

- 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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm màng não do vi khuẩn *Listeria monocytogenes* (hay viêm màng não mủ) là một bệnh do vi khuẩn Gram dương gây nhiễm trùng thần kinh trung ương cấp tính. Trục khuẩn *Listeria monocytogenes* là loại vi khuẩn ưa khí tùy ngộ, có khả năng di động, nó không có ngoại độc tố nhưng có khả năng tiết nội độc tố gây hoại tử. Chúng phát triển và tồn tại ở nhiệt độ 1-45 độ C, tồn tại thời gian dài trong môi trường và bị tiêu diệt bằng thanh trùng hoặc đun sôi. Vi khuẩn *Listeria* chủ yếu xâm nhập vào cơ thể qua đường tiêu hóa, nó tồn tại rộng rãi trong tự nhiên, đặc biệt là trong thực phẩm không đảm bảo vệ sinh. Đây là căn nguyên vi sinh phổ biến thứ ba gây viêm màng não do vi khuẩn mắc phải ở cộng đồng người lớn, mặc dù tại Việt Nam ít ghi nhận trường hợp Viêm màng não mủ do *L.monocytogenes* yếu tố nguy cơ mắc bệnh phụ thuộc vào: tuổi, đường vào, tình trạng miễn dịch của người bệnh [3], [4].

Sự hiện diện của *Listeria monocytogenes* trong dịch não tủy gây ra phản ứng viêm não – màng não nên than phiền ban đầu của người bệnh khi nhiễm bệnh là đau đầu dữ dội. Với biểu hiện lâm sàng là hội chứng màng não và hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc rầm rộ bao gồm: sốt cao, rét run, đổ mồ hôi vào ban đêm, cứng gáy, dịch não tủy đục mủ với sự tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Bệnh diễn biến nặng, nếu không được điều trị kịp thời có thể tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề, nguyên nhân chủ yếu do nhiễm khuẩn huyết, suy chức năng đa tạng, suy hô hấp, phù não, sốc không hồi phục [6].

Chẩn đoán xác định viêm màng não mủ do *Listeria monocytogenes* còn gặp nhiều khó khăn. Các xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn mất nhiều thời gian, trong khi các xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp mặc dù cho kết quả trong thời gian ngắn tuy nhiên độ nhạy thấp, trong khi đó mục tiêu điều trị sớm cho người bệnh luôn được đặt lên hàng đầu để hạn chế các biến chứng. Gần đây, kĩ thuật Real – time PCR đã được phát triển

trong việc chẩn đoán xác định tác nhân gây bệnh là vi khuẩn, virus, tuy nhiên kĩ thuật này vẫn chưa được sử dụng rộng rãi do việc định hướng căn nguyên để tìm môi phù hợp, giá thành còn cao, yêu cầu về trang thiết bị là một trong những rào cản trong chẩn đoán.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh cảnh lâm sàng. Ngày 27/02/2023 khoa Truyền nhiễm – Bệnh viện Quân y 103 tiếp nhận người bệnh Đinh Văn T, 31 tuổi, nghề nghiệp là nhân viên văn phòng. Lý do nhập viện có tình trạng sốt cao, ý thức hôn mê, đại tiểu tiện không tự chủ, nhiều ban xuất huyết rải rác cánh – cẳng bàn tay, mặt trong đùi hai bên. Theo người nhà kể lại, người bệnh bị Lupus ban đỏ 2 năm điều trị ổn định tại Bệnh viện Bạch Mai. Cách vào viện 2 ngày, người bệnh đột ngột khởi phát sốt cao dao động, 38-40 độ, sốt nóng kèm theo nhiều cơn rét run; đau đầu dữ dội vùng trán, đau tăng khi có kích thích ánh sáng và âm thanh, đau lan xuyên ra vùng thái dương – chẩm hai bên, đau thành từng cơn, trong mỗi cơn đau có kèm theo buồn nôn, nôn dễ dàng, ngày 3-4 lần ra thức ăn cũ. Sau 1 ngày người bệnh xuất hiện tình trạng ý thức xấu dần đi, tiếp xúc chậm chạp, đại tiểu tiện không tự chủ, được cấp cứu tại khoa Truyền nhiễm - Bệnh viện Quân y 103. Người bệnh trước đó không có thói quen ăn các loại thực phẩm thịt tươi sống hoặc ăn rau củ quả sống.

