

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về PSAđ ($p < 0.001$) giữa nhóm UT và nhóm không UT. Với ngưỡng cut-off là ≥ 0.15 ng/ml², PSAđ có độ nhạy là 96.9%, độ đặc hiệu 31.4% trong chẩn đoán UTCT TTL. So sánh với nghiên cứu của Yusim và cs có độ nhạy vào độ đặc hiệu lần lượt là 70% và 70%. Nghiên cứu của Castro và cs⁸ độ nhạy 91.9% và độ đặc hiệu là 50.6%. Theo Benson và cs¹⁵, PSAđ với ngưỡng 0.15 ng/ml² làm giảm chỉ định sinh thiết TTL không cần thiết đối với những bệnh nhân không có dấu hiệu nghi ngờ UT trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ PSAt tăng cao không những trong ung thư TTL mà còn trong UPDLT TTL. PSAđ có giá trị hơn PSAt trong chẩn đoán UTCT TTL. Cần sử dụng PSAđ thay thế PSAt để sàng lọc UTCT TTL nói riêng và UT TTL nói chung nhằm hạn chế các trường hợp dương tính giả do UPDLT TTL hoặc viêm TTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haas GP, Sakr WA. Epidemiology of prostate cancer. CA: a cancer journal for clinicians. 1997;47(5):273-287.
2. Akin O, Sala E, Moskowitz CS, et al. Transition zone prostate cancers: features, detection, localization, and staging at endorectal MR imaging. Radiology. 2006;239(3):784-792.

3. Lawrentschuk N, Haider MA, Daljeet N, et al. 'Prostatic evasive anterior tumours': the role of magnetic resonance imaging. BJU international. 2010;105(9):1231-1236.
4. Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS. Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. American Journal of Roentgenology. 2015;204(3):W266-W272.
5. Tazi K, Moudouni SM, Elfassi J, et al. Leiomyosarcoma of the prostate: a study of two cases. Paper presented at: Annales d'urologie 2001.
6. Terris MK. Sensitivity and specificity of sextant biopsies in the detection of prostate cancer: preliminary report. Urology. 1999;54(3):486-489.
7. Karazanashvili G, Abrahamsson P-A. Prostate specific antigen and human glandular kallikrein 2 in early detection of prostate cancer. The Journal of urology. 2003;169(2):445-457.
8. Castro HA, Iared W, Santos JEM, Solha RS, Shigueoka DC, Ajzen SA. Impact of PSA density of transition zone as a potential parameter in reducing the number of unnecessary prostate biopsies in patients with psa levels between 2.6 and 10.0 ng/mL. International braz j urol. 2018;44:709-716.
9. Thai JN, Narayanan HA, George AK, et al. Validation of PI-RADS version 2 in transition zone lesions for the detection of prostate cancer. Radiology. 2018;288(2):485-491.
10. Liu J, Pan S, Dong L, et al. The Diagnostic Value of PI-RADS v2. 1 in Patients with a History of Transurethral Resection of the Prostate (TURP). Current Oncology. 2022;29(9):6373-6382.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Lê Văn Thâm¹, Nguyễn Thị Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Toàn bộ bệnh nhân VPMPCTĐ đều có tổn thương viêm phổi trên phim X-quang với tổn thương điển hình (32%) và tổn thương không điển hình (68%); Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng (56%); Đa số bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng (66%); Đa số cấy đờm không mọc vi khuẩn (68%); Trong 14 mẫu mọc vi khuẩn (28%), đa số là vi khuẩn K. pneumoniae (50%), tiếp theo là M. catarrhalis (28.58%), các vi khuẩn A. baumannii, E. faecalis, S.

pneumoniae đều chiếm tỷ lệ là 7,14%. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có tổn thương viêm phổi trên phim X-quang với tổn thương không điển hình (68%); số lượng bạch cầu tăng (56%), cấy đờm không mọc vi khuẩn (68%), đa số kết quả cấy đờm là vi khuẩn K. pneumoniae (50%)

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA TREATMENT IN XANH PON GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe paraclinical characteristics of patients with community acquired pneumonia who are treating at the Respiratory ward in Xanh Pon General Hospital. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** All patients with community acquired pneumonia had chest X-ray with typical lesions (32%) and atypical lesions (68%); Most patients had an increased white blood cell count (56%); Most patients had an increased percentage of

