

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP MELIOIDOSIS (WHITMORE)Vũ Văn Nguyễn¹**TÓM TẮT**

Melioidosis (còn được gọi là bệnh Whitmore) là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn có tên *Burkholderia pseudomallei* (trước đây gọi là *Pseudomonas pseudomallei*) gây ra. Viêm phổi là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của bệnh Melioidosis. Cũng có thể có nhiều áp xe, Melioidosis có liên quan đến tỉ lệ tử vong đáng kể do nhiễm trùng huyết nặng và các biến chứng của nó. Bệnh Melioidosis xảy ra chủ yếu ở Đông Nam Á, miền Bắc, Australia. Vi khuẩn này cũng được quan tâm vì có thể là tác nhân tiềm tàng cho chiến tranh sinh học và khủng bố sinh học.

Từ khoá: Melioidosis, Whitmore, Bệnh viện Phổi Trung ương.

SUMMARY**CASE REPORT OF MELIOIDOSIS (WHITMORE)**

Melioidosis (also called Whitmore's Disease) is an infectious disease caused by a bacterium called *Burkholderia pseudomallei* (previously known as *Pseudomonas pseudomallei*). Pneumonia is the commonest clinical presentation of melioidosis. There may also be multiple abscesses. Melioidosis is associated with a significant mortality attributable to severe sepsis and its complications. Melioidosis occurs predominantly in Southeast Asia, northern Australia. The bacteria are also of some concern as a potential agent for biological warfare and biological terrorism.

Keywords: Melioidosis, Whitmore, National Lung Hospital.

I. NỘI DUNG

B.pseudomallei là căn nguyên quan trọng gây nhiễm khuẩn cộng đồng ở các nước Đông Nam Á và miền bắc Australia. Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) xếp trực khuẩn này vào nhóm vũ khí sinh học tiềm năng. Việt Nam tuy nằm trong vùng dịch tễ của bệnh nhưng các báo cáo về bệnh melioidosis còn hạn chế.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh Melioidosis rất đa dạng. Mỗi thể bệnh có các triệu chứng lâm sàng khác nhau và do vậy có thể bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với bệnh Lao và các bệnh lý viêm phổi thông thường. Các thể bệnh thường gặp của Melioidosis là: Viêm phổi, áp xe phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm trùng tàn mạn, nhiễm trùng khu trú (áp xe cơ, áp xe phần mềm, viêm

hạch, viêm xương,...). Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp mắc Melioidosis.

Bệnh nhân nam Nguyễn Xuân T – 39 tuổi, nghề nghiệp: Bộ đội. Nhập viện vì sốt cao kéo dài. Tiền sử: Khỏe mạnh.

Bệnh diễn biến cấp tính 10 ngày trước vào viện. Khởi đầu là sốt cao thành cơn, nhiều cơn trong ngày, sốt cao kèm rét run, ho khạc đờm đục không hôi tức ngực trái khó thở, sưng nề cánh tay phải, mệt mỏi ăn ngủ kém sút cân đại tiểu tiện bình thường, đã khám điều trị tại bệnh xá đơn vị không rõ chẩn đoán và điều trị thuốc gì. Sau 10 ngày điều trị, người bệnh còn sốt cao tức ngực khó thở, kèm theo ho khạc nhiều đờm đục và mệt mỏi nhiều chuyển đến bệnh viện Quân đội 354 khám có xét nghiệm máu và chụp phim phổi thường quy chẩn đoán theo dõi lao phổi chuyển Bệnh viện Phổi trung ương. Vào khoa khám bệnh được khám và làm các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán: TD viêm phổi, cho vào khoa Hô Hấp điều trị. Khi vào khoa nhân tình hơi chậm, mệt nhiều nói sảng, không co giật, ho khạc đờm đục khó thở nhẹ không ho ra máu, sốt 39,5°C, mạch: 100l/p, SpO₂: 94%, HA: 120/80mmHg, thể trạng trung bình, không phù không xuất huyết dưới da niêm mạc, hai phổi ran ẩm ran nổ, tim nhịp nhanh đều, cánh tay phải tử khớp vai xuống sưng nề to đau nhức, hạn chế vận động, các bộ phận khác chưa phát hiện gì bất thường. Chẩn đoán: Viêm phổi TD lao phổi/TD: lao màng não.

