

tổn thương liên quan nhiều thùy gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân lao phổi có đồng nhiễm gặp bệnh đồng mắc cao hơn.
- Triệu chứng khó thở và rale nổ gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm, ngược lại triệu chứng ho máu ít gặp hơn.
- Nồng độ CRP máu, bạch cầu và Neutrophil tăng cao hơn ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm
- Diện tích tổn thương phổi rộng hơn ở nhóm có đồng nhiễm.
- Thời gian nằm viện ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm vì khuẩn dài hơn so với nhóm không có đồng nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), "Báo cáo tổng kết hoạt động chương trình chống lao 2018 và phương hướng hoạt động năm 2019. Bộ Y tế. Hội nghị tổng kết công tác chống lao toàn quốc 3/2019", Chương trình chống lao quốc gia, tr. 154.
2. **Iliyasu G., et al.** (2018), "Gram-negative bacilli are a major cause of secondary pneumonia in patients with pulmonary tuberculosis: evidence from a cross-sectional study in a tertiary hospital in Nigeria", *Trales R Soc Trop Med Hyg*, 112(5), 252-254.
3. **Moore D. P., Klugman K. P., Madhi S. A.** (2010), "Role of *Streptococcus pneumoniae* in hospitalization for acute community-acquired pneumonia associated with culture-confirmed

- Mycobacterium tuberculosis in children: a pneumococcal conjugate vaccine probe study", *Pediatr Infect Dis J*, 29(12), 1099-04.
4. **Shimazaki T., et al.** (2018), "Bacterial co-infection and early mortality among pulmonary tuberculosis patients in Manila, The Philippines", *Int J Tuberc Lung Dis*, 22(1), 65-72.
5. **Van der Heijden Y. F., et al.** (2012), "Fluoroquinolone exposure prior to tuberculosis diagnosis is associated with an increased risk of death", *Int J Tuberc Lung Dis*, 16(9), 1162-7.
6. **Hansell D. M., et al.** (2008), "Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging", *Radiology*, 246(3), 697-722.
7. **American Thoracic Society and the Centers for Disease Control.** Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. This Official Statement of the American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and Prevention was Adopted by the ATS Board of Directors, July 1999. This Statement was Endorsed by the Council of the Infectious Disease Society of America, September 1999. *Am J Respir Crit Care Med*; 2000.161(4 Pt 1):1376-95.
8. **Attia E. F., et al.** (2019), "Tuberculosis and other bacterial co-infection in Cambodia: a single center retrospective cross-sectional study", *BMC Pulm Med*, 19(1), 60.
9. **Qì M., et al.** (2021), "Clinical features of atypical tuberculosis mimicking bacterial pneumonia", *Open Med (Wars)*, 16(1), 1608-1615.
10. **Đinh Thị Hòa** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính độ phân giải cao và nồng độ một số cytokine huyết thanh ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính". Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN BÁN PHẦN KẸP CHỌN LỌC ĐỘNG MẠCH THẬN ĐIỀU TRỊ U THẬN

Nguyễn Đạo Uyên¹, Lê Văn Hùng³, Ngô Đậu Quyên¹, Đỗ Ngọc Sơn¹, Nguyễn Đức Minh¹, Phạm Thành Đạt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần trong điều trị u thận có kẹp mạch chọn lọc tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Năm bệnh nhân chẩn đoán u thận trên chụp cắt lớp vi tính, được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bán phần có kẹp mạch chọn lọc. **Kết quả:** Kích thước u trung bình: 3,7 cm.