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thâm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

neutrophils (66%); Most sputum cultures did not grow bacteria (68%); In 14 samples growing bacteria (28%), the majority was *K. pneumoniae* (50%), followed by *M. catarrhalis* (28.58%), *A. bacteria*, *E. faccalis*, *S. pneumoniae* all of them accounted for 7.14%. **Conclusion:** The study shows that the majority of patients had pneumonia on X-ray with atypical lesions (68%); white blood cell increased (56%), sputum culture did not grow bacteria (68%), most of the sputum culture results showed *K. pneumoniae* bacteria (50%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải từ cộng đồng hay viêm phổi cộng đồng (VPMPTCĐ) là một bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong số các bệnh truyền nhiễm [1]. Hàng năm tại Mỹ có từ 2 triệu tới 3 triệu trường hợp viêm phổi, trong đó khoảng 20% các bệnh nhân phải nhập viện, và có tới 14% số bệnh nhân này tử vong [2]. Tại Anh, tỷ lệ viêm phổi mắc phải cộng đồng phải nhập viện dao động trong khoảng 1,1 đến 2,7/1000 dân số trẻ tuổi mỗi năm nhưng tăng lên 13,21/1000 dân số trên 55 tuổi [27]. Tại Nhật Bản hàng năm có từ 57-70/100000 người tử vong do viêm phổi, và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4. Phần lớn các trường hợp VPMPTCĐ được theo dõi điều trị ngoại trú, nhưng có khoảng 20% số bệnh nhân cần phải nhập viện điều trị. 10% bệnh nhân điều trị nội trú có biểu hiện viêm phổi nặng và cần phải điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Tỷ lệ tử vong của viêm phổi nặng có thể lên tới 50% [8].

Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% các bệnh phổi. Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000 có 345 (9,57%) bệnh nhân viêm phổi, đứng thứ 4 trong số bệnh nhân đến điều trị tại khoa [2].

Việc xác định các triệu chứng cận lâm sàng giúp chẩn đoán sớm bệnh VPMPTCĐ, đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả và kịp thời. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

* **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán VPMPTCĐ:**

(Theo Hội nghị đồng thuận giữa hội lồng ngực Mỹ và Nhiễm trùng Mỹ).

– Một tổn thương mới xuất hiện trên phim chụp X-quang ngực, tổn thương một hoặc hai bên phổi.

– Bệnh nhân có kèm theo một hoặc nhiều các biểu hiện cấp tính của đường hô hấp như:

+ Ho mới xuất hiện hoặc gia tăng, có thể ho khan hoặc ho có đờm.

+ Khạc đờm với sự thay đổi tính chất và màu sắc của đờm (đục, xanh, vàng).

+ Khó thở

+ Sốt trên 38°C hoặc có thể kèm theo hạ nhiệt độ (36°C).

+ Có hội chứng đông đặc hoặc có ral ẩm hoặc ral nổ

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

– Trên 18 tuổi.

– Được chẩn đoán xác định viêm phổi mắc phải tại cộng đồng trong 48h đầu nhập viện.

– Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

– Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

– Các bệnh nhân có rối loạn tâm thần, cảm điếc, không thể trả lời phỏng vấn

– Các bệnh nhân nằm viện trong khoảng thời gian 14 ngày trước khi có biểu hiện triệu chứng bệnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

– Nghiên cứu được thực hiện tại khoa nội Hô hấp tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

– Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2021 đến tháng 4/2021

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu

2.3.3. Kỹ thuật thu thập thông tin: Các kết quả cận lâm sàng được thu thập trên bệnh án của bệnh nhân

2.3.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

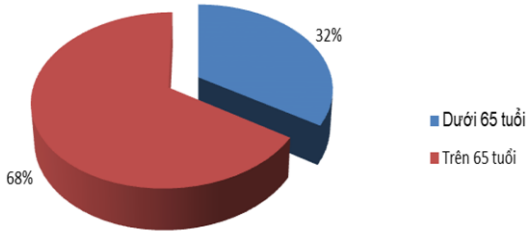
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Giới tính của ĐTNC

Giới tính	n (người)	Tỷ lệ (%)
Nam	25	50
Nữ	25	50
Tổng	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ về giới tính của các đối tượng tham gia nghiên cứu là ngang bằng nhau.



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong số 50 bệnh nhân VPMPCTĐ, nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 68%.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Học sinh, sinh viên	3	6
Tự do	4	8
Công nhân	3	6
Người già (cán bộ hưu trí)	34	68
Nông dân	6	12
Tổng	50	100

Nhận xét: Nghề nghiệp chủ yếu trong VPMPCTĐ là người già (66%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCTĐ

Bảng 3.3: Tổn thương trên X-quang

Tổn thương trên X-quang	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Không thấy tổn thương	0	0	
Thấy tổn thương	Điển hình	16	32
	Không điển hình	34	68
Tổng	50	100	

Nhận xét: Toàn bộ 100% bệnh nhân VPMPCTĐ đều có tổn thương viêm phổi trên phim X-quang với tổn thương điển hình (32%) và tổn thương không điển hình (68%).

