aspergillus (n=33)

Nhận xét: 100% các trường hợp viêm phổi do Aspergillus là A.fumigatus.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung. Nam giới chiếm đa số (81%), tỉ lệ nam/nữ là 4,25/1. Tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58. Bệnh lý nền thường gặp nhất là

đái tháo đường (18,1%), xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%). Các bệnh cảnh trên đều gây ra cơ địa suy giảm miễn dịch - yếu tố thuận lợi cho nhiễm nấm xâm lấn. Theo Amartya Chakraborti và cộng sự⁵ (2018), đái tháo đường cũng là yếu tố nguy cơ làm gia tăng nhiễm nấm xâm lấn trên đối tượng thở máy dài ngày. Theo Vũ Văn Giáp và Vũ Thị Ninh⁶ (2021, n=41), bệnh đồng mắc thường gặp nhất là COPD và hen phế quản (31,7%) và đái tháo đường (24,4%).

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng cơ năng đa dạng và không đặc hiệu, thường gặp nhất là sốt (84,8%), khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ran ẩm ran nổ tại phổi (81%). Hội chứng nhiễm trùng được ghi nhận với tỉ lệ 53,3%. Tỉ lệ triệu chứng cơ năng, thực thể cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Ninh và Vũ Văn

Giáp⁶ (2021, n=41) về hội chứng nhiễm trùng (48,8%), triệu chứng thường gặp nhất là ho đờm (75,6%), khó thở (51,2%), ran ẩm ran nổ (41,5%). Nhóm bệnh nhân suy hô hấp chiếm đa số (68,6%). Tỷ lệ trên tương tự nghiên cứu của một số nghiên cứu trên thế giới.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm công thức máu, sinh hoá máu. Đa số bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu (56,2%) và tăng tỉ lệ BCĐNTT (74,3%). Hầu hết bệnh nhân có tăng nhẹ PCT (0,05-2 mg/mL) chiếm 70,4% và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm 44,7%.

4.2.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh. Tổn thương phổi trên CLVT lồng ngực đứng đầu là tổn thương dạng kẽ (62,9%), đồng đặc (51,4%). Đa số là tổn thương phổi 2 bên (97,1%). Tràn khí màng phổi và halo-signs là hai tổn thương ít gặp nhất (2,9% và 0%). Theo Vũ Văn Giáp và Vũ Thị Ninh⁶ (2021, n=41), tổn thương đa số trên CLVT ngực là cả 2 phổi (58,5%), tổn thương đồng đặc (56,1%) và kính mờ (34,1%). Các tác giả cũng không gặp tổn thương halo-signs nào trên CT ngực nhưng tổn thương hang chiếm tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (31,7% so với 11,4%).

Trong 14 bệnh nhân được soi phế quản, tổn thương hay gặp nhất là phù nề, sung huyết khí phế quản phổi (6/14, 42,9%), tiếp theo là dịch mủ trong lòng khí phế quản (3/14, 21,4%), giả mạc (7,1%). Không thấy tổn thương loét hay dịch máu khi soi phế quản. Có 4/14 trường hợp soi phế quản bình thường.

4.2.3. Đặc điểm căn nguyên yếu tố nguy cơ. Căn nguyên Candida chiếm đa số (62,8%), đứng thứ hai là Aspergillus (31,4%). Các căn nguyên còn lại chiếm tỉ lệ thấp: T.marneffeii 4,8%; C.neoforman 1%. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy căn nguyên thường gặp trong viêm phổi do nấm là Aspergillus như Vũ Văn Giáp (2021) 75,7% , Chien-Yuan Chen (2018) 77,6%; Chun-Yu Lin 61,3%^{6,7, 8}. 100% các trường hợp viêm phổi do Aspergillus là A.fumigatus. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của các tác giả nói trên. Sự khác biệt về nhóm căn nguyên Candida đứng đầu tiên trong nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải qua phương pháp lựa chọn đối tượng nghiên cứu phù hợp với tình hình thực tế tại cơ sở y tế tiến hành nghiên cứu. Chúng chiếm đa số trong nhóm căn nguyên Candida là C.albican (51,5%) và C.tropicalis (40,9%).

Dùng kháng sinh là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân viêm phổi do

Candida (80,3%). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của viêm phổi do Aspergillus là dùng corticoid (24,2%), xơ gan (18,2%) và bệnh lý hô hấp mạn tính (15,1%). Theo Amartya Chakraborti và cộng sự⁵ (2018), sử dụng corticoid kéo dài là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (81%). Có 1 trường hợp có giảm BCĐNTT (1,5%). Theo Chien-Yuan Chen⁷ (2018), tỉ lệ bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính là 75%. Điều này liên quan đến đặc điểm bệnh lý nền của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp bệnh nhân có bệnh lý huyết học là rối loạn sinh tuỷ còn nghiên cứu của tác giả tiến hành trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý huyết học ác tính.

Kết quả: -81% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình là 59,68 ± 14,58. Đái tháo đường (18,1%), xơ gan (15,2%), HIV (14,3%), COPD và hen phế quản (11,4%) là bệnh lý nền thường gặp.

- Triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng phổ biến là sốt (84,8%), khó thở (68,6%), ho đờm (56,2%), ran ẩm ran nổ (81%). Hầu hết bệnh nhân có tăng nhẹ PCT (0,05-2 mg/mL) chiếm 70,4% và tăng CRP mức độ nhiều (>100mg/L) chiếm 44,7%.

- Candida và Aspergillus là 2 nhóm căn nguyên chính gây viêm phổi do nấm.

V. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do nấm rất đa dạng, không đặc hiệu, cần nghĩ tới căn nguyên nấm ở những bệnh nhân có yếu tố cơ địa có triệu chứng hô hấp dai dẳng không cải thiện với các biện pháp điều trị thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schmiedel Y, Zimmerli S. Common invasive fungal diseases: an overview of invasive candidiasis, aspergillosis, cryptococcosis, and Pneumocystis pneumonia. Swiss Med Wkly. Published online February 22, 2016. doi:10.4414/smw.2016.14281
2. Antifungal Resistance | Fungal Diseases | CDC. Published May 18, 2020. Accessed June 24, 2020. <https://www.cdc.gov/fungal/antifungal-resistance.html>
3. Bassetti M, Azoulay E, Kullberg BJ, et al. EORTC/MSGERC Definitions of Invasive Fungal Diseases: Summary of Activities of the Intensive Care Unit Working Group. Clin Infect Dis. 2021;72(Supplement 2):S121-S127. doi:10.1093/cid/ciaa1751
4. Bộ Y tế. Quyết định 3429/QĐ-BYT ngày 14/7/2021 về ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn." 2021.
5. Chakraborti A, Jaiswal A, Verma PK, Singhal R. A Prospective Study of Fungal Colonization and

Invasive Fungal Disease in Long-Term Mechanically Ventilated Patients in a Respiratory Intensive Care Unit. Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med. 2018;22(8):597-601. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_181_18

6. **Nhinh VT, Giáp VV.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nấm phổi xâm lấn điều trị tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;506(1).
7. **Chen CY, Sheng WH, Tien FM, et al.** Clinical characteristics and treatment outcomes of

pulmonary invasive fungal infection among adult patients with hematological malignancy in a medical centre in Taiwan, 2008–2013. J Microbiol Immunol Infect. 2020;53(1):106-114. doi:10.1016/j.jmii.2018.01.002

8. **Lin CY, Liu WL, Chang CC, et al.** Invasive fungal tracheobronchitis in mechanically ventilated critically ill patients: underlying conditions, diagnosis, and outcomes. Ann Intensive Care. 2017;7(1):9. doi:10.1186/s13613-016-0230-9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ

Đặng Phúc Đức*, Đỗ Đức Thuần*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính phình động mạch não giữa vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiễn cứu, cắt ngang có theo dõi dọc 46 bệnh nhân được can thiệp vỡ phình động mạch não giữa tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021. **Kết quả:** Đau đầu 89,1%, hội chứng màng não 93,30%, liệt nửa người 32,6%, vỡ tái phát trước can thiệp 8,69%. Trên CTSN thấy hình ảnh chảy máu dưới nhện 93,48%, ổ máu tụ thùy thái dương 41,30%. **Kết luận:** vỡ phình động mạch não giữa gây hội chứng màng não, liệt nửa người, vỡ tái phát ít hơn vị trí khác. Trên CTSN có thường có ổ máu tụ thùy thái dương.

Từ khóa: Phình động mạch não giữa vỡ, lâm sàng vỡ phình động mạch não

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL FEATURES AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF RUPTURED MIDDLE CEREBRAL ANEURYSMS

Objective: Describe the clinical features and computed tomography images of ruptured middle cerebral aneurysms. **Subject and method:** prospective, descriptive cross sectional and follow long study of 46 patients. They were treated ruptured middle cerebral artery aneurysms by intervention in the stroke department of Hospital N°103 from to october 2009 to december 2021. **Result:** Headache 89.1%, meningococcal syndrome 93.30%, hemiplegia 32.6%, recurrent rupture before intervention 8.69%. On computer tomography showed subarachnoid hemorrhage 93.48%, hematoma in temporal lobe 41.30%. **Conclusion:** ruptured middle cerebral aneurysm causes meningeal syndrome, hemiplegia,

recurrent rupture less than other locations. On computer tomography, there is often a hematoma in temporal lobe.

Key word: ruptured middle cerebral artery aneurysm, Clinically ruptured cerebral aneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch (PĐM) não là bệnh khá phổ biến chiếm tỷ lệ 0,2% - 9%, trung bình 4,5% dân số ở các nước trên thế giới. Tỷ lệ vỡ hàng năm 1% - 2% trong phình động mạch não giữa chiếm 20% tổng số phình mạch não. Biến chứng nặng hay gặp của vỡ phình mạch (PM) não là vỡ tái phát. Trên 15% số bệnh nhân vỡ tái phát trong 24 giờ đầu, 20% trong hai tuần đầu và 50% trong vòng 6 tháng nếu không được điều trị can thiệp. Khi PM não vỡ tái phát tình trạng lâm sàng rất nặng nề, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao.

Ngăn chặn PĐM não vỡ tái phát có hai phương pháp cơ bản: phẫu thuật kẹp cổ túi phình bằng clip (clipping) và can thiệp nội mạch làm đông máu trong lòng túi phình. Việc lựa chọn can thiệp nội mạch hay phẫu thuật phụ thuộc vào đặc điểm hình thái túi phình, động mạch nhánh đi ra từ túi phình, thể tích ổ máu tụ. Phình động mạch não giữa vỡ thường gặp trong lâm sàng và thường có đặc điểm hình thái phức tạp do thường cổ rộng, hay có động mạch nhánh đi ra từ cổ hoặc túi phình, hình thái phình mạch phức tạp. Vì vậy chúng tôi xin chia sẻ về kết quả nghiên cứu đặc điểm hình ảnh phình động mạch não giữa vỡ góp phần trong can thiệp, phẫu thuật điều trị phình động mạch não giữa vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nghiên cứu: 46 bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa vỡ được điều trị can thiệp nội mạch tại Khoa Đột quy, Bệnh viện

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022