

1. **WHO Regional Office for South-East Asia.** (2011), "Comprehensive Guideline for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. Revised and expanded edition", pp.
2. **Bộ y tế** (2019). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue, Ban hành theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 08 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế, <https://emedicine.medscape.com/article/386808-overview>.
3. **W. Fukushima, M. Fujioka, T. Kubo. et al.** (2010), "Nationwide epidemiologic survey of idiopathic osteonecrosis of the femoral head". Clin Orthop Relat Res, 468(10), pp. 2715-24.
4. **Nguyễn Văn Minh** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2018-2019, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ."
5. **Lê Thị Lưu** (2010), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị BN sốt xuất huyết tại khoa truyền nhiễm Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên 2009-2010", (85), pp. 83-89.
6. **Ngô Văn Truyền, Đoàn Văn Quyền** (2014), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ". Tạp chí y học thực hành, Tập 902 (số 1), pp. 25-29.
7. **Nguyễn Việt Thu Trang** (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại khoa Nhiễm Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ". Tạp chí Y Dược Cần Thơ, pp. 1-7.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CĂN NGUYÊN VI SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Trần Văn Giang^{1,2}, Trần Thị Hải Ninh², Nguyễn Quốc Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, căn nguyên vi sinh và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa hồi sức tích cực – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết nhập viện điều trị nội trú tại khoa hồi sức tích cực (HSTC) – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương từ 6/2017 đến 6/2018. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,36 ± 17,18 tuổi, tỉ lệ nam/nữ = 4/1. Thời gian nằm điều trị trung bình tại khoa HSTC là 20 ± 16,7 ngày. Điểm SOFA lúc vào khoa HSTC là 7,6 ± 3,6. Có 33,33% bệnh nhân có SOFA trên 11 điểm khi nhập khoa HSTC. Kết quả vi sinh: tỉ lệ cấy máu dương tính là 33,33%. Căn nguyên hay gặp là *S. aureus* 28%, *S. suis* 16%, *E. coli* 16%, *S. pneumoniae* 16%, *K. pneumoniae* 8%, *A. baumannii* 4%. Kết quả điều trị: tỉ lệ tử vong là 35,34%.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, hồi sức tích cực

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS, MICROBIOLOGICAL ETIOLOGY AND TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT THE NATIONAL

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES

Objective: describe clinical epidemiological characteristics, microbiological etiology and treatment results of patients with sepsis at the intensive care unit – the National hospital of Tropical diseases. **Subjects & methods:** A cross-sectional descriptive study was carried 75 patients diagnosed with sepsis treated at the intensive care unit - National hospital of Tropical diseases from 6/2017 to 6/2018. **Results:** The average age of patients in the study was 56.36 ± 17.18 years old, male/female ratio = 4/1. The average treatment stay at the ICU was 20 ± 16.7 days. SOFA score at admission to the ICU was 7.6 ± 3.6. There are 33.33% of patients with SOFA above 11 points when admitted to the ICU. Microbiological results: positive blood culture rate was 33.33%. Common causes are *S. aureus* 28%, *S. suis* 16%, *E. coli* 16%, *S. pneumoniae* 16%, *K. pneumoniae* 8%, *A. baumannii* 4%. Treatment results: mortality rate is 35.34%.

Keywords: sepsis, intensive care unit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân khoa Hồi sức tích cực (HSTC) dù được điều trị với kháng sinh và các liệu pháp hồi sức hiện đại [1]. Cơ chế bệnh sinh của NKH là một chuỗi phức tạp các đáp ứng viêm và kháng viêm, các phản ứng dịch thể và tế bào, các bất thường về tuần hoàn... Trong đó, sự tác động qua lại giữa các chất trung gian trợ viêm và kháng viêm có thể được xem như là một cuộc đấu tranh giữa hai mặt đối lập, giữa một bên là tác nhân gây bệnh và một bên là đáp ứng bảo vệ của vật chủ [2]. Diễn tiến từ NKH trở thành NKH nặng, sốc nhiễm khuẩn,

sốc không hồi phục, suy đa cơ quan và tử vong nhiều khi tiến triển rất nhanh. Khi bệnh đã tiến triển thành sốc ở giai đoạn muộn và suy đa tạng thì việc hồi sức trở nên kém hiệu quả. Tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW thường xuyên tiếp nhận những bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng từ các bệnh viện khác chuyển đến. Việc nhận biết sớm các dấu hiệu về lâm sàng và dự đoán căn nguyên, giúp ích cho chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đánh giá đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, căn nguyên vi sinh và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa hồi sức tích cực – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 75 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết nhập viện điều trị nội trú