Bảng 3.4: Vị trí tổn thương trên X-quang

Vị trí tổn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tổn thương điển hình	Chỉ bên Trái	4	8
	Chỉ bên Phải	8	16
	Cả hai phổi	4	8
Tổn thương không điển hình	Chỉ bên Trái	5	10
	Chỉ bên Phải	10	20
	Cả hai phổi	19	38
Tổng	50	100	

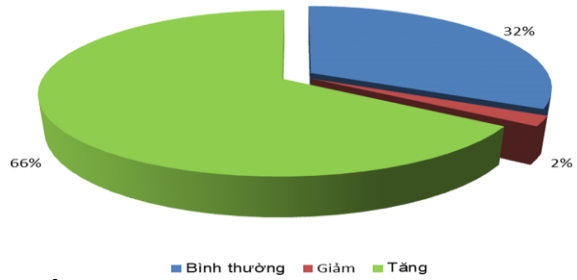
Nhận xét: Trong số 32% bệnh nhân có tổn thương X-quang điển hình, thì vị trí tổn thương bên phải có tỷ lệ cao nhất với 16%. Trong số 68% bệnh nhân có tổn thương X-quang không

điển hình, thì vị trí tổn thương ở cả hai bên phổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%.

Bảng 3.5: Số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu (G/L)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (4-10G/L)	22	44
Giảm (<4 G/L)	0	0
Tăng (>10 G/L)	28	56
Tổng	50	100

Nhận xét: Số lượng bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ cao nhất với 56% và không có bệnh nhân có bạch cầu giảm.

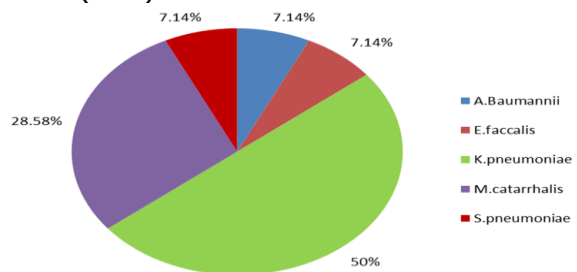


Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính
Nhận xét: Đa số tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm tỷ lệ 66%.

Bảng 3.6: Xét nghiệm cấy đờm

Cây đờm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cây có mọc vi khuẩn	16	32
Cây không mọc vi khuẩn	34	68
Tổng	50	100

Nhận xét: Đa số cây đờm không mọc vi khuẩn (68%).



Biểu đồ 3.3: Xét nghiệm định danh vi khuẩn trong đờm

Nhận xét: Vi khuẩn K. pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%, tiếp theo lần lượt là M. catarrhalis (28.58%), các vi khuẩn A. baumannii, E. faccalis, S. pneumoniae đều chiếm tỷ lệ là 7,14%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Về tuổi, trong số 50 bệnh nhân VPMPCTĐ được chọn vào nghiên cứu, các bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm đa số (68%), cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân trong các nhóm tuổi khác (bảng 3.1) và tỉ lệ giới tính là như nhau đều chiếm 50%. Các kết quả nghiên cứu gần đây đều

cho thấy tỷ lệ người già mắc VPMPTCĐ đang ngày càng gia tăng và đây là vấn đề hiện đang được đặc biệt quan tâm. Tình trạng bệnh lý nền, vấn đề dinh dưỡng và các rối loạn về ruột liên quan đến tuổi già được cho là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mới mắc VPMPTCĐ.