Được điều trị Kháng sinh: cefoperazon + sulbactam + Amikacin + điều trị triệu chứng và làm các xét nghiệm chẩn đoán lao, nuôi cấy vi khuẩn trong đờm, trong máu nhiều mẫu, cấy nấm, chụp cắt lớp vi tính sọ não, phổi, siêu âm ổ bụng và các xét nghiệm cơ bản khác. Sau 2 ngày điều trị bệnh nhân còn sốt cao nhiệt độ có thấp hơn, ho khạc đờm tức ngực khó thở, sưng đau cánh tay phải nhiều, mệt mỏi nhiều ăn ngủ kém.

Xét nghiệm máu khi vào: bạch cầu 13,27G/L (bạch cầu trung tính 89,3%), hồng cầu 4.5T/L, HGB 14,5G/L; Tc; 269, Ure: 5,5, Creatinai: 110, Glucose: 17,4, Procalcitonin: 0,56, CRP:140,7, Gent-expert đờm âm tính, AFB đờm trực tiếp chưa có kết quả, cấy máu 2 tay khi sốt cao 3 lần chưa có kết quả, cấy lớp phổi có hình ảnh nốt có hang thùy trên phổi trái và thùy dưới phổi phải, cắt lớp sọ não không có bất thường nội sọ, siêu âm tim, ổ bụng không thấy bất thường, siêu âm

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Nguyễn

Email: thobao1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

cánh tay phải phù nề phần mềm không có ổ hoại tử.

Ngày thứ 3 sau vào viện bệnh nhân còn ho khạc đờm sốt cao mệt mỏi. Làm lại XN máu: BC: 16,9G/l, (bạch cầu trung tính 87,3%), CRP: 184,7, Procalcitonin 89,24, Hba1c: 10,4, đường máu 16 mol.

Lúc này tình trạng nhiễm trùng tăng lên về cả lâm sàng và xét nghiệm đồng thời phát hiện thêm bệnh kèm theo đái tháo đường típ 2. Bệnh nhân được đổi kháng sinh sang: Meronem + Vancomycin + hạ đường huyết.

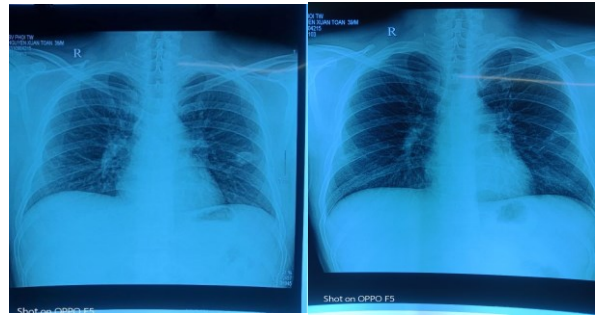
Ngày thứ 5 sau vào viện: tình trạng lâm sàng cải thiện hơn: bệnh nhân còn sốt 38- 38,5 độ, đỡ mệt mỏi hơn, đỡ mệt không khó thở ăn ngủ kém cánh tay còn sưng đau. Kết quả cấy máu trả về 3 mẫu dương tính vi khuẩn Burkholderia pseudomallei. Cấy vi khuẩn đờm âm tính 3 mẫu, siêu âm mạch tay phải hình ảnh huyết khối tắc hoàn đầu tay phải.

Vi khuẩn Burkholderia pseudomallei làm kháng sinh đồ nhạy: Imipenem ,ceftazidim, Trimethoprim/Sulphametoxazol, Amo+A.clavulanic, trung gian: Meropenem, và kháng: colistin và Gentamycin, Xquang: tổn thương nốt hoại tử tạo hang không tăng thêm.

Bệnh nhân được hội chẩn khoa Hô Hấp chẩn đoán: Nhiễm khuẩn huyết - Áp xe phổi – viêm mô tế bào cánh tay phải do Burkholderia pseudomallei đa kháng/ Đái tháo đường típ 2/ huyết khối tĩnh mạch tay đầu phải.

