

7. Wayne, Wayne Katon (2012), Team Care Improves Outcomes, Cuts Costs for Patients With Both Depression and Diabetes, accessed, from

<https://newsatjama.jama.com/2012/05/07/author-insights-team-care-improvesoutcomes-cuts-costs-for-patients-with-both-depression-and-diabetes>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở BỆNH NHÂN SAU GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Cao Thị Như¹, Nghiêm Trung Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận (2) Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi sau ghép thận ở nhóm BN trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 116 trường hợp viêm phổi sau ghép thận tính đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** Thời điểm khởi phát viêm phổi sau ghép thận trung bình là $28,54 \pm 24,11$ tháng. Phác đồ ức chế miễn dịch duy trì ở nhóm BN chủ yếu là steroid + Tacrolimus + MMF/MPA (92,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt (62,1%), ho đờm (51,7%), khó thở (25,9%). Bệnh nhân được điều trị bằng 1 loại kháng sinh (47,4%) hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh (43,1%) với nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là carbapenem (83,2%) và quinolon (49,5%). Số ngày điều trị nội trú trung bình là $16,99 \pm 9,12$ ngày với kết quả điều trị khỏi, ra viện lên đến 84,5%, chuyển tuyến (13,8%). **Kết luận:** viêm phổi là biến chứng thường gặp ở BN sau ghép thận và có nguy cơ diễn biến nặng nguy kịch nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** ghép thận, viêm phổi

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT FOR PNEUMONITIS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANT AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: (1) Describe the clinical and subclinical characteristics of pneumonia in patients after kidney transplantation. (2) Evaluate the results of treatment for pneumonia after kidney transplantation in this group of patients. **Subjects and methods:** a cross-sectional description of 116 patients who suffer from pneumonia after kidney transplantation until July 2022. **Result:** The mean time of onset of pneumonia after the kidney transplant was 28.54 ± 24.11 months. The immunosuppressive therapy being maintained is mainly Steroid + Tacrolimus + MMF/MPA (92.2%). Common clinical symptoms are fever (62.1%), cough with sputum (51.7%), and shortness of breath (25.9%). Patients were treated with 1 antibiotic (47.4%) or a combination of 2 antibiotics (43.1%)

with the most commonly used antibiotics being carbapenems (83.2%) and quinolone (49.5%). The average number of days of inpatient treatment was 16.99 ± 9.12 days with the results of cure, hospital discharge up to 84.5%, and referral (13.8%). **Conclusion:** Pneumonia is a common complication in patients after kidney transplant and is at risk of serious complications if not detected early and treated promptly. **Keywords:** kidney transplant, pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận mang lại cuộc sống mới cho những người bệnh mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Tuy nhiên, những bệnh nhân (BN) ghép thận cũng đối mặt với nhiều nguy cơ xuất hiện sau ghép, trong đó viêm phổi là một trong những biến chứng nhiễm trùng thường gặp và có nguy cơ diễn biến xấu ảnh hưởng đến tính mạng BN. Theo thống kê hiện nay tỷ lệ BN ghép thận mắc viêm phổi dao động từ 8,8 – 20,1%⁽¹⁾. Các báo cáo cũng cho thấy viêm phổi ảnh hưởng lớn đến đời sống mảnh ghép và làm gia tăng tỷ lệ tử vong nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Việc phát hiện điều trị viêm phổi sau ghép trở nên khó khăn hơn rất nhiều do tình trạng sử dụng thuốc ức chế miễn dịch lâu dài làm cho BN dễ mắc hơn, bệnh diễn biến phức tạp, có thể không điển hình, nguy cơ nặng diễn biến nhanh và trở nên nguy kịch.

Tại Bệnh viện Bạch Mai tính đến tháng 7 năm 2022 chúng tôi đã ghép thận cho 410 trường hợp tuy nhiên hiện có rất ít số liệu về viêm phổi sau ghép. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận tại Bệnh viện Bạch Mai" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu-Bệnh viện Bạch Mai
2. Đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: trong số 410 BN sau ghép thận theo dõi ngoại trú tại TT thận tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai, chúng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: ngiemtrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

tôi tiến hành nghiên cứu trên 116 trường hợp viêm phổi nhập viện điều trị nội trú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu dựa và hồ sơ bệnh án và tiến cứu trên tất cả các BN ghép thận đang theo dõi tại BV Bạch Mai tính đến tháng 7 năm 2022.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu theo các bước thống nhất và thu thập các số liệu về:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời điểm khởi phát bệnh
- Phác đồ điều trị UCMD trước điều trị viêm phổi
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở nhóm BN này
- Hình ảnh tổn thương trên X-quang ngực thẳng
- Số ngày nằm viện điều trị
- Tỷ lệ các loại kháng sinh được sử dụng điều trị
- Kết quả điều trị viêm phổi.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng, viêm phổi bệnh viện dựa vào tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp của Bộ Y tế 2020⁽²⁾.