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán của hội nghị quốc tế đồng thuận về nhiễm khuẩn huyết 2012 [2] : Nhiễm khuẩn huyết = SIRS và nghi ngờ/xác định ổ nhiễm trùng

- Hoặc bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết + cấy máu dương tính

+ Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS): ít nhất 2 trong 4 dấu hiệu:

- Nhiệt độ cơ thể > 38 độ C hoặc <36 độ C
- Tần số tim > 90 lần/phút
- Tần số thở > 20 lần/phút hoặc PaCO₂ <32 mmHg

• Số lượng bạch cầu máu ngoại vi >12.000/mm³ hoặc < 4000/mm³ hoặc bạch cầu non dạng đa nhân chiếm > 10%

+ Bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết được định nghĩa là quá trình bệnh lý do vi sinh vật gây ra, đã có bằng chứng hoặc còn nghi ngờ và một số triệu chứng sau:

=> Các dấu hiệu toàn thân:

- Sốt (>38,3 độ C)
- Hạ thân nhiệt (<36 độ C)
- Nhịp tim >90 l/phút
- Thở nhanh
- Thay đổi tri giác
- Phù nhiều hoặc cân bằng dịch dương tính (>20ml/kg/24h)

• Tăng đường huyết (>126mg/dl) ở bệnh nhân không bị đái tháo đường.

=> Các dấu hiệu phản ứng viêm:

• Tăng bạch cầu (>12000/mm³) hoặc giảm bạch cầu (<4000/ mm³)

- Số lượng bạch cầu bình thường nhưng có

>10% bạch cầu non.

- CRP huyết tương tăng
- Procalcitonin huyết tương tăng

=> Các thông số về huyết động:

• Tụt huyết áp: HA tâm thu <90 mmHg, HA trung bình <70 hoặc giảm HA tâm thu >40 mmHg ở người trưởng thành, hoặc dưới giá trị bình thường theo tuổi 2 độ lệch chuẩn.

• Độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trộn (SvO₂) >70%

- Chỉ số tim >3,5 L/ph/m²

=> Các dấu hiệu rối loạn chức năng các cơ quan:

- Giảm oxy máu: PaO₂ / FiO₂ <300
- Thiếu niệu cấp tính (lượng nước tiểu <0,5 ml/kg/giờ)
- Creatinin tăng >0,5 mg/dl
- Đông máu bất thường (INR >1,5 hoặc aPTT >60 giây. Liệt ruột
- Giảm tiểu cầu (<100000/ mm³)
- Tăng Bilirubine máu (bilirubine toàn phần >4mg/dl)

=> Các dấu hiệu giảm tưới máu mô:

- Tăng lactat máu (>2 mmol/l)
- Da nổi vân tím

* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN hoặc gia đình BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- BN có ngừng tim trước khi vào khoa HSTC

- BN ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: khoa hồi sức tích cực - Bệnh viện Bệnh nhiệt đới TW

- Thời gian nghiên cứu: 6/2017 đến 6/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, được điều trị trong giai đoạn nghiên cứu sẽ được chọn vào để phân tích.

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu. Dùng bệnh án mẫu để thu thập số liệu có sẵn trong bệnh án, giấy chuyển viện và các phiếu theo dõi bệnh nhân được lưu cùng với bệnh án.

2.4. Thu thập số liệu. Thu thập các hồ sơ bệnh án vào khoa trong giai đoạn từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018 đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, ghi thông tin thu thập được vào bệnh án mẫu.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018 tại khoa

Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương chúng tôi thu thập được 75 bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm trùng huyết.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm chung	Kết quả
Tuổi (năm) [$\bar{X} \pm SD, (Min-Max)$]	56,36 \pm 17,18 (19-87)
Nam [n, %]	61 (81,3%)
Nữ [n, %]	14 (18,7%)
Thời gian điều trị tại khoa HSTC (ngày) [$\bar{X} \pm SD, (Min-Max)$]	20,0 \pm 16,7 (1-35)
Thời gian nằm viện tuyến trước (ngày) [Mean, Min-Max]	6,82 (1- 46)
Điểm SOFA lúc vào khoa HSTC	7,6 \pm 3,6

Nhận xét: - Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,36 \pm 17,18 tuổi, (thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 87 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 4/1.