Tại khoa Hô Hấp: Bệnh nhân được điều trị kháng sinh theo kết quả Kháng sinh đồ: Imipenem 3g + cotrimoxazol 12 viên/ngày + Lovenox 2 bơm + xarento 40mg/ ngày , kiểm soát đường huyết, nâng cao thể trạng, điều trị triệu chứng. Sau 2 ngày tình trạng bệnh nhân có cải thiện tốt, hết sốt, ho giảm đỡ tức ngực không khó thở, đỡ mệt ăn ngủ khá hơn, hai phổi còn ran ẩm, ran n, cánh tay phải đỡ sưng đau hơn.

Bệnh nhân tiếp tục điều trị và theo dõi làm tiếp các xét nghiệm: máu, đờm, Xquang phổi. Kết quả các xét nghiệm Bilan viêm: số lượng bạch cầu, CRP, procalcitonin giảm dần về mức bình thường, cấy máu hai mẫu đều âm tính, XQ phổi thường quy tổn thương thu nhỏ dần. Sau 25 ngày điều trị, tình trạng người bệnh diễn biến tốt lên nhiều sức khỏe gần như bình thường, cánh tay phải hết sưng nề vận động bình thường, không còn triệu chứng lâm sàng về hô hấp, các tổn thương trên Xquang cũng thu hẹp nhiều gần như bay hết. Người bệnh xuất viện sau 25 ngày nằm điều trị. Bệnh nhân tiếp tục điều trị giai đoạn duy trì ngoại trú bằng Augmentin 1g/ 2v + Cotrimoxazol 4v/ngày x 4tuần và khám lại theo hẹn



Phim chụp khi nhập viện Phim chụp khi ra viện



BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG
Khoa Hô hấp

Mẫu số: 35/BV-01
Số: 2310094215
Mã BA: 2320713

PHIẾU XÉT NGHIỆM
VI KHUẨN NUÔI CÂY VÀ ĐỊNH DANH HỆ THỐNG TỰ ĐỘNG
Cấp cứu Thường

Bệnh phẩm: Máu Tuổi 39 Nam Nữ

Họ tên: NGUYỄN XUÂN TOÀN Địa chỉ: Ao quố, Đông Cốc, Lạc Ngạn, Bắc Giang
Số điện thoại: 0987566325 DT: BHYT Giường: T056
Khoa: Khoa Hô hấp DT: BHYT Hoàng: 06

Chẩn đoán: Viêm phổi TD: nhồi máu phổi
Thời gian lấy bệnh phẩm: ... ngày ... tháng ... năm ...
Địa điểm: Khoa Vi sinh và Labo lao chuẩn Quốc gia

YÊU CẦU XÉT NGHIỆM
Vi khuẩn nuôi cấy và định danh hệ thống tự động ... giờ ... Ngày 13 tháng 10 năm 2023
BÁC SĨ CHỈ ĐỊNH (Ký, ghi rõ họ tên):
BSCKH Vũ Văn Nguyên

KẾT QUẢ
Số nhận mẫu: ... Số XN: ...
Tên người thực hiện XN: ... Mã quy trình: QTKT.VK-KST.02

Nuôi cấy dương tính với vi khuẩn	
Tên vi khuẩn	Số lượng* (CFU/ml)
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	

Ghi rõ mức độ vi khuẩn tương đương theo vùng cấy đơm
thì chú: ... giờ 15:30 18/10/2023
TRƯỜNG KHOA (Ký, ghi rõ họ tên):
...
Shot on OPPO F5

nghiệm ngay sau khi có kết quả cấy vi khuẩn (Imipenem + cotrimoxazol), kiểm soát được tình trạng nhiễm khuẩn nhanh (25 ngày điều trị tích cực) kết quả điều trị thành công bệnh nhân ổn định và ra viện tiếp tục điều trị giai đoạn duy trì và được quản lý. Các báo cáo và các khuyến cáo hiện tại trên thế giới về bệnh Melioidosis cũng chưa ghi nhận các chủng *B. pseudomallei* kháng Imipenem và phác đồ Imipenem 1g mỗi 8 giờ kết hợp cotrimoxazol để điều trị Melioidosis trong giai đoạn cấp tính được coi là phác đồ tối ưu hiện nay [1, 2].