2.4. Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Phác đồ thuốc ức chế miễn dịch ban đầu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ ức chế miễn dịch		
Tacrolimus+ MMF/MPA+ Steroid (N =116)	107	92,2
Tacrolimus + Azathioprin + Steroid (N =116)	6	5,2
Tacrolimus + MMF (N=116)	3	2,6
Thời điểm phát hiện viêm phổi sau ghép	28,54 ± 24,11 tháng	

Các bệnh nhân chủ yếu được duy trì liệu pháp ức chế miễn dịch sau ghép bao gồm Tacro + MMF/MPA+ steroid (92,2 %).

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng thường gặp		
Sốt (n=116)	72	62,1
Ho có đờm (n=116)	60	51,7

Khó thở (n=116)	30	25,9
Tổn thương trên phim x-quang ngực thẳng		
Tổn thương dạng đám mờ (n=116)	82	70,7
Tổn thương dạng lưới, nốt (n=116)	33	28,4
Tổn thương dạng nốt mờ, chấm mờ (n=116)	29	25,0
Tràn dịch màng phổi (n=116)	8	6,9
Xẹp phổi (n=116)	4	3,4
Hang (n=116)	1	0,9

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở nhóm BN nghiên cứu là sốt (62,1%), ho có đờm (51,7%) và khó thở. Hình ảnh tổn thương thường gặp trên X-quang ngực thẳng là tổn thương dạng đám mờ (70,7%).

3.3. Phác đồ điều trị viêm phổi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.3.1. Phác đồ điều trị viêm phổi

Bảng 3: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ở nhóm BN nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số ngày điều trị nội trú trung bình		
16,99 ± 9,12 ngày		
Tình hình sử dụng kháng sinh		
Sử dụng 1 loại kháng sinh	55	47,4
Phối hợp 2 loại kháng sinh	50	43,1
Phối hợp 3 loại kháng sinh	8	6,9
Phối hợp 4 loại kháng sinh	3	2,6
Tỷ lệ nhóm thuốc kháng sinh sử dụng		
Carbapenem	99	85,3
Quinolon	56	48,3
Cephalosporin thế hệ III	17	14,7

Nhóm BN nghiên cứu có thời gian điều trị nội trú kéo dài và được sử dụng kháng sinh mạnh, phổ rộng là chủ yếu (nhóm carbapenem chiếm cao nhất 85,3%).

3.3.2. Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân trên

Bảng 4: Kết quả điều trị nhóm BN nghiên cứu

Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi, ra viện	98	84,5
Chuyển tuyến	16	13,8
Tử vong	2	1,7

Đa phần các bệnh nhân được điều trị khỏi và ra viện (84,5%). Tuy nhiên, có 2 BN không đáp ứng điều trị và tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm BN nghiên cứu. Các bệnh nhân trong

nhóm nghiên cứu có thời điểm mắc viêm phổi dao động khác nhau. Những báo cáo trước đây cho thấy nhiễm trùng sau khi ghép thận được phân tầng theo thời gian ghép: từ 0 - 1 tháng (tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, có nguồn gốc từ người hiến tặng), từ 1 - 6 tháng (nhiễm trùng cơ hội thường gặp do mức độ ức chế miễn dịch tích lũy cao, và khoảng thời gian trên 6 tháng trở lên (thường là các bệnh nhiễm trùng do cộng đồng mắc phải vì mức độ ức chế miễn dịch duy trì thấp hơn)^{3,4}. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng nghiên cứu Shreepriya Mangalgi và cộng sự, thời gian trung bình để xảy ra nhiễm trùng phổi sau ghép là $28,54 \pm 24,11$ tháng. Từ kết quả bảng 1 cũng cho thấy chủ yếu bệnh nhân của chúng tôi điều trị thuốc ức chế miễn dịch duy trì với phác đồ Tacrolimus + MMF/MPA + Steroid (92,2%). Điều này cũng phù hợp với khuyến cáo của KDIGO về sử dụng liệu pháp thuốc ức chế miễn dịch duy trì hàng ngày sau ghép thận⁵. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu T. Jiang và cộng sự, các phác đồ ức chế miễn dịch sau phẫu thuật bao gồm CsA (cyclosporine A) + MMF + Prednisolon ở 64% bệnh nhân; CsA + Azathioprine + Prednisolone ở 12,4% bệnh nhân; và Tacrolimus + MMF + Prednisolon ở 23,6% bệnh nhân⁶. Trong nghiên cứu của Oguzhan Sitki Dizdar và cộng sự, 5 phác đồ ức chế miễn dịch chính ban đầu là (1) MMF + tacrolimus + prednisolone (31,9%); (2) MMF + cyclosporine + prednisolone (28,9%); (3) azathioprine + cyclosporine + prednisolone (25,8%); (4) MMF + everolimus + prednisolone (10,6%); và (5) MMF + sirolimus + prednisolone (2,8%). Bệnh nhân điều trị phác đồ everolimus + MMF + prednisolone ít gặp viêm phổi hơn so với nhóm BN dùng các phác đồ ức chế miễn dịch khác. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện tại chỉ có một số cơ sở y tế có everolimus để sử dụng cho BN. Kết quả ở bảng 2 cho thấy trong 116 đợt viêm phổi vào viện, sốt là triệu chứng phổ biến nhất với 72 trường hợp (62,1%), 60 trường hợp biểu hiện ho đờm (51,7%) và có 30 trường hợp biểu hiện khó thở (25,9%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Shreepriya Mangalgi và cộng sự với 84,3% sốt, 72,6% ho khan, 38,2% ho đờm, 36,3% khó thở, 10,8% ho máu, 9,8% đau ngực⁷. Tỷ lệ các dạng tổn thương thường gặp nhất trên phim x-quang ngực thẳng trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tổn thương đám mờ (70,7%), tổn thương dạng lưới, nốt 28,4%, dạng nốt mờ, chấm mờ (25,0%), tràn dịch màng phổi 6,9%. Nghiên cứu của Uchida cũng cho thấy x-