Giai đoạn bệnh: 3 bệnh nhân T1a; 2 bệnh nhân T1b. Thời gian phẫu thuật trung bình 113 phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình: 23,4 phút. Lượng máu mất trung bình: 164 ml. Không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu phải chuyển đổi phương án phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có kẹp chọn lọc động mạch thận là phương pháp an toàn, khả thi trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: U thận, ung thư thận, cắt thận bán phần, kẹp mạch chọn lọc

SUMMARY

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY WITH SELECTIVE RENAL ARTERY CLAMPING FOR RENAL TUMOR

TREATMENT: THE PRELIMINARY RESULT

Objective: To evaluate the initial results of laparoscopic partial nephrectomy in the treatment of

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

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

³Bệnh Viện Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đạo Uyên

Email: nguyendaouyen.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

renal tumors with selective artery clamp at Viet Duc Hospital. **Methods:** A total of 5 patients were diagnosed with renal tumor on CT-Scan, underwent retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy with selective artery clamp. **Results:** The average tumor size is 3,7 cm, with 3 patients classified as T1a and 2 patients classified as T1b. The average surgical time is 113 minutes, with an average warm ischemia time of 23.4 minutes. The average blood loss is 164 ml. There were no patients who experienced complications requiring a change in the surgical approach. **Conclusion:** Laparoscopic partial nephrectomy with selective clamping of the renal artery is safe and feasible in clinical practice. **Keywords:** renal tumor, kidney cancer, laparoscopic partial nephrectomy, selective renal artery clamp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi cắt thận bán phần đang trở nên phổ biến như một phương pháp ít xâm lấn trong điều trị các bệnh lý u thận giai đoạn sớm [1]. Kiểm soát rốn thận có vai trò quan trọng để đảm bảo trường phẫu thuật giúp khâu phục hồi tốt nhu mô thận. Tuy nhiên kiểm soát cuống thận làm tăng thời gian thiếu máu nóng gây tổn thương thận. Thông thường phương pháp kiểm soát rốn thận là kẹp động mạch thận hoặc cả động và tĩnh mạch thận đều làm tăng thời gian thiếu máu nóng của toàn bộ thận. Phương pháp nội soi cắt thận bán phần kẹp chọn lọc nhánh động mạch thận tới u vừa đảm bảo được trường phẫu thuật giúp khâu phục hồi thận, vừa hạn chế thời gian thiếu máu nóng ở các vùng cấp máu khác để tránh tổn thương toàn bộ do tăng thời gian thiếu máu thận [2]. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả bước đầu của những trường hợp đầu tiên u thận được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bán phần có kẹp mạch chọn lọc tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Năm bệnh nhân (3 nam và 2 nữ) được chẩn đoán u thận trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận có kẹp mạch chọn lọc.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang. Lấy số liệu tiến cứu. Thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 5/2023.

Quy trình nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán và thực hiện phẫu thuật theo một quy trình thống nhất với hệ thống nội soi Karl-Storz do một ekip phẫu thuật thực hiện. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Tư thế nghiêng 90 độ có đệm vùng thắt lưng. Đặt 3 trocar vùng thắt lưng (Hình 1).



Hình 1: Vị trí đặt các dụng cụ và Camera nội soi

Phẫu tích bộc lộ cuống thận và động mạch thận chính. Phẫu thuật sát dần về phía nhu mô để bộc lộ các nhánh động mạch thận để kẹp chọn lọc (Hình 2). Sau khi kiểm soát nhánh mạch bằng dụng cụ kẹp mạch máu, xác định đường ranh giới thiếu máu của nhu mô (Hình 3). Kẹp thêm các nhánh động mạch trong trường hợp vùng thiếu máu cục bộ không thể bao phủ toàn bộ khối u. Trường hợp kẹp thêm nhánh cũng cần thiết khi không thể kiểm soát được phẫu trường sau khi loại bỏ khối u. Chuyển sang kẹp động mạch chính ngay khi chảy máu quá nhiều hoặc vùng thiếu máu cục bộ không thể bao phủ hết khối u. Dẫn lưu được đặt để theo dõi biến chứng sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi sau mổ là từ 1 - 6 tháng.