- Thời gian trung bình bệnh nhân nằm điều trị tại khoa HSTC là 20,0 \pm 16,7 ngày (từ 1 ngày đến 35 ngày). Thời gian trung bình bệnh nhân nằm điều trị tại tuyến trước là 6,82 ngày (dao động từ 1 đến 46 ngày)

- Điểm SOFA trung bình của bệnh nhân lúc vào khoa HSTC là 7,6 \pm 3,6 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử của bệnh nhân

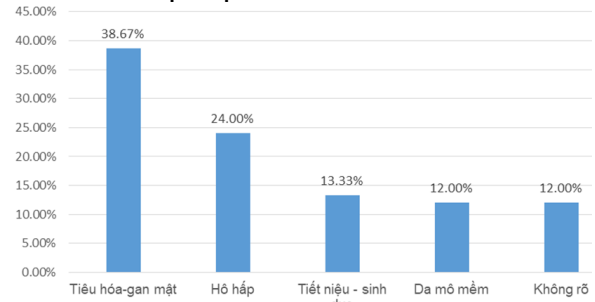
Đặc điểm tiền sử bệnh nhân		n	%	
Tiền sử chuyển viện	Vào thẳng n (%)	21/75	28%	
	Chuyển từ bệnh viện khác đến	54/75	72%	
	Bệnh viện khác	Trung ương	25/54	46,3%
		Tỉnh	26/54	48,1%
		Khác	3/54	5,6%
Tiền sử bệnh nền	Khỏe mạnh	43/75	57,3%	
	Có bệnh nền	32/75	42,7%	
	Các bệnh nền	Bệnh lý tim mạch	10/32	31,3%
		Bệnh lý hô hấp	5/32	15,6%
		Bệnh lý mạch máu não	2/32	6,3%
		Suy thận mạn có lọc chu kì	1/32	3,1%
		Xơ gan	3/32	9,4%
		Ung thư	1/32	3,1%
		Đái tháo đường	9/32	28,1%
		Sử dụng ức chế miễn dịch, corticoid	5/32	15,6%
		HIV	1/32	3,1%
		Nghiện rượu	8/32	25%
		Nghiện thuốc lá	2/32	6,3%
		Các can thiệp/thủ thuật thực	Đặt nội khí quản	75
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hoặc động			65	86,67%

Hiện trên bệnh nhân trong thời gian nằm viện	mạch	
	Đặt sonde tiểu	75 100%
	Đặt sonde dạ dày	75 100%
	Lọc máu	12 16,0%

Nhận xét: - Đa phần bệnh nhân được chuyển từ các bệnh viện khác vào khoa HSTC, trong đó bệnh nhân được chuyển từ bệnh viện tuyến Trung ương khác chiếm tỷ lệ cao là 46,3%. Có 48,1% số bệnh nhân được chuyển đến khoa HSTC là từ các bệnh viện tuyến tỉnh khác.

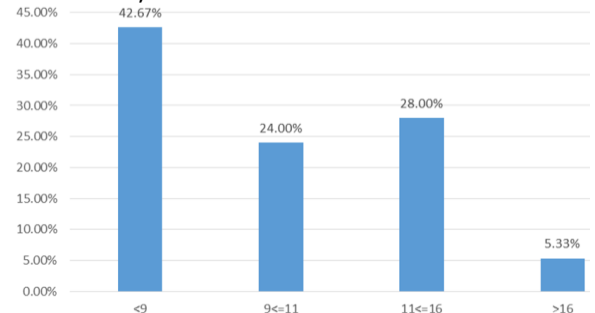
- Có 42,7% bệnh nhân vào khoa HSTC là có tiền sử bệnh nền. Các bệnh nền của bệnh nhân bao gồm: bệnh lý tim mạch 31,3%, đái tháo đường 28,1% và nghiện rượu 25%. Đây là ba tình trạng bệnh lý nền gặp phổ biến nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Có 100% bệnh nhân được đặt ống nội khí quản thở máy, đặt sonde tiểu và sonde dạ dày. 86,67% bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hoặc catheter động mạch. 16% bệnh nhân có chỉ định lọc máu.