II. BÀN LUẬN

Dịch tễ học của bệnh Melioidosis. Các khu vực chính trên thế giới mà bệnh Melioidosis đang lưu hành là phía bắc Australia và các nước Đông Nam Á, trong đó Bắc Australia và đông bắc Thái Lan là các điểm nóng về bệnh này, với tỷ lệ mới mắc hàng năm lên tới 50/100.000 dân. Melioidosis là bệnh gây tử vong hay gặp hàng thứ 3 trong các bệnh nhiễm trùng ở đông bắc Thái Lan, chỉ đứng sau nhiễm HIV và bệnh Lao. Malaysia, Singapore, Việt Nam, Cambodia, và Lào cũng là vùng bệnh lưu hành. Các báo cáo gần đây cho thấy bệnh lưu hành cả ở Ấn Độ, nam Trung Quốc, Hong Kong, Đài Loan. Các trường hợp bệnh lẻ tẻ đã được báo cáo ở Nigeria, Gambia, Kenya, và Uganda, nhưng phạm vi bệnh ở châu Phi vẫn còn chưa được xác định chắc chắn [1].

Ở Việt Nam: Bệnh Melioidosis được Pons và Advier mô tả lần đầu tiên tại Việt Nam vào năm 1925 ở một phụ nữ trẻ tuổi sống ở ngoại thành Sài Gòn. Bệnh nhân tử vong trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết và đã phân lập được trực khuẩn Whitmore trong máu [3]. Các chủng vi khuẩn *B.pseudomallei* được mô tả lần đầu tiên bởi tác giả Vaucel tại Hà Nội và được Chambon (Viện Paster Saigon xác nhận) [4, 5]. Trong thời gian chiến tranh, số lượng lớn lính Pháp và sau đó là lính Mỹ đã tiếp xúc với môi trường có *B. pseudomallei* đã được theo dõi cả trên lâm sàng và xét nghiệm. Đa số các ca bệnh đã được ghi nhận từ thập kỷ 40 đến thập kỷ 70 [1, 4]. Có ít nhất 100 trường hợp đã được ghi nhận là Melioidosis trong số lính Pháp đóng quân tại Việt Nam trong khoảng thời gian từ 1948 đến 1954; cho đến năm 1973, có 343 trường hợp đã được ghi nhận bởi Moore [4]. Các trường hợp bệnh cũng được ghi nhận từ những người lính đã từng phục vụ tại Việt Nam, những người Việt Nam di cư hoặc khách du lịch từ Việt Nam. Nghiên cứu của Christopher M. Parry và cộng sự cho thấy tỷ

PHÒNG SIÊU ÂM
BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG
Khoa Hô hấp

Mẫu số: 35/BV-01
Số: 2310094215
Mã BA: 2320713

KẾT QUẢ SIÊU ÂM

Họ tên: NGUYỄN XUÂN TOÀN Tuổi: 39 Giới tính: Nam
Địa chỉ nơi gửi: 04-Khoa Hô hấp


Hệ động mạch chi cánh - cẳng hai bên:

- Động mạch dưới đòn, động mạch nách, động mạch cánh tay, động mạch quay, động mạch trụ và các động mạch gian cốt thành sơ vữa rất nhẹ, không hẹp, không có dị dạng, phổ Doppler bình thường.

Hệ tĩnh mạch cánh - cẳng hai bên:

- Tĩnh mạch đầu từ vị trí 1/3 trên cánh tay bên phải đến vị trí tiếp hợp trong lồng có huyết khối, ăn không xếp.
- Các tĩnh mạch sâu và nông cánh - cẳng tay trái ăn xếp hoàn toàn, không có huyết khối.