Trong một nghiên cứu VPMPTCĐ ở các bệnh nhân trên 65 tuổi tại Mỹ, tỷ lệ mắc viêm phổi là 18,3/1000 người, tỷ lệ này tăng lên theo tuổi (từ 8,4/1000 dân ở độ tuổi từ 65-69 tuổi tăng lên 48,5/1000 dân ở độ tuổi trên 90) [8].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trịnh Trung Hiếu trên 649 bệnh nhân VPMPTCĐ ở 16 bệnh viện trên toàn quốc năm 2011, phần lớn bệnh nhân là người già, tuổi trung vị là 68 tuổi. Một nghiên cứu khác của Takahashi K, nghiên cứu về VPMPTCĐ tại Khánh Hòa, Việt Nam năm 2009-2010 cho thấy, tỷ lệ mới mắc VPMPTCĐ ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi là 4,6/1000 dân/năm, cao gấp 10 lần so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi [7].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Về hình ảnh X-quang phổi, kết quả nghiên cứu cho thấy trong số các bệnh nhân VPMPTCĐ, 32% có tổn thương phổi điển hình, vị trí tổn thương chủ yếu bên phải (16%), tổn thương không điển hình (68%) ở cả hai phổi với tỷ lệ 38% trong các bệnh nhân VPMPTCĐ. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Đăng Tổ cùng cộng sự với sự tổn thương phổi phải là 41,3%, có 28% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương cả hai phổi [4]. Theo Nguyễn Thanh Hồi [3], 52,6% bệnh nhân có tổn thương ở một phân thùy phổi và 26,3% bệnh nhân có tổn thương cả hai phổi. Trong nghiên cứu của Jong G.M và cộng sự (1995), có 45,5% có tổn thương phổi lan tỏa [10].

Các xét nghiệm vi sinh có giá trị lớn trong chẩn đoán và điều trị VPMPTCĐ, đặc biệt là xét nghiệm cấy đờm. Tại Việt Nam, căn nguyên gây VPMPTCĐ còn chưa được biết rõ và chú trọng do chưa có nhiều các nghiên cứu và các kỹ thuật tìm căn nguyên thường đắt tiền và không dễ thực hiện. Mặt khác, trong hầu hết các nghiên cứu viêm phổi, các kỹ thuật vi sinh này không được sử dụng đồng thời cho tất cả các bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng đồng thời các kỹ thuật xét nghiệm vi sinh cấy đờm để tìm căn nguyên gây VPMPTCĐ, nhưng tỷ lệ bệnh nhân phát hiện được căn nguyên vi khuẩn mọc chỉ đạt mức 32%. Trong khi, dùng kỹ thuật nuôi cấy đơn thuần thì tỷ lệ phát hiện căn nguyên trong nghiên cứu VPMPTCĐ cũng đạt được cao nhất 40,1% theo nghiên cứu hồi cứu của Trịnh Trung Hiếu và cộng sự [7] trên 649 bệnh nhân

VPMPTCĐ tại 10 bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh trong cả nước năm 2011 cho thấy, chỉ có 339 (52,2%) bệnh nhân được làm xét nghiệm nuôi cấy tìm căn nguyên gây bệnh và chỉ có 47,2% trong số đó phân lập được căn nguyên gây bệnh, khác biệt này do thời gian nghiên cứu còn ngắn và số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đủ lớn.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy vi khuẩn *K. pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%, tiếp theo lần lượt là *M. catarrhalis* (28,58%), các vi khuẩn *A. baumannii*, *E. faecalis*, *M. pneumoniae* đều chiếm tỷ lệ là 7,14%, kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với tỷ lệ VPMPTCĐ do *K.pneumoniae* đang ngày càng gia tăng tại một số nước châu Á như Malaysia, Singapore (23%), Thái Lan (13-18%), khu vực châu Á Thái Bình Dương (15%). Trong khi đó tỷ lệ này lại rất thấp ở Mỹ và châu Âu. Ở Việt Nam, căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất gây VPMPTCĐ là *M. pneumoniae* (16,2%), *K. pneumoniae* (14,8%), *C. pneumoniae* (10,6%) và *S. pneumoniae* (9,9%) theo nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân [5]; nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi [3] trên 38 bệnh nhân VPMPTCĐ tại bệnh viện Bạch Mai năm 2002 cho thấy, *K. pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%) trong số các vi khuẩn phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm đường hô hấp, tiếp theo là *P. aeruginosa* (13,2%), *H. influenzae* (10,5%).

Phân tích xét nghiệm cận lâm sàng về số lượng và tỷ lệ bạch cầu trong số các bệnh nhân VPMPTCĐ, nhận thấy có 28 bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 56% tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tổ cùng cộng sự với tỷ lệ tăng bạch cầu là 50,5% cho thấy số lượng bạch cầu không phản ánh hết tình trạng viêm trong cơ thể, tình trạng viêm này có thể do vi khuẩn, vi rus, kí sinh trùng. [4]

V. KẾT LUẬN

- Toàn bộ bệnh nhân VPMPTCĐ đều có tổn thương viêm phổi trên phim X-quang với tổn thương điển hình (32%) và tổn thương không điển hình (68%)

- Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng (56%)

- Đa số bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng (66%)

- Đa số cấy đờm không mọc vi khuẩn (68%).