Biểu đồ 1. Đường vào của nhiễm khuẩn huyết

Nhận xét: Đường vào nhiễm khuẩn huyết từ đường tiêu hóa và hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 38,67% và 24%. Đường vào từ da mô mềm và tiết niệu sinh dục chiếm tỉ lệ thấp hơn là 12% và 13,33%.



Biểu đồ 2. Điểm SOFA trong 24h đầu khi nhập khoa HSTC

Nhận xét: Điểm SOFA của bệnh nhân sau 24h nhập khoa HSTC 42,67% bệnh nhân là dưới 9 điểm. Có 33,33% bệnh nhân có SOFA >11 điểm khi nhập khoa HSTC.

Bảng 3. Đặc điểm kết quả vi sinh

Kết quả vi sinh		n	Tỉ lệ %
Dương tính		25/75	33,33%
Âm tính		50/75	66,67%
Các căn nguyên	S.aureus	7/25	28%
	S.suis	4/25	16%
	E.coli	4/25	16%
	S. pneumoniae	2/25	8%
	K.pneumoniae	2/25	8%
	A.baumannii	1/25	4%
Khác		5/25	20%

Nhận xét: Tỉ lệ cấy máu dương tính là 33%. Trong đó các căn nguyên thường gặp nhất là S. aureus 28%, S.suis là 16%, E.coli là 16%.

Bảng 4. Tình trạng bệnh nhân lúc ra viện

Tình trạng BN lúc kết thúc nghiên cứu	n (%)
Ổn định, về nhà	19 (25,33%)
Chuyển viện do bệnh đỡ	22 (29,33%)
Chuyển viện do bệnh nặng hơn	3 (4%)
Về nhà để tử vong	27 (36%)
Tử vong tại bệnh viện	4 (5,34%)

Nhận xét: Bệnh nhân bệnh đỡ chuyển về tuyến dưới và ổn định về nhà là 41/75 bệnh nhân (54,66%). Bệnh nhân tử vong (tại bệnh viện, chuyển viện chăm sóc giảm nhẹ, tử vong ở nhà) là 34/75 bệnh nhân (35,34%).

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018 tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương chúng tôi thu thập được 75 bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm trùng huyết. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,36 \pm 17,18$ tuổi, trong đó thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 4/1. Kết quả này của chúng tôi tương tự tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo (2013) nghiên cứu trên 123 bệnh nhân nhiễm trùng huyết điều trị tại khoa HSTC bệnh viện Chợ Rẫy tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,2 \pm 18,8$ tuổi [3].

Thời gian nằm điều trị trung bình tại tuyến trước là 6,82 ngày, thời gian điều trị trung bình của 75 bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực là $20,0 \pm 16,7$ ngày. Điểm SOFA trung bình lúc vào khoa HSTC là $7,6 \pm 3,6$ điểm. Kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả của Phạm Lưu Nhật Hoàng (2011) tại khoa HSTC bệnh viện Nhân dân Gia Định điểm SOFA là $8 \pm 1,4$ [4]. Tuy nhiên điểm SOFA trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn của Phạm Thị Thu Thảo (2013) là $10,6 \pm 3,6$ [3].

Tiền sử chuyển viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chuyển đến chủ yếu từ các bệnh viện khác chiếm tỉ lệ 72%, chỉ có

28% là bệnh nhân được chuyển thẳng đến khoa HSTC của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW. Trong số các bệnh nhân được chuyển từ các bệnh viện khác đến thì đa phần chúng tôi tiếp nhận các bệnh nhân từ các Bệnh viện tỉnh và các bệnh viện Trung ương khác. Đây là một trong các điểm riêng biệt của khoa HSTC - Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW- là một Bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về các bệnh nhiễm trùng có nhiệm vụ tiếp nhận, điều trị cho các bệnh nhân nặng từ các khoa phòng trong bệnh viện và từ các tuyến dưới chuyển đến. Do đó, đa số bệnh nhân vào khoa HSTC với thời gian nằm điều trị ở tuyến trước là 6,82 ngày, trong tình trạng đã có bệnh lý diễn tiến xấu trong giai đoạn muộn, phối hợp nhiều bệnh lý, nên tỉ lệ tử vong cao.