Hình 2: Bộc lộ các nhánh động mạch thận



Hình 3: Đường ranh giới thiếu máu nhu mô thận

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Giai đoạn bệnh u thận tính theo thang điểm AJCC: pT1a khối u thận có kích thước ≤ 4 cm, pT1b khối u thận có kích thước ≤ 7 cm, pT2 khối u có kích thước > 7 cm.
- Độ phức tạp của khối u theo hệ thống R.E.N.A.L của Kutilov và Uzzo (hệ thống này dựa trên 5 tiêu chí: kích thước khối u, độ lồi của khối

u lên bề mặt thận, khoảng cách từ khối u đến hệ thống đài bể thận; vị trí khối u liên quan với đường cực thận, mỗi tiêu chí từ 1-3 điểm) [3].

- Thời gian phẫu thuật, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biến chứng sau mổ, mức lọc cầu thận ước tính trước và sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 5 bệnh nhân đều được phát hiện tình cờ có khối u thận. Chẩn đoán xác định và mức độ phức tạp của khối u bằng phim chụp cắt lớp vi tính:

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm bệnh nhân phẫu thuật

| Đặc điểm | BN1 | BN2 | BN3 | BN4 | BN5 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Tuổi | 54 | 70 | 31 | 32 | 25 |
| Giới | Nam | Nam | Nam | Nữ | Nữ |
| BMI | 24,3 | 25,2 | 26,1 | 21,9 | 20,5 |
| Kích thước u (cm) | 3 | 4,5 | 3,5 | 4,5 | 3 |
| Vị trí u | Cực dưới | Cực dưới | Cực giữa | Cực trên | Cực dưới |
| Giai đoạn TNM | T1a | T1b | T1a | T1b | T1a |
| Điểm R.E.N.A.L | 4x | 5p | 8a | 5a | 8ah |

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 42 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 70 tuổi. Chỉ số số khối (BMI) trung bình 23,6. Kích thước u trung bình là 3,7 cm, không có khối u nào ở giai đoạn T2. Bệnh nhân thứ 5 có u ở vị trí phức tạp nhất với điểm R.E.N.A.L là 8ah.

Bảng 2: Một số đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

| Đặc điểm | BN1 | BN2 | BN3 | BN4 | BN5 |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Thời gian phẫu thuật (phút) | 75 | 150 | 70 | 120 | 150 |
| Số lượng mạch chọn lọc cần kẹp | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Thời gian thiếu máu nóng (phút) | 22 | 30 | 15 | 20 | 30 |
| Tổn thương bề thận | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lượng máu mất trong mổ (ml) | 150 | 120 | 100 | 150 | 300 |

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 113 phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình là 23.4 phút. Lượng máu mất trung bình là 164ml. Có một trường hợp duy nhất phải kẹp nhiều hơn 1 động mạch chọn lọc. Không có bệnh nhân nào tổn thương bề thận.

Bảng 3: Kết quả sớm sau mổ

| Đặc điểm | BN1 | BN2 | BN3 | BN4 | BN5 |
|------------------------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------|-------------|
| eGFR trước mổ | 80,5 | 74,3 | 96,9 | 105,2 | 100,2 |
| eGFR sau mổ | 75,9 | 52,1 | 93,2 | 90,6 | 95,1 |
| eGFR giảm (%) | 6 | 30 | 4 | 13 | 5 |
| Chảy máu mổ lại | Không | Không | Không | Không | Không |
| Rò nước tiểu | Không | Không | Không | Không | Không |
| Truyền máu sau mổ (ml) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Giải phẫu bệnh | RCC tế bào sáng | RCC thể nhú | RCC tế bào kị màu | RCC tế bào sáng | RCC thể nhú |
| Diện cắt | Âm tính | Âm tính | Âm tính | Âm tính | Âm tính |
| Thời gian rút dẫn lưu (ngày) | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 |
| Thời gian nằm viện (ngày) | 5 | 7 | 4 | 3 | 5 |