Xét nghiệm chẩn đoán. Qua thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm máu cơ bản, định hướng ban đầu nghĩ đến viêm màng não chưa loại trừ nhiễm khuẩn huyết. Ngay lập tức, người bệnh được cấy máu, xét nghiệm khí máu, chụp CT sọ não; sau đó chọc ống sống thắt lưng lấy dịch não tủy làm xét nghiệm: tế bào, công thức tế bào, sinh hóa, nhuộm soi.

CT – scan sọ não được chỉ định trước khi chọc ống sống thắt lưng lấy dịch não tủy không phát hiện bất thường, loại trừ được khối bất thường nội sọ. Xét nghiệm dịch não tủy cho kết quả như sau:

Bảng 1. Xét nghiệm dịch não tủy ngày 27/02/2023 của người bệnh

Tính chất dịch	Màu sắc: đục, ánh vàng. Tốc độ: 80 g/p (kim 20G)
Số lượng tế bào (mm ³)	3540
Bạch cầu N (%)	80
Bạch cầu L (%)	20
Nhuộm soi vi khuẩn	Bạch cầu: 4+, không thấy xuất hiện hình ảnh của các vi khuẩn khác
	Nuôi cấy chưa mọc Vi khuẩn

Bảng 2. Xét nghiệm của người bệnh qua các thời điểm

Ngày thực hiện	28/2	1/3	3/3	7/3
Xét nghiệm máu				

WBC/N (G/L;%)	13.7/91.2	12.3/91.1	7.5/87.4	
Tiểu cầu (G/L)	168	150	101	
Ure/creatinin (mmol/L; μ mol/L)	4.87/95.8	7.3/100	8.9/84.1	
Bil TP/TT (μ mol/L)	17.2/6.5	-----	16.6/5.1	
PH/P02/PC02 (mmHg)	7.56/66/19	7.47/169/31	7.47//34	
CK TP/CK MB (U/L)	540/ 420	1205/1090		
ProBNP/Troponin I	TroI: 138.1	10936/1623.1	TroI: 504.1	
Xét nghiệm dịch não tủy				
Số lượng BC/ N (Cái; %)	3540/80	2368		110/10
Protein	1.64	1.94		1.5
Nhuộm soi	Chưa có KQ	Chưa có KQ	L.monocytogenes	
Cấy DNT, Máu	Chưa có KQ	Chưa có KQ	Cấy DNT và máu mọc: L.monocytogenes	
PCR DNT			L.monocytogenes	

Điều trị. Do nhận định người bệnh có tình trạng nhiễm khuẩn huyết nên kháng sinh được sử dụng sớm ngay từ giờ đầu gồm Ceftriaxone 6g, Ciprobay 800mg.

Kèm theo hội chứng màng não, người bệnh có ban xuất huyết dạng nốt liên kết thành mảng ở nhiều vị trí rải rác toàn thân, chủ yếu ở tứ chi, kèm theo tím đầu chi không liên tục, chúng tôi đã đặt ra câu hỏi: ban xuất huyết trong bệnh cảnh của Nhiễm khuẩn huyết hay do bệnh nền Lupus ban đỏ của người bệnh? Bác sĩ điều trị đã mời các chuyên khoa Nội tiết, Da liễu cùng cho ý kiến hội chẩn đi đến thống nhất chẩn đoán Xuất huyết dưới da trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết nặng có rối loạn đông máu.



Ảnh 1. Người bệnh thở máy



Ảnh 2. Ban xuất huyết ở cánh – cẳng bàn tay trái

Sau 24 giờ điều trị, ngày 28/02/2023, lâm sàng của người bệnh đáp ứng kém, ý thức của người bệnh xấu đi, sốt cao liên tục (39-40,5 độ C) khó hạ dù đã sử dụng nhiều biện pháp hạ sốt; người bệnh vật vã kích thích, khó thở, co rút cơ hô hấp phụ, nhiều ran rít lan tỏa hai phổi, SpO2 giảm: 86-90%; khí máu có biểu hiện suy hô hấp, (đồng thời có dấu hiệu tổn thương cơ tim), định lượng Cortison máu: 62.4 microgam/dL, người bệnh đã được đặt nội khí quản, an thần, thở máy. Trước diễn biến xấu nhanh của người bệnh trẻ tuổi, nhiễm khuẩn nặng có suy đa tạng (thần kinh, hô hấp, tim...) dù đã được sử dụng hai loại kháng sinh phổ rộng ngay từ giờ đầu, vấn đề khó khăn là: kết quả cấy khuẩn, làm kháng sinh đồ chưa có, nhuộm soi dịch não tủy không thấy vi khuẩn, chúng tôi đã hội chẩn khoa và quyết định chọc ống sống thắt lưng lần 2 chỉ sau 24h để lấy dịch não tủy làm xét nghiệm PCR đa tác nhân. Bệnh phẩm được gửi tới Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Sau 6 giờ gửi mẫu, kết quả nhận được bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn *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*