- Trong 14 mẫu mọc vi khuẩn (28%), đa số là vi khuẩn *K. pneumoniae* (50%), tiếp theo là *M. catarrhalis* (28,58%), các vi khuẩn *A. baumannii*, *E. faecalis*, *S. pneumoniae* đều chiếm tỷ lệ là 7,14%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh và cộng sự (2012), Viêm phổi, Nhà xuất bản Y học, p 14-41.
2. Ngô Quý Châu, Nguyễn Thanh Hội, Trần Thu Thủy (2005), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành, số 513/2005, p 126-131.
3. Nguyễn Thanh Hội (2003) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn hiếu khí điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Đăng Tổ, Nguyễn Văn Chí, Đỗ Ngọc Sơn (2017), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của thang điểm CURB 65 trong bệnh nhân phân tầng nguy cơ bệnh nhân VPMPTCD tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 7, số 2 –tháng 4/2017.
5. Tạ Thị Diệu Ngân (2016), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của Viêm phổi mắc phải cộng đồng, truy cập ngày 12/11/2018 tại trang web: <http://luanvan123.info/threads/nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-va-can-nguyen-cua-viem-phoi-mac-phai-tai-cong-dong.66635/>
6. Trần Hoàng Thành (2008), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi trên 65 tuổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai, truy cập ngày 20/11/2018 tại trang web: <https://123doc.org/document/1974191-nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-o-benh-nhan-viem-phoi-tren-65-tuoi-dieu-tri-tai-khoa-ho-hap-benh-vien-bach-mai-nam-2008.htm>
7. H. T. Trinh, P. H. Hoang, M. Cardona-Morrell và cộng sự (2015), Antibiotic therapy for inpatients with community-acquired pneumonia in a developing country, Pharmacoeconomol Drug Saf, 24 (2), 129-136.
8. V. Kaplan, D. C. Angus, M. F. Griffin và cộng sự (2002), Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: age- and sex-related patterns of care and outcome in the United States, Am J Respir Crit Care Med, 165 (6), 766-772.
9. W .S. Lim, S. V. Baudouin, R. C. George và cộng sự (2009), BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009, Thorax, 64 Supply, p 55.
10. G.M. Jong, T. R. Hsiue, C. R. Chen và cộng sự (1995), Rapidly fatal outcome of bacteremic Klebsiella pneumoniae pneumonia in alcoholics, Chest, 107 (1), 214217.

HỘI CHỨNG SUNG HUYẾT TIỂU KHUNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Lê Hoàng Đạt³

TÓM TẮT

Hội chứng sung huyết tiểu khung (PCS) là một nguyên nhân phổ biến của đau vùng chậu mạn tính ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ nhưng còn ít được quan tâm. Chụp và nút mạch tĩnh mạch buồng trứng là phương pháp điều trị hiệu quả khi không thể kiểm soát bệnh với điều trị nội khoa, tuy nhiên phương pháp này chưa được áp dụng phổ biến tại Việt Nam. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của PCS và được điều trị thành công bằng phương pháp nút tĩnh mạch buồng trứng.

Từ khóa: Hội chứng sung huyết tiểu khung, hội chứng sung huyết vùng chậu, đau vùng chậu mạn tính, nút tĩnh mạch.

SUMMARY

PELVIC CONGESTION SYNDROME: ENDOVASCULAR TREATMENT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

Pelvic congestion syndrome (PCS) is a common cause of chronic pelvic pain in women of childbearing age but has received little attention. Ovarian vein embolization is an effective treatment for patients who are ineffective with conservative treatment, but this method is still rarely applied in Vietnam. We report a case of a patient presenting with typical symptoms of PCS and successfully treated with ovarian venous embolization.

Keywords: Pelvic congestion syndrome, pelvic congestion, chronic pelvic pain, venous embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng sung huyết tiểu khung (PCS) là một trong những hội chứng tĩnh mạch vùng chậu thường bị chẩn đoán sai. Đây là một nguyên nhân phổ biến của đau vùng chậu mạn tính ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ. Đau vùng chậu mạn tính có thể liên tục hoặc không liên tục kéo dài 3-6 tháng vùng chậu hoặc vùng bụng, xảy ra trong suốt kỳ kinh và không liên quan đến thai kỳ. Đau vùng chậu mạn tính thường nghiêm trọng và cần can thiệp điều trị [1]. Khi được phát hiện, điều trị nội khoa là phương pháp được áp dụng đầu tiên, tuy nhiên, trong các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa, các biện pháp điều trị