Tiền sử các bệnh lý nền của bệnh nhân: có 32 bệnh nhân vào nghiên cứu là có tiền sử có bệnh lý nền, chiếm 42,7%. Trong đó tiền sử bệnh lý tim mạch chiếm 31,3%; đái tháo đường 28,1%; nghiện rượu 25%, bệnh lý hô hấp 15,6%, có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch 15,6%, xơ gan 9,4%. Ghi nhận của chúng tôi tương đồng với một số báo cáo khác như của các tác giả Alberti, Angus, Martin. Theo đó 54%-65% bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng có tiền căn mắc bệnh mạn tính như đái tháo đường, bệnh gan mạn và ung thư [5], [6].

Theo Esper và cộng sự, tiền căn mắc bệnh lý mạn tính khá thường gặp ở bệnh nhân khoa HSTC. Tình trạng bệnh nhân vừa mắc bệnh cấp tính nặng trên nền tiền sử bệnh lý mạn tính gây ra nhiều khó khăn cho thầy thuốc trong lựa chọn phương cách điều trị tối ưu và ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của các bệnh nhân này [6]. Elizabeth nhận thấy bệnh nhân có bệnh mạn tính càng nhiều thì tỉ lệ tử vong càng cao, các bệnh nhân này có sức đề kháng kém, dễ xảy ra nhiễm khuẩn và suy nhiều tạng khi có các yếu tố tác động [7]. Các bệnh mạn tính làm suy giảm hệ thống miễn dịch cũng như đáp ứng của cơ thể đối với các stress nên khi có nhiễm khuẩn cơ thể không thể chống đỡ có hiệu quả dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Như vậy, nhóm đối tượng bệnh nhân có bệnh mạn tính có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn, do vậy đối với nhóm đối tượng này ngoài việc kiểm soát tốt các bệnh mạn tính của họ thì việc đề phòng nhiễm trùng là rất quan trọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được vào khoa HSTC là được đặt ống nội khí quản thở máy, đặt sonde tiểu và sonde dạ dày. Có 86,7% bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi CVP, truyền dịch, kháng sinh, vận mạch, an thần...; 16% bệnh

nhân là có chỉ định lọc máu trong quá trình điều trị tại khoa. Đa phần bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết chuyển đến khoa HSTC Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương đều trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc có sốc nhiễm trùng nên các can thiệp hồi sức như đặt ống nội khí quản thở máy, đặt sonde tiểu để theo dõi nước tiểu, sonde dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân, đặt catheter... đều được thực hiện trên bệnh nhân.

Đường vào nghi ngờ hay ổ nhiễm khuẩn khởi điểm nghi ngờ là cơ quan nơi vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể, chúng ta xác định đường vào nghi ngờ hay ổ nhiễm khuẩn khởi điểm dựa vào hỏi bệnh và khám lâm sàng. Việc phát hiện ổ nhiễm trùng khởi điểm là rất cần thiết, không chỉ giúp cho chẩn đoán nhiễm khuẩn mà còn giúp ta định hướng căn nguyên gây bệnh và lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm thích hợp, nhưng không phải trường hợp nào cũng phát hiện được ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, điều này được nhấn mạnh trong SSC 2016. Trong nghiên cứu chúng tôi, đường vào của nhiễm khuẩn ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có tỉ lệ cao nhất là đường tiêu hóa chiếm 38,67%, tiếp theo là hô hấp 24%, tiết niệu sinh dục 13,33%, da mô mềm 12%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ngô Trung Dũng (2013) nghiên cứu ở tại Bệnh viện Bạch Mai là đường vào đường tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất là 28,6%, tiếp theo là da, mô mềm và hô hấp cùng tỉ lệ là 23,8% [8], Enrico C (2012) nghiên cứu tại Argentina cho thấy đường vào đường tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất là 39%, tiếp theo là đường hô hấp và tiết niệu lần lượt là 30% và 17% [5]. Như vậy, đường vào của ổ nhiễm khuẩn có sự khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau, điều này có thể được lí giải do sự khác nhau vùng địa lí, do phong tục tập quán ăn uống, do tuyến điều trị, do mặt bệnh chuyên khoa ở từng bệnh viện.