Tên xét nghiệm	Kết quả	Chú thích
Nhóm xét nghiệm (A) - SINH HỌC PHÂN TỬ		
1 Vi khuẩn Real-time PCR (MB:Neiss...	Dương tính <i>Listeria monocytogenes</i>	
2 <i>Neisseria meningitidis</i> (NM)	Âm tính	
3 <i>Listeria monocytogenes</i> (LM)	Dương tính	
4 <i>Haemophilus influenzae</i> (HI)	Âm tính	

Ảnh 3. Kết quả PCR dịch não tủy đa tác nhân ngày 28/02/2023 của người bệnh gửi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Phác đồ kháng sinh điều trị viêm màng não theo đúng căn nguyên vi sinh theo hướng dẫn

Bộ Y tế và Sanford guide: Ampicillin 12g + Gentamicin 320mg/ 24h; kết hợp thuốc chống viêm Corticoid, chống phù não bằng Manitol 20%, hạ sốt, bù dịch, điện giải, dinh dưỡng, chăm sóc hỗ trợ vận động, vỗ rung. Đến ngày 03/03/2023 (sau 04 ngày nhập viện), kết quả cấy khuẩn do Khoa Vi sinh Bệnh viện Quân y 103 trả về: mẫu máu và dịch não tủy mọc vi khuẩn *Listeria monocytogenes* tương tự như kết quả của BV TƯQĐ 108, kết quả kháng sinh đồ còn nhạy với các kháng sinh (Ampicillin, Meropenem, gentamicin, Trimethoprim/Sulfamethoxazole).

Sau 07 ngày điều trị nội khoa tích cực, các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt: hết sốt, đỡ đau đầu, ý thức tỉnh táo, SpO2 cải thiện 98%, các xét nghiệm trở về bình thường, các ban xuất huyết giảm dần, men tim giảm dần. Người bệnh được rút nội khí quản ngày 07/3 và được ra viện ngày 14/03 trong tình trạng tỉnh táo hoàn toàn, vận động chủ động được nhưng sức cơ còn yếu.

III. BÀN LUẬN

Thường gặp người bệnh viêm màng não do *L.monocytogenes* ở người trẻ dưới 30 tuổi, người cao tuổi (> 60 tuổi). Tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy, với người suy giảm miễn dịch (xơ gan, viêm gan virus B, C; sau ghép thận, đái tháo đường, sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch), hoặc người mắc các bệnh lý ác tính (ung thư, bệnh bạch cầu cấp và mạn tính...) có thể bị viêm màng não do vi khuẩn này ở bất cứ độ tuổi nào. Những năm gần đây, nhiều loại kháng sinh tốt đã được sử dụng, tuy nhiên tỉ lệ tử vong trung bình ở nhiều nước trong viêm màng não do *Listeria* còn cao (33,3%), đa số người bệnh tử vong ở ngày thứ 7 của bệnh (4-13 ngày) [2]. Người bệnh của chúng tôi trẻ tuổi nhưng có tiền sử Lupus ban đỏ có điều trị bằng Medrol dài ngày, đây là yếu tố nguy cơ dẫn đến suy giảm miễn dịch và là điều kiện thuận lợi nhiễm loại vi khuẩn trên. Do được tiếp cận phác đồ điều trị đúng và sớm nên người bệnh đã hồi phục và ra viện.

Test dịch não tủy 24 giờ được sử dụng khi biểu hiện lâm sàng người bệnh viêm màng não không cải thiện sau 24 giờ thì có chỉ định chọc ống sống thắt lưng xét nghiệm đánh giá sự biến động của số lượng tế bào, protein...đặc biệt để lấy bệnh phẩm dịch não tủy để làm các xét nghiệm vi sinh chuyên sâu tìm mầm bệnh [1]. Cụ thể người bệnh này chúng tôi không chờ kết quả cấy (thông thường mọc vi khuẩn sau 48-72 giờ), mà gửi mẫu bệnh phẩm đi làm PCR đa tác nhân (*Staphylococcus Aereus*, *Streptococcus Suis*, *Nessiria Menigititis* và *Listeria monocytogenes*)

thì nhận được kết quả ngay trong ngày và giúp thay đổi phác đồ phù hợp mầm bệnh, giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt.