Nhận xét: Cả 5 bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào thận. Mức lọc cầu thận trước và sau mổ thay đổi không đáng kể. Người bệnh thứ 2 tuổi cao, thời gian mổ kéo dài có mức lọc cầu thận giảm đáng kể. Không có biến chứng nào ghi nhận ở cả 5 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Đường tiếp cận. Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần đã được coi là tiêu chuẩn trong điều trị khối u thận kích thước nhỏ và thay thế dần phẫu thuật mổ mở cắt thận bán phần với mục tiêu là lấy bỏ được toàn bộ khối u thận, đảm bảo diện

cắt âm tính, hạn chế ảnh hưởng chức năng thận và giảm thiểu tối đa các biến chứng [1],[2]. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận sau phúc mạc lần đầu tiên được báo cáo bởi Gill và cộng sự năm 1994 [4]. Lựa chọn đường tiếp cận nội soi phụ thuộc vào vị trí và kích thước khối u, cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Phương pháp nội soi qua ổ bụng có một số ưu điểm như phẫu trường rộng, tiếp cận dễ dàng với khối u nằm ở mặt trước, tuy nhiên gặp khó khăn khi kiểm soát động mạch và các nhánh do tĩnh mạch thận nằm trước. Với đường tiếp cận sau phúc

mạch sẽ kiểm soát được động mạch chính, các nhánh mạch tốt hơn và đặc biệt là ưu thế khi khâu phục hồi nhu mô với các u thận nằm ở mặt sau và cực dưới thận. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân chúng tôi thực hiện đường tiếp cận sau phúc mạc.

Kẹp toàn bộ động tĩnh mạch thận chính, kẹp động mạch thận chính hay kẹp chọn lọc nhánh động mạch thận tới khối u? Tổn thương do thiếu máu nóng là một yếu tố quan trọng liên quan đến suy thận chức năng sau phẫu thuật cắt thận bán phần. Kẹp động mạch thận có thể gây thiếu máu cục bộ, làm tổn thương quá trình tái tưới máu của thận và do đó làm giảm chức năng thận. Một số nghiên cứu lâm sàng cho thấy thời gian thiếu máu nóng không nên vượt quá 20 phút [5]. Có một số biện pháp để tránh tổn thương thận do thiếu máu nóng như không kẹp kiểm soát mạch máu hay hạ thận nhiệt. Tuy nhiên những phương pháp này, đòi hỏi thời gian phẫu thuật lâu hơn và lượng máu mất nhiều hơn, và chỉ nên thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm với đối tượng bệnh nhân phù hợp. Khi phải kiểm soát cuống thận, nghiên cứu của Orvieto và cộng sự cho thấy kẹp động mạch cho kết quả phục hồi chức năng tốt hơn khi kẹp đồng thời cả động mạch và tĩnh mạch thận [6]. So sánh với kiểm soát hoàn toàn động mạch thận chính, kẹp các động mạch chọn lọc cung cấp một sự gián đoạn có tính chọn lọc cao của dòng máu, bảo toàn sự cấp máu của các nhánh mạch khác và giảm thiểu thiệt hại do tổn thương thiếu máu nóng đối với toàn bộ nhu mô thận. Ưu điểm của phương pháp này đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu [7]. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được kẹp động mạch thận chọn lọc, với thời gian thiếu máu nóng trung bình là 23,4 phút. Kết quả này cũng không khác biệt nhiều với các tác giả trên thế giới [2].

Một số tình huống cần kẹp chọn lọc nhiều nhánh động mạch thận bao gồm: những trường hợp khối u kích thước lớn > 3,5 cm thường có nhiều hơn một nhánh mạch tới cấp máu nên phải kẹp kiểm soát nhiều nhánh mạch hơn. Khi kẹp chọn lọc một mạch mặc dù đã bao phủ phần nhu mô có u, nhưng nếu chưa đảm bảo được diện cắt thì nên kẹp thêm động mạch. Hoặc trong trường hợp sau khi lấy bỏ u không đảm bảo trường phẫu thuật để khâu nhu mô thì nên kẹp thêm động mạch chọn lọc. Kẹp chọn lọc nhiều nhánh động mạch sẽ làm tăng diện tích nhu mô thận thiếu máu cục bộ, làm tăng nguy cơ suy giảm chức năng thận sau phẫu thuật [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một bệnh nhân

phải kẹp 3 nhánh động mạch thận, nguyên nhân do khối u nằm sát cuống thận và có nhiều nhánh động mạch cấp máu.