BẾT LUẬN
Huyết khối gây tắc hoàn toàn tĩnh mạch đầu tay phải.
Ngày làm siêu âm: 11/10/2023 10:10
Signature Valid
Ký số bởi: Signed by: Ths.Bs. Trần Xuân Quân
Thời gian ký: Signed: 11/10/2023
Ths.Bs. Trần Xuân Quân



Shot on OPPO F5

Đây là một trong số ít bệnh nhân tại Bệnh viện Phổi Trung Ương được chẩn đoán Melioidosis thể nhiễm khuẩn huyết - áp xe phổi - viêm mô tế bào - tắc mạch chi trên bệnh nhân có bệnh nền đái tháo đường mới phát hiện. Tổn thương phổi, nhiễm khuẩn huyết điển hình của bệnh Melioidosis. Bệnh nhân có biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính, bệnh nhân làm nghề bộ đội trước đó có ra thao trường tập luyện nhưng khó xác định được đường vào. Bệnh nhân đến viện muộn nhưng đã được tích cực làm các xét nghiệm đặc hiệu kịp thời, chẩn đoán bệnh, căn nguyên gây bệnh sớm (ngày thứ 5 sau vào viện) điều trị kháng sinh phù hợp sớm theo kinh

lệ phân lập được *B. pseudomallei* trong các mẫu cấy máu từ 1992-1998 là 0,25% (9/3653 mẫu máu), và không phân lập được các chủng *B. pseudomallei* gây bệnh trong môi trường đất và nước quanh Thành phố Hồ Chí Minh [6]. Một báo cáo ở miền Bắc Việt Nam cho thấy, trong khoảng thời gian từ 1997 – 2005 có 54 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Melioidosis với kết quả cấy máu hoặc các dịch cơ thể dương tính với *B. pseudomallei*, các bệnh nhân đến từ 18 tỉnh thành quanh Hà Nội [7]. Gần đây nhất vào năm 2021 phát hiện ổ bệnh tại tỉnh Vĩnh Phúc làm 3 trẻ em trong một gia đình tử vong, ngoài ra bệnh còn phát hiện lẻ tẻ tại một số tỉnh nam trung bộ.

Yếu tố nguy cơ: Các yếu tố nguy cơ của bệnh đã được xác ghi nhận trong rất nhiều nghiên cứu, 80% những người bị bệnh Melioidosis có một hoặc nhiều các yếu tố nguy cơ, điều đó cần nhắc rằng Melioidosis có thể là một nhiễm trùng cơ hội [1]. Các yếu tố nguy cơ thường gặp là bệnh đái tháo đường, người nghiện rượu, nhiễm HIV, bệnh thận hoặc bệnh phổi mạn tính, người sử dụng corticoid, bệnh ung thư [1, 8]. Bệnh nhân có bệnh đái tháo đường gặp với tỷ lệ cao 37 - 60% gợi ý rằng insulin có thể trực tiếp ảnh hưởng đến vi khuẩn *B. pseudomallei* [9,10].

Đường lây truyền: Con người có thể mắc bệnh Melioidosis khi tiếp xúc trực tiếp với đất và nước bề mặt bị nhiễm vi khuẩn *B. pseudomallei*. Người và động vật có thể nhiễm khuẩn mắc phải do hít phải hạt nước hoặc bụi có nhiễm vi khuẩn, uống nguồn nước nhiễm khuẩn hoặc tiếp xúc trực tiếp với đất nhiễm khuẩn, đặc biệt là qua xây xước nhỏ ngoài da. Bệnh rất khó lây từ người sang người.

Đặc điểm lâm sàng. Nhiễm *B. pseudomallei* có biểu hiện lâm sàng rất phong phú. Có thể là một nhiễm khuẩn toàn thân nặng, bùng phát cấp tính hoặc là một nhiễm khuẩn mãn tính. Trong một nghiên cứu mô tả 540 bệnh nhân ở vùng nhiệt đới Australia trên một thời kỳ 20 năm, có hình thái lâm sàng hay gặp là viêm phổi (51% bệnh nhân), tiếp đến là nhiễm khuẩn tiết niệu (14%), nhiễm khuẩn da (13%), nhiễm khuẩn máu không có ổ nhiễm khu trú (11%), viêm khớp nhiễm khuẩn hoặc viêm xương tủy (4%) và liên quan đến thần kinh (3%). Số còn lại 4% bệnh nhân không có bằng chứng nhiễm khuẩn khu trú. Hơn một nửa số bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn huyết, và 20% trong số đó có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn. Các áp xe cơ quan nội tạng và các ổ nhiễm thứ phát hay gặp ở phổi, khớp. Một biểu hiện khác biệt đáng lưu ý