Mẫu bệnh phẩm dịch não tủy được thực hiện và phân tích tại Khoa Sinh học phân tử - Bệnh viện TWQĐ 108, sử dụng bộ kit phát hiện các mầm bệnh gây Viêm màng não-B Allplex™ (MG9600Y, Seegene, Hàn Quốc). Đây là xét nghiệm Real-time PCR đa môi cho phép đồng thời khuếch đại và phát hiện axit nucleic mục tiêu bao gồm *Neisseria meningitidis*, *Listeria monocytogenes*, *Haemophilusenzae*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli* K1 và nội chuẩn (IC). Đây là các tác nhân gây viêm màng não thường gặp được chú trọng, phân tích trong dịch não tủy của bệnh nhân khi kết quả nuôi cấy thông thường chưa có hoặc không rõ ràng. Các sự hiện diện của trình tự gen cụ thể trong phản ứng được báo cáo là giá trị CT thông qua phần mềm phân tích kết quả Seegene.

Điều trị viêm màng não do vi khuẩn *Listeria monocytogenes* bao gồm điều trị đặc hiệu: trong đó cần chẩn đoán căn nguyên và điều trị bằng kháng sinh sớm. Khi định hướng bệnh viêm màng não mủ cần phải nhanh chóng thực hiện cấy máu, chụp CT sọ não hoặc MRI sọ não trước khi chọc ống sống thắt lưng lấy dịch não tủy để nhuộm, soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ hoặc PCR ngay. Sau đó cần dùng kháng sinh theo kinh nghiệm sớm, không nên trì hoãn đến khi có kết quả dịch não tủy mới dùng kháng sinh. Khuyến cáo nên sử dụng Penicillin hoặc ampicillin kết hợp với amikacin hoặc gentamicin đường tĩnh mạch, thời gian 14 ngày, không nên đưa thuốc trực tiếp vào ống sống. Sau đó tiếp tục điều trị bằng ampicillin/sulbactam hoặc ampicillin đường uống thêm 07 ngày nữa [5]. Thuốc chống viêm steroids được sử dụng ngay khi bắt đầu điều trị để giảm viêm dây thần kinh, giảm phù não. Ngoài ra cần điều trị triệu chứng bao gồm: chống phù não bằng manitol 15-20%; an thần, chống co giật; chống sốc, truy tìm mạch; chống suy thở, hút đờm rãi, đặt nội khí quản, mở khí quản khi người bệnh có tình trạng suy hô hấp; hạ sốt; nuôi dưỡng tốt, dự phòng loét, viêm phổi bội nhiễm [1][2].

Người bệnh viêm màng não do vi khuẩn *Listeria monocytogenes* được điều trị bằng kháng sinh sớm theo đúng phác đồ thường tiến triển tốt dần, sốt giảm dần, ý thức cải thiện rõ. Các yếu tố tiên lượng nặng ở người bệnh là protein dịch não tủy tăng cao ngay từ đầu, điểm Glasgow thấp khi vào viện, người già (>60

tuổi), trẻ dưới 6 tháng, xuất hiện sớm dấu hiệu thần kinh khu trú và tâm thần, điều trị muộn, ổ nhiễm khuẩn tiên phát chưa được giải quyết, số lượng vi khuẩn còn nhiều trong dịch não tủy. Các di chứng có thể gặp đó là lác, điếc, câm, mù, tổn thương thần kinh khu trú gây liệt, giảm trí nhớ, sa sút trí tuệ, động kinh...[3],[5].