Về xét nghiệm vi sinh, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cấy máu dương tính là 25/75 (33,33%), tương tự với một số báo cáo khác [1]. Khoa HSTC đã áp dụng theo khuyến cáo, phải cấy ít nhất hai mẫu máu (mỗi mẫu 10 mL) lấy ở hai vị trí chọc tĩnh mạch khác nhau. Vi khuẩn huyết gram âm thường có mật độ thấp nên cần phải cấy máu nhiều lần hoặc kéo dài thời gian ủ mẫu cấy, vi khuẩn *S. aureus* thường mọc nhanh và có thể phát hiện trong vòng 48 giờ sau khi cấy. Về phân chủng loại vi khuẩn trong cấy máu, chúng tôi nhận thấy các vi khuẩn gram âm chiếm tỷ lệ nhiều hơn vi khuẩn gram dương, trong đó *S.aureus* 28%, *S.suis* 16%, *E.coli* 16%, *S. pneumonia* 16%, *K. pneumoniae* 8%, *A. baumannii* 4%.

Tình trạng bệnh nhân ra viện: trong nghiên cứu của chúng tôi có 25,33% bệnh nhân ổn định về nhà, 29,33% bệnh nhân chuyển viện do bệnh đỡ, 4% bệnh nhân chuyển viện do bệnh nặng hơn, 36% bệnh nhân xin về nhà để tử vong và 5,34% bệnh nhân tử vong tại bệnh viện. Chúng tôi phân thành 2 nhóm là nhóm 1 là nhóm sống bao gồm các bệnh nhân ổn định về nhà và chuyển viện do bệnh đỡ, nhóm 2 là nhóm tử vong bao gồm các bệnh nhân xin về nhà để tử vong, tử vong tại bệnh viện và chuyển viện do bệnh nặng hơn để chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối. Như vậy nhóm sống gồm 41/75 bệnh nhân (54,56%) và nhóm tử vong gồm 34/75 bệnh nhân (45,44%). Tỷ lệ tử vong 45,44% trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo khi nghiên cứu trên 123 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa HSTC Bệnh viện Chợ Rẫy là 64% [3]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo được thực hiện ở đơn nguyên HSTC có cả những bệnh nhân ngoại khoa sau can thiệp được chuyển đến khoa HSTC nên số trường hợp nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng cao hơn so với đơn nguyên HSTC của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW. Vì vậy tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo [3].

V. KẾT LUẬN

- Dịch tễ học lâm sàng: tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $56,36 \pm 17,18$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ = 4/1. Thời gian nằm điều trị trung bình tại khoa HSTC là $20 \pm 16,7$ ngày. Điểm SOFA lúc vào khoa HSTC là $7,6 \pm 3,6$. Có 33,33% bệnh nhân có SOFA trên 11 điểm khi nhập khoa HSTC.

- Vi sinh: tỉ lệ cấy máu dương tính là 33,33%. Căn nguyên hay gặp là *S. aureus* 28%, *S. suis* 16%, *E. coli* 16%, *S. pneumonia* 16%, *K. pneumoniae* 8%, *A. baumannii* 4%.

- Kết quả điều trị: tỉ lệ tử vong là 35,34%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Padkin A, Goldfrad C, Brady AR, et al.** (2003). Epidemiology of severe sepsis occurring in the first 24 hrs in intensive care units in England, Wales, and Northern Ireland. *Critical care medicine*. 31(9):2332-2338.
2. **Dellinger R.P, Levv M.M, Rhodes A, et al.** 2013. "Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock. 2012." *Intensive care medicine* 39 (2013): 165-228.
3. **Phạm Thị Ngọc Thảo.** (2013). Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng một số cytokin trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. **Phạm Lưu Nhật Hoàng.** (2011). Giá trị ba