giữa các bệnh nhân ở Australia và các bệnh nhân ở Đông Nam Á là viêm tuyến mang tai sinh mủ, một bệnh cảnh gặp ở 40% trường hợp nhiễm Melioidosis ở trẻ em Thái Lan và Cambodia nhưng lại cực kỳ hiếm ở Australia. Tại Australia, biểu hiện Melioidosis ở tiền liệt tuyến gặp ở 20% bệnh nhân nam giới và Melioidosis thần kinh với biểu hiện viêm thân não, thường có mặt liệt thần kinh sọ (đặc biệt là dây VII), hoặc biểu hiện viêm tủy với biểu hiện yếu thần kinh vận động ngoại vi.

Melioidosis tái phát xảy ra chừng 1/16 bệnh nhân, thường là năm đầu tiên sau lần biểu hiện lâm sàng lần đầu. Khoảng 1/4 trường hợp bệnh tái lại là do tái nhiễm, với số còn lại là do tái phát từ một ổ nhiễm tồn tại dai dẳng. Tỷ lệ tử vong do melioidosis gần 40% ở vùng đông bắc Thái Lan (35% ở trẻ em) và 14% ở Úc. Thời kỳ ủ bệnh của Melioidosis đã được đánh giá ở một nghiên cứu duy nhất đã được công bố, theo đó thời gian ủ bệnh từ 1 - 21 ngày (trung bình 9 ngày). Thời kỳ ủ bệnh ngắn nhất được ghi nhận là 1 ngày, trái lại thời kỳ ủ bệnh dài nhất đã ghi nhận được là 62 năm.

Chẩn đoán và điều trị. Chẩn đoán: Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng như trên và phân lập được vi khuẩn từ máu hoặc các dịch của cơ thể hoặc xác định được sự hiện diện của kháng nguyên hoặc kháng thể trong máu hoặc dịch của cơ thể. Có nhiều các test dùng để xác định kháng nguyên, kháng thể như các test ELISA, phản ứng khuếch đại chuỗi gen (PCR)

Điều trị bệnh Melioidosis. Điều trị Melioidosis là rất khó khăn do vi khuẩn *B. pseudomallei* kháng với hầu hết các kháng sinh thông thường như penicillin, ampicillin, kháng sinh cephalosporin thế hệ 1 và 2, gentamicin, tobramycin, streptomycin, polymyxin. Các kháng sinh mới hơn như ertapenem, tigecycline và moxifloxacin tác dụng hạn chế trên invitro với các chủng *B. pseudomallei*, và nồng độ ức chế tối thiểu của doripenem là tương tự meropenem. Điều trị Melioidosis gồm 2 pha, pha cấp tính (điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch) với mục đích ngăn tình trạng nhiễm khuẩn nặng để cứu sống bệnh nhân và pha củng cố (kháng sinh uống) với mục đích tiêu diệt các vi khuẩn còn sót lại, làm giảm thấp nhất nguy cơ tái phát bệnh [2].

Kháng sinh dùng trong pha cấp tính là Ceftazidime 50mg/kg (tối đa 2g) truyền tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ hoặc Meronem 25mg/kg (tối đa 1g) hoặc Imipenem 1g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. Trong pha củng cố, kháng sinh được dùng là Trimethoprim-sulfamethoxazole uống mỗi 12 giờ hoặc Doxycycline uống mỗi 12 giờ hoặc

Amoxicillin/acid-clavulanic uống mỗi 8 giờ. Thời gian điều trị trong mỗi pha phụ thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng, pha cấp tính có thể điều trị từ 2 đến 8 tuần và kéo dài thêm từ 3 đến 6 tháng ở pha củng cố. [1, 2, 8].

Tóm lại, Melioidosis là một bệnh lý có bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và phức tạp, tỷ lệ tử vong cao dù được điều trị thích hợp. Bệnh chủ yếu gặp ở phía bắc Australia và phía đông bắc Thái lan. Ở Việt Nam, các trường hợp bệnh đã được ghi nhận từ thời thuộc Pháp và thời kỳ chiến tranh trên các đối tượng là lính pháp và sáu đó là lính Mỹ tham chiến tại Việt Nam. Đến nay chỉ có một vài báo cáo ca bệnh trong nước về melioidosis, vì vậy nên chưa có cái nhìn đầy đủ về dịch tễ học, cũng như các bệnh cảnh lâm sàng của một căn bệnh nguy hiểm mà Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wiersinga, W.J., B.J. Currie, and S.J. Peacock, Melioidosis.** New England Journal of Medicine, 2012. 367(11): p. 1035-1044.