IV. KẾT LUẬN

Việc phát hiện tác nhân gây bệnh là *Listeria monocytogenes* trong mẫu bệnh phẩm dịch não tủy của người bệnh bằng phương pháp PCR có giá trị chẩn đoán cao, nhanh chóng và độ chính xác cao hơn các phương pháp chẩn đoán bằng nuôi cấy hoặc nhuộm soi hoặc chẩn đoán dựa vào kết quả lâm sàng điều trị theo kinh nghiệm. Đây là trường hợp viêm màng não mủ do *Listeria monocytogenes* hiếm gặp ở người trẻ tuổi do người bệnh có bệnh lý nền là Lupus ban đỏ kết hợp với tình trạng suy giảm miễn dịch do sử dụng Corticoid dài ngày. Việc phát hiện đúng mầm bệnh và điều trị bằng Ampicillin và

Gentamicin theo phác đồ của Bộ Y tế cho thấy hiệu quả phục hồi tốt, không để lại di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 5642/QĐ-BYT.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Bộ Y tế. 31/12/2015.
2. **Bài giảng: Viêm màng não do vi khuẩn, "Bệnh học truyền nhiễm", tái bản lần thứ nhất.** Học viện Quân y. NXB Quân đội nhân dân. 2015. Tr 106-111
3. **Smith MA, Takeuchi K, Brackett RE, et al.** Nonhuman primate model for *Listeria monocytogenes*-induced stillbirths. *Infect Immun.* 2003;71:1574-1579.
4. **Saren GW, Hu WZ, Jiang AL, Ma J, Feng K.** Research progress of pathogenic mechanism of *Listeria monocytogenes*. *Sci Tech Food Ind.* 2013;1:372-376.
5. **Sanford guide: Stanford Antimicrobial Safety & Sustainability.**
6. **Chapter 146: *Listeria monocytogenes* Infections.** In: "Harrison's Principles of Internal Medicine", 20th ed. Elizabeth L. Hohmann; Daniel A. Portnoy.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CO THẮT TÂM VỊ TRÊN CHỤP XQUANG BARYT THỰC QUẢN THEO THỜI GIAN

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Ngô Thị Huyền¹, Đào Việt Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh co thắt tâm vị trên chụp Xquang thực quản có Baryt theo thời gian (TBE); So sánh đặc điểm hình ảnh co thắt tâm vị trên chụp TBE với kết quả chẩn đoán trên Đo áp lực thực quản độ phân giải cao (HRM). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu gồm 30 bệnh nhân (BN) với đặc điểm hình ảnh trên TBE tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 1/2021 đến 7/2023. **Kết quả:** Trên TBE: Độ rộng, chiều cao cột Baryt ở phút thứ 1 và phút thứ 5 có giá trị trung bình lần lượt là 32.40 ± 10.13 ; 31.23 ± 12.22 ; 90.13 ± 51.45 ; 70.43 ± 61.62 ; Dấu hiệu đoạn cuối thực quản có hình ảnh 'mỏ chim' thấy được ở 100% các BN CTTV cũng như MHTNĐ. Không có sự khác biệt về độ rộng và chiều cao cột Baryt giữa các thể CTTV và MHTNĐ. **Kết luận:** TBE là một phương pháp đơn giản, khách quan trong việc đánh giá mức độ rộng của thực quản. Vì vậy, TBE nên được sử dụng ở tất cả các BN có rối loạn nuốt và theo

dõi sau điều trị. Tuy nhiên, TBE không thể phân loại được các type của CTTV hay các rối loạn nuốt khác như trên HRM. Do đó, việc thực hiện phương pháp đo HRM ở các BN có rối loạn nuốt là rất cần thiết giúp tiên lượng và định hướng phương pháp điều trị. **Từ khóa:** co thắt tâm vị, mất hoàn toàn nhu động thực quản, chụp Xquang baryt thực quản theo thời gian (TBE), đo áp lực thực quản độ phân giải cao (HRM).

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF ACHALASIA ON TIMED BARIUM ESOPHAGOGRAM

Purposes: To describe the imaging characteristics of Achalasia on TBE. Comparison imaging characteristics of Achalasia diagnosed on TBE with definite diagnosis on HRM. **Material and methods:** A retrospective and prospective, descriptive of 30 patients with imaging characteristics on TBE from Jan-2021 to July-2023 in Hanoi Medical University Hospital. **Results:** On TBE: The width and height of Barium column at the first and fifth minutes had the means respectively: 32.40 ± 10.13 ; 31.23 ± 12.22 ; 90.13 ± 51.45 ; 70.43 ± 61.62 ; 'Bird's beak' sign appearing in all patient, both Achalasia and Absent Contractility. **Conclusion:** TBE is a simple and objective method for assessing the esophageal emptying. Therefore, TBE should be used in all patients having dysphagia and to follow-up post-treatment. But, TBE could not categorize Achalasia

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023