quang ngực thẳng dương tính với thâm nhiễm phổi trong 64% các trường hợp cùng thời điểm phát hiện thâm nhiễm phổi qua phim chụp cắt lớp lồng ngực (80%). Do đó, chụp Xquang vẫn được coi là khuyến cáo hàng đầu trong chẩn đoán sớm tổn thương viêm phổi ở nhóm BN sau ghép thận.

4.2. Phác đồ điều trị viêm phổi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Số ngày điều trị trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $16,99 \pm 9,12$ ngày cho thấy BN mắc viêm phổi sau ghép thường phải điều trị dài ngày hơn. Với tình hình nhiễm trùng và môi trường hiện nay, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được sử dụng kháng sinh khi vào viện. Sự phối hợp sử dụng kháng sinh chủ yếu dựa trên kinh nghiệm và thực tiễn căn nguyên vi khuẩn tại đơn vị điều trị trước khi có kết quả xét nghiệm kháng sinh đồ. Liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm nên được hướng dẫn bởi sự xâm nhập của người nhận và mô hình kháng thuốc của vi khuẩn trong bệnh viện trước đó⁸. Do tình hình sử dụng thuốc ức chế miễn dịch lâu dài nên các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được sử dụng các nhóm kháng sinh có phổ rộng với tỷ lệ kháng sinh hay sử dụng nhất là Carbapenem (85,3%), Quinolon (48,3%), cephalosporin III (14,7%).. Điều này phù hợp với hướng dẫn về điều trị viêm phổi của Hội đồng ngực Anh cũng như Bộ Y tế.

Về kết quả điều trị, tỷ lệ BN trong nghiên cứu này được điều trị khỏi, ra viện cao (84,5%) và có 13,8% trường hợp được chuyển tuyến cơ sở. Nghiên cứu cũng cho thấy các BN sau đó đã hồi phục hoàn toàn tình trạng viêm phổi, ngoại trừ 2 (1,7%) trường hợp đã tử vong trong đó 1 BN tử vong do sốc mất máu do xuất huyết huyết tiêu hóa – viêm phổi bệnh viện và 1 BN sốc nhiễm khuẩn đường vào hô hấp, đồng nhiễm Klebsiella pneumoniae, CMV, PCP. Về các trường hợp chuyển viện đa phần do nhiễm lao, nhiễm Sars-CoV2. Ở Việt Nam bệnh nhân nhiễm lao được cấp thuốc theo Chương trình chống lao quốc gia. Trường hợp bệnh nhân ghép thận của bệnh viện Bạch Mai phát hiện nhiễm lao sẽ chuyển Bệnh viện Phổi Trung ương điều trị và cấp thuốc theo chương trình. Các BN nhiễm Sars-CoV2 đều được chuyển về tuyến điều trị cơ sở đặc biệt.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng phổ biến của viêm phổi sau ghép thận ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là sốt, ho đờm và khó thở. Các bệnh nhân có thời gian điều trị nội trú dài ngày hơn và tỷ lệ sử

dụng kháng sinh carbapenem cao (85,3%). Tỷ lệ BN được điều trị khỏi, ra viện cao (84,5%) tuy nhiên cũng có trường hợp diễn biến nặng tử vong do đó việc chẩn đoán, điều trị kịp thời là rất cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oguzhan Sitki Dizdar AE, Halis Akalin.** Pneumonia After Kidney Transplant: Incidence, Risk Factors, and Mortality. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2014;12(3):205 - 211.
2. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp. Nhà Xuất Bản Y học; 2020. p. 34 - 39.
3. **Van Delden C, Stampf S, Hirsch HH, et al.** Burden and Timeline of Infectious Diseases in the First Year After Solid Organ Transplantation in the Swiss Transplant Cohort Study. *Clin Infect Dis*. Oct 23 2020;71(7):e159-e169. doi: 10.1093/cid/ciz1113
4. **Zieschang S, Buttner S, Geiger H, Herrmann**