2. **Dance, D.,** Treatment and prophylaxis of melioidosis. Int J Antimicrob Agents, 2014. 43(4): p. 310-8.
3. **Pons, R. and M. Advier,** Melioidosis in Cochinchina. The Journal of Hygiene, 1927. 26(1): p. 28-30.
4. **Dance, D.A., Melioidosis: the tip of the iceberg?** Clinical Microbiology Reviews, 1991. 4(1): p. 52-60
5. **Chambon, L.,** [Isolation of Whitmore's bacillus from external environment]. Ann Inst Pasteur (Paris), 1955. 89(2): p. 229-35.
6. **Parry, C.M., et al.,** Melioidosis in Southern Vietnam: clinical surveillance and environmental sampling. Clin Infect Dis, 1999. 29(5): p. 1323-6.
7. **Phuong, D.M., et al.,** Clinical and microbiological features of melioidosis in northern Vietnam. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2008. 102 Suppl 1: p. S30-6.
8. **Cheng, A.C. and B.J. Currie,** Melioidosis: epidemiology, pathophysiology, and management. Clin Microbiol Rev, 2005. 18(2): p. 383-416.
9. **Currie, B.,** Pseudomonas pseudomallei-insulin interaction. Infect Immun, 1995. 63(9): p. 3745.
10. **Simpson, A.J. and V. Wuthiekanun,** Interaction of insulin with Burkholderia pseudomallei may be caused by a preservative. J Clin Pathol, 2000. 53(2): p. 159-60

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI SỎI TIẾT NIỆU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2023

Lê Anh Tuấn¹, Lê Thị Bình², Lê Thanh Hà³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 114 bệnh nhân tại Khoa Tiết niệu Nam học và Thận học từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023 trên bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi sỏi tiết niệu của Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh. Mục tiêu: (1) Mô tả hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh. (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy, người bệnh ngày đầu sau có một vài trường hợp có diễn biến bất thường (đau vết mổ, dịch thấm băng vết mổ,...) tình trạng lâm sàng sau mổ của người bệnh tốt lên theo thời gian, đến ngày thứ 3 tất cả người bệnh đều trong giới hạn bình thường. Về hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng cho thấy, người bệnh sau phẫu thuật đều được theo dõi/chăm sóc dấu hiệu sinh tồn, tình trạng đau, vết mổ, dẫn lưu, sonde tiểu đều được thực

hiện ≥ 3 lần/ngày trở lên. Và kết quả chăm sóc tốt chiếm 91,2%; chăm sóc chưa tốt chiếm 8,8%. Kết quả nghiên cứu cũng tìm thấy một số yếu tố liên quan như có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử mổ, giữa có bệnh mắc kèm, giữa thời gian lưu sonde, giữa kích thước viên sỏi và vị trí của viên sỏi với kết quả chăm sóc, ($p < 0,05$). Tuy nhiên vẫn chưa tìm thấy sự khác biệt giữa giới, độ tuổi, thói quen sở thích của người bệnh, giữa chỉ số BMI với kết quả chăm sóc ($p > 0,05$)

Từ khóa: Sỏi tiết niệu, kết quả chăm sóc người bệnh, người bệnh

SUMMARY

PATIENT CARE AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR URINARY STONES AND SOME RELATED FACTORS AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN 2023

Prospective descriptive study conducted on 114 patients at the Department of Urology Andrology and Nephrology from March 2023 to October 2023 on patients after laparoscopic surgery for urinary stones at Tam Anh General Hospital. Objectives: (1) Describe patient care activities after laparoscopic urinary stone surgery at Tam Anh General Hospital. (2) Analyze a number of factors related to patient care outcomes after surgery. The results showed that the first day after the patient had a few cases of abnormal

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

²Trường ĐH Thăng Long

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: : Lê Anh Tuấn

Email: letuannndun95@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023