- thang điểm APACHE II, LODS và SOFA trong tiên lượng tử vong đối với hội chứng nhiễm trùng toàn thân nặng và choáng nhiễm trùng, Luận văn Thạc sĩ, chuyên ngành Nội Tổng Quát. Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
5. **Enrico C, Edul Vanina S K, Vazquez AR, et al.** (2012). Systemic and microcirculatory effects of dobutamine in patients with septic shock. *Journal of critical care.* 27(6):630-638.
 6. **Esper AM and Martin GS.** (2011). The impact of cormorbid conditions on critical illness. *Critical care medicine.* 39(12):2728-2735.
 7. **Bilevicius E, Dragosavac D, Dragosavac S, et al.** (2001). Multiple organ failure in septic patients. *Brazilian Journal of Infectious Diseases.* 5(3):103-110.
 8. **Ngô Trung Dũng.** (2013). Đánh giá vai trò độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm trong hướng dẫn điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THUỐC ỨNG CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH

Đào Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹,
Yi Hyeon Gyu¹, Lê Vũ Duy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi liên quan thuốc điều trị ức chế điểm kiểm soát miễn dịch (Immune checkpoint inhibitor – ICI). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 10 bệnh nhân có biến chứng viêm phổi liên quan ICI trong tổng số 61 ca được điều trị ICI tại khoa Ung bướu – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phổi do ICI là 16%, tuổi trung bình là 69 tuổi. 40% bệnh nhân có tiền sử bệnh lý phổi và tiền sử xạ trị lồng ngực. Thời gian khởi phát trung bình sau sử dụng 4,7 chu kỳ thuốc ICI. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là ho, sốt, khó thở. Tổn thương thường gặp nhất trên phim CLVT đa dãy lồng ngực là tổn thương kính mờ (90%), tiếp theo đó là tổn thương đồng đặc. Có 3 bệnh nhân viêm phổi mức độ 4, không có trường hợp nào tử vong (độ 5). Liệu dùng corticosteroid ở nhóm mức độ 2 là 50mg/kg prednisolone, thời gian điều trị trung bình là 5,4 tuần; so với nhóm mức độ 3-4, liều khởi đầu corticosteroid cao hơn – 75mg/kg prednisolone và thời gian điều trị dài hơn – trung bình 7,2 tuần. **Kết luận:** Viêm phổi liên quan ICI là một biến chứng nặng, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, thời gian điều trị kéo dài là một thách thức đối với bác sĩ lâm sàng, đòi hỏi cần có kỹ năng tốt để nhận định, đánh giá và quản lý tác dụng phụ này. **Từ khóa:** Viêm phổi, thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF IMMUNE CHECKPOINT INHIBITOR-RELATED PNEUMONITIS

¹Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Vũ Duy

Email: bsduyvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

Objectives: This study aimed to identify key clinical and subclinical characteristics of immune checkpoint inhibitor-related pneumonitis (ICI-P). **Subjects and methods:** We conducted a retrospective, cross-sectional study involving 10 patients diagnosed with ICI-P among 61 patients treated with ICI at Oncology-Hematology Department, Vinmec Times City international hospital in 2023. **Results:** ICI-P was identified in 10 patients in total of 61 patients (16%). The average age is 69 years old. 40% of patients have a history of lung disease and a history of thoracic radiation therapy. Average onset time after using 4.7 cycles of ICI medication. The most common clinical symptoms are cough, fever, and difficulty breathing. Ground-glass opacities was found in almost all cases (accounted for 90%), followed by consolidation lesions. There were 3 patients with grade 4 pneumonitis and no deaths (grade 5). On average, corticosteroid dose was 50 mg/kg prednisolone in grade 2 group and treatment duration was 5.4 weeks. In grade 3-4 group, the dose of corticosteroid was higher (75mg/kg prednisolone) and treatment duration was longer (7.2 weeks). **Conclusions:** ICI-pneumonitis is a serious complication, non-specific clinical symptoms, and requires long treatment duration. It is a challenge for clinicians requiring comprehensive skills to manage it.

Keywords: Pneumonitis, Immune checkpoint inhibitors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh lý nặng, có khả năng đe dọa tính mạng và gây tử vong. Liệu pháp điều trị ức chế điểm kiểm soát miễn dịch (ICI) là một bước đột phá lớn trong điều trị bệnh lý ung thư. Liệu pháp này đã cải thiện thời gian sống còn đáng kể ở nhiều bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn [1], với khả năng dung nạp tốt hơn so với điều trị hóa chất [2]. Số lượng bệnh nhân ung thư sử dụng thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch đơn độc hoặc kết hợp với các liệu pháp điều trị ung thư khác ngày càng tăng.