E, Hauser IA. Nonopportunistic Pneumonia After Kidney Transplant: Risk Factors Associated With Mortality. *Transplant Proc*. Jan - Feb 2020;52(1):212-218.

5. **Kidney Disease:** Improving Global Outcomes Transplant Work G. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant*. Nov 2009;9 Suppl 3: S1-155.
6. **Kara S, Sen N, Kursun E, et al.** Pneumonia in Renal Transplant Recipients: A Single-Center Study. *Exp Clin Transplant*. Mar 2018;16 Suppl 1(Suppl 1):122-125.
7. **Mangali S, Madan K, Das CJ, et al.** Pulmonary infections after renal transplantation: a prospective study from a tropical country. *Transpl Int*. Mar 2021;34(3):525-534.
8. **Wilmes D, Coche E, Rodriguez-Villalobos H, Kanaan N.** Bacterial pneumonia in kidney transplant recipients. *Respir Med*. Apr 2018; 137:89-94.

TẦN SUẤT, MẦM BỆNH, CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ QUẢN LÝ NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU LIÊN QUAN TỚI ỐNG THÔNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUÝ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thị Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tần suất, các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn tiết niệu do ống thông ở bệnh nhân đột quỵ và đánh giá các can thiệp của điều dưỡng làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông ở bệnh nhân đột quỵ. **Phương pháp.** Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện trên 119 bệnh nhân đột quỵ được đặt ống thông tại Bệnh viện Hữu Nghị trong suốt thời gian nhập viện. **Kết quả:** Tần suất nhiễm khuẩn tiết niệu do đặt ống thông ở bệnh nhân đột quỵ tại Bệnh viện là 34/119 (28,57%). Các mầm bệnh phổ biến nhất liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu do đặt ống thông ở bệnh nhân đột quỵ là *E. coli* (46,15%), *Candida albicans* (23,07%), *K. pneumoniae* (15,38%) và *P. aeruginosa* (15,38%). Các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn tiết niệu do đặt ống thông ở bệnh nhân đột quỵ gồm: Tuổi ≥ 80 tuổi (61,76 %), giới tính nữ (19/7, 27,00%), đái tháo đường (5/34, 14,70%), mức độ nghiêm trọng của đột quỵ, thời gian đặt ống thông ≥ 7 ngày và thời gian nằm viện kéo dài (>1 ngày). Các can thiệp của điều dưỡng làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông có thể gồm: đặt và bảo quản ống thông đúng cách, chỉ đặt và loại bỏ ống thông khi có chỉ định, rửa tay sạch, đặt ống thông bằng kỹ thuật

vô trùng, cố định ống thông đúng cách và duy trì hệ thống dẫn lưu kín. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân đột quỵ tại bệnh viện Hữu Nghị còn khá cao. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn tiết niệu, Đặt ống thông, Bệnh nhân đột quỵ.

SUMMARY

PREVALENCE, PATHOGENS, RISK FACTORS AND THE MANAGEMENT OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTION IN STROKE PATIENTS AT HUU NGHİ HOSPITAL, HANOI

Objectives: to determine the prevalence, pathogens, and risk factors of catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) in stroke patients at Huu Nghi Hospital and (2) to evaluate nursing interventions used to reduce the risks of catheter-associated urinary tract infections in stroke patients. **Methods:** A prospective study was performed on 119 stroke patients undergoing urinary catheterization at Huu Nghi Hospital, patients were followed up throughout the admission period. **Results:** Prevalence of CAUTI in stroke patients at the hospital was 34/119 (28.57%). The most common pathogens of CAUTI in stroke patients were *E. coli* (46.15%), *Candida albicans* (23.07%), *K. pneumoniae* (15.38%) and *P. aeruginosa* (15,38%). The most important risk factors for CAUTI in stroke patients may include: Age ≥ 80 years old (61,76 %), female gender (7/19, 27.00%), diabetes mellitus (5/34, 14.70%), stroke severity, prolonged catheterization time ≥ 7 days, and prolonged length of hospital stay (>1 day). Nursing

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: nguyenthong28086868@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023