Trong quá trình phẫu tích bóc lộ động mạch thận, biến chứng hay gặp là chảy máu do rách tĩnh mạch thận và các nhánh. Cách thức xử lý có thể cầm máu bằng clip titan với tổn thương các nhánh mạch nhỏ, hoặc bằng dao siêu âm, ligasure. Về tỷ lệ phải chuyển sang phương pháp kẹp động mạch truyền thống. Trong 5 trường hợp, không có bệnh nhân nào phải kẹp toàn bộ động mạch thận chính. Tuy nhiên, một số nghiên cứu thông báo các nguyên nhân có thể phải chuyển kẹp động mạch thận chính như chảy máu khi kẹp động mạch thận chọn lọc, vị trí u gần sát rốn thận không thể xác định được nhánh động mạch tới cấp máu cho u, và có thể do các biến đổi giải phẫu mạch máu cấp máu cho thận, không thể xác định được đúng nhánh động mạch thận tới cấp máu [2]. Nghiên cứu của Ramani và cộng sự ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận ở một số lượng lớn bệnh nhân vào khoảng 10-25% [8]. Nghiên cứu của Shao và cộng sự cho thấy tỷ lệ biến chứng của nội soi cắt thận bán phần kẹp mạch chọn lọc vào khoảng 12-15% [2]. Biến chứng nặng chủ yếu là chảy máu, phải mổ mở cắt thận. Trong 5 bệnh nhân của chúng tôi, không có trường hợp nào đái máu, hay có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật.

Đánh giá chức năng thận sau phẫu thuật. Nồng độ Creatinin không phải là chỉ số chính xác để đánh giá chức năng thận bị ảnh hưởng sau phẫu thuật bởi vì thận đối diện hoạt động bình thường. Mức lọc cầu thận (GFR) được chấp nhận như là tiêu chuẩn để đánh giá chức năng thận [1]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá mức lọc cầu thận ước tính (eGFR). Kết quả bước đầu cho thấy không có sự thay đổi đáng kể về chức năng thận trước và sau phẫu thuật. Có một trường hợp mức lọc cầu thận giảm 30% sau phẫu thuật do bệnh nhân lớn tuổi có bệnh lý nền, kích thước khối u lớn, thời gian thiếu máu nóng kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có kẹp chọn lọc động mạch thận là phương pháp an toàn và khả thi trong thực hành lâm sàng. Kết quả bước đầu ghi nhận không có biến chứng nghiêm trọng, mức lọc cầu thận không thay đổi đáng kể sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Börje Ljungberg, Laurence Albiges, Yasmin

- Abu-Ghanem et al (2022).** European Association of Urology guidelines on renal cell carcinoma: the 2022 update. *European urology*, 82(4), 399-410.
- Pengfei Shao, Chao Qin, Changjun Yin et al (2011).** Laparoscopic partial nephrectomy with segmental renal artery clamping: technique and clinical outcomes. *European urology*, 59(5), 849-855.
 - Alexander Kutikov and Robert G Uzzo (2009).** The RENAL nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. *The Journal of urology*, 182(3), 844-853.
 - Inderbir S Gill, Mark G Delworth and Larry C Munch (1994).** Laparoscopic retroperitoneal partial nephrectomy. *The Journal of urology*, 152(5), 1539-1542.
 - Frank Becker, Hein Van Poppel, Oliver W Hakenberg et al (2009).** Assessing the impact of ischaemia time during partial nephrectomy. *European urology*, 56(4), 625-635.
 - Marcelo A Orvieto, Kevin C Zorn, Frederic Mendiola et al (2007).** Recovery of renal function after complete renal hilar versus artery alone clamping during open and laparoscopic surgery. *The Journal of urology*, 177(6), 2371-2374.
 - Takahiro Nohara, Hiroshi Fujita, Kenrou Yamamoto et al (2008).** Modified anatomic partial nephrectomy with selective renal segmental artery clamping to preserve renal function: a preliminary report. *International journal of urology*, 15(11), 961-966.
 - Anup P Ramani, Mihir M Desai, Andrew P Steinberg et al (2005).** Complications of laparoscopic partial nephrectomy in 200 cases. *The Journal of urology*, 173(1), 42-47.

VIÊM MÀNG NÃO DO LISTERIA MONOCYTOGENES Ở NGƯỜI BỆNH SUY GIẢM MIỄN DỊCH: BÁO CÁO CA BỆNH

Đỗ Thị Lệ Quyên², Nguyễn Xuân Long¹,
Hoàng Anh Tuấn¹, Đào Thanh Quyên³

TÓM TẮT

Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây viêm màng não mủ chủ yếu bằng nuôi cấy dịch não tủy, song mất nhiều thời gian ảnh hưởng đến cơ hội điều trị của người bệnh. Ca bệnh của chúng tôi phát hiện *Listeria monocytogenes* trong dịch não tủy nhờ phương pháp Real – time PCR đa tác nhân, đây là một ca bệnh hiếm gặp ở người trẻ tuổi, nó có giá trị chẩn đoán xác định cũng như tham khảo cao. Người bệnh, nam giới, 31 tuổi nhập BV Quân y 103 vì sốt cao, ý thức hôn mê, đại tiểu tiện không tự chủ, nhiều ban xuất huyết toàn thân. Người bệnh có tiền sử điều trị Lupus ban đỏ dài ngày bằng Corticoid đã ổn định, trước đó không ghi nhận tình trạng ăn thức ăn tái sống hoặc thói quen ăn rau củ quả chưa nấu chín. Người bệnh có kết quả CT scan sọ não thời điểm nhập viện và MRI sọ não một ngày sau nhập viện cho hình ảnh bình thường, BC dịch não tủy 3540 tế bào/ mm³, Netrophils 80%, PCT 74.8 ng/mL, PCR đa tác nhân sau hai ngày điều trị, cấy máu sau năm ngày điều trị ra cùng mầm bệnh là *Listeria monocytogenes*. Người bệnh được chẩn đoán: Nhiễm khuẩn huyết có viêm màng não – màng não do *Listeria monocytogenes* trên nền Lupus ban đỏ hệ thống. Người bệnh được điều trị thành công nhờ việc xác định chính xác tác nhân gây bệnh. Ampicillin và Gentamicin cho thấy hiệu quả tốt và việc điều trị đúng

căn nguyên gây bệnh góp phần phục hồi tốt và không để lại di chứng. **Từ khóa:** viêm màng não mủ, suy giảm miễn dịch, *Listeria monocytogenes*

SUMMARY

MENINGITIS DUE TO LISTERIA MONOCYTOGENES IN IMMUNE-COMPROMISED PATIENTS: A CASE REPORT

Determining the cause of meningitis is mainly by culture of cerebrospinal fluid, but it takes a long time. Our case detected *Listeria monocytogenes* in CSF by multi-agent Real-time PCR method, this is a rare case in young people, it has high diagnostic value as well as high reference. The patient, male, 31 years old, was admitted to Military Hospital 103 because of high fever, coma, defecation and urinary incontinence, many systemic purpura. Patients with a history of long-term treatment of Lupus erythematosus with corticosteroids have been stable, with no previous record of eating raw food or eating habits of undercooked vegetables. The patient had normal CT scan results at the time of admission and cranial MRI one day after admission, CSF depending on 3540 cells/mm³, Netrophils 80%, PCT 74.8 ng/mL. Multi-agent PCR after two days of treatment, blood culture after four days of treatment showed the same pathogen as *Listeria monocytogenes*. The patient was diagnosed: bacteremia with meningitis - meningoencephalitis caused by *Listeria monocytogenes* on the health background of systemic lupus erythematosus. Patients are successfully treated by accurately identifying the causative agent. Ampicillin and Gentamicin show good efficacy and proper treatment of the underlying cause contributes to good recovery and no sequelae. **Keywords:** meningitis, immunodeficiency, *Listeria monocytogenes*

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

³Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Lệ Quyên

Email: dolequyen103@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023