

V. KẾT LUẬN

Với bệnh nhân UTTQ giai đoạn II, III vị trí 1/3 giữa- dưới thường gặp ở nam giới có tiền sử liên quan đến thuốc lá và rượu. Triệu chứng thường gặp là nuốt nghẹn 81,8%, sút cân 61,2%. Phác đồ hóa xạ trị tiền phẫu 41,4Gy/ 23Fx, hóa trị với paclitaxel, carboplatin mang lại hiệu quả cao với đáp ứng hoàn toàn, cận lâm sàng tương ứng là 38,6% và giải phẫu bệnh là 43,2% với các tác dụng không mong muốn, tai biến, biến chứng phẫu thuật có thể chấp nhận được.

Để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả của phác đồ hóa xạ trị tiền phẫu cần số lượng bệnh nhân lớn hơn, cũng như thời gian theo dõi dài hơn, đánh giá thời gian sống thêm cũng như các biến chứng, tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, **71(3)**, 209–249.
2. **(2017).** Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). 155.
3. **Phạm Đức Huân (2003),** Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đức Lợi (2015),** Đánh giá hiệu quả phác đồ hoá xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô vảy thực quản giai đoạn III,IV, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **van Hagen P., Hulshof M.C.C.M., van Lanschot J.J.B. và cộng sự. (2012).** Preoperative Chemoradiotherapy for Esophageal or Junctional Cancer. *N Engl J Med*, **366(22)**, 2074–2084.
6. **Cook M.B., Kamangar F., Whitman D.C. và cộng sự. (2010).** Cigarette smoking and adenocarcinomas of the esophagus and esophagogastric junction: a pooled analysis from the international BEACON consortium. *J Natl Cancer Inst*, **102(17)**, 1344–1353.
7. **Nguyễn Xuân Hòa (2018),** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản và nạo vét hạch rộng hai vùng (ngực- bụng) trong điều trị ung thư thực quản., Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Choy H. (2000).** Combining taxanes with radiation for solid tumors. *Int J Cancer*, **90(3)**, 113–127.
9. **van Meerten E., Muller K., Tilanus H.W. và cộng sự. (2006).** Neoadjuvant concurrent chemoradiation with weekly paclitaxel and carboplatin for patients with oesophageal cancer: a phase II study. *Br J Cancer*, **94(10)**, 1389–1394.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NẤM PHỔI XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Thị Ninh¹, Vũ Văn Giáp^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân nhiễm nấm phổi xâm lấn điều trị tại trung tâm Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu trên 41 bệnh nhân nhiễm nấm phổi xâm lấn, điều trị tại Trung tâm Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 01/2019 - 06/2021. **Kết quả:** Khoảng 2/3 bệnh nhân nhiễm nấm xâm lấn là nam giới, nhóm trên 60 tuổi chiếm 53,7%. COPD và Hen phế quản (31,7%), đái tháo đường týp 2 (24,4%) là những bệnh đồng mắc thường gặp. Lý do nhập viện rất đa dạng nhưng phổ biến là ho có đờm (63,4%), khó thở (51,2%), mệt (36,6%), sốt (31,7%). Trên xét nghiệm vi sinh chủng nấm thường gặp nhất là *Aspergillus fumigatus* (65,9%). **Kết luận:** Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm nấm xâm lấn đa dạng,

không đặc hiệu, cần phải nghĩ tới nấm ở những bệnh nhân có yếu tố cơ địa có triệu chứng hô hấp dai dẳng không cải thiện với các biện pháp điều trị thông thường.

Từ khóa: Nhiễm nấm phổi xâm lấn, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH INVASIVE PULMONARY FUNGAL INFECTION

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with invasive pulmonary fungal infection. **Population and Method:** Retrospective, Prospective descriptive study on 41 patients with invasive pulmonary fungal infection treated at the Respiratory Center of BachMai Hospital in VietNam from January 2019 to 06/2021 **Results:** Approximately 2/3 patients with invasive fungal infection were male, the group of patients over 60 years was 53,7%. COPD and Asthma (31,7%), type 2 diabetes (24,4%) were the most frequent comorbidities. The very multifaceted reason for entry: productive cough (63,4%), dyspnea (51,2%), fatigue (36,6%), fever (31,7%). On the test of microbiologie the most common fungal species is *Aspergillus fumigatus* (65,9%). **Conclusion:** This study presented the clinical and paraclinical signs of invasive

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ninh

Email: vunhinh.yhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021

Ngày duyệt bài: 25.8.2021

fungal infection are multiform, non-specific, this is why you have to think about fungal infection in patients with atopic factor have respiratory symptoms that do not improve with conventional therapies.

Keywords: Invasive pulmonary fungal infection, clinical, paraclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm nấm phổi xâm lấn là một trong những bệnh phổi do nấm gây ra. Theo ước tính của quỹ hành động toàn cầu cho nhiễm trùng do nấm (GAFFI) xác định có khoảng 3.000.000 ca nhiễm nấm phổi do *Apergillus*, hơn 400.000 ca nhiễm nấm phổi do *Pneumocystis jirovecii*, 4.800.000 ca hen phế quản do nấm [1],[2]. Trong những năm gần đây tỉ lệ nhiễm nấm phổi xâm lấn trên thế giới cũng như ở Việt Nam có xu hướng càng ngày càng tăng, một mặt do những điều kiện thuận lợi, các yếu tố nguy cơ như ô nhiễm môi trường, việc sử dụng corticoid kéo dài, điều trị hóa chất... có xu hướng tăng, mặt khác do sự phát triển của khoa học kĩ thuật, các kĩ thuật cũng như các xét nghiệm để chẩn đoán ngày càng nhạy và đặc hiệu hơn. Nhiễm nấm phổi xâm lấn có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng nhưng không đặc hiệu và thường bị che lấp bởi triệu chứng của các bệnh nền khác. Điều này dẫn tới việc chẩn đoán thường bị muộn hoặc không được chẩn đoán. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những bệnh nhân nhiễm nấm phổi xâm lấn tại trung tâm Hồ hấp Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm nấm phổi xâm lấn điều trị tại trung tâm Hồ hấp bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ 01/2019 – 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

***Bệnh nhân hồi cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm nấm phổi xâm lấn trên hồ sơ bệnh án và có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

***Bệnh nhân tiến cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn thuộc một trong ba loại: 'chắc chắn', 'nhiều khả năng', 'có thể', theo khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn của hội hô hấp Việt Nam và hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam 2017 [3], và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Không thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán nấm phổi xâm lấn theo khuyến cáo của hội Hô hấp Việt Nam và hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2017, bệnh nhân có xét nghiệm nuôi cấy các bệnh phẩm đường hô hấp dưới ra nấm nhưng không có yếu tố nguy cơ, không có triệu chứng

lâm sàng và/hoặc không có tổn thương trên phim CT scanner. Bệnh nhân bị HIV/AIDS. Không đồng ý tham gia nghiên cứu đối với bệnh nhân tiến cứu và thiếu thông tin trong hồ sơ bệnh án với bệnh nhân hồi cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu trên 22 bệnh nhân tiến cứu và 19 bệnh nhân hồi cứu.

Tiến hành nghiên cứu

***Hồi cứu:** Lấy danh sách bệnh nhân chẩn đoán nấm phổi từ bệnh án có mã lưu trữ B44, loại những bệnh án không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

***Tiến cứu:** Lựa chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Sau đó thu thập thông tin như thông tin chung (tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, tiền sử bệnh tật), hỏi bệnh và khám lâm sàng, xét nghiệm cơ bản (công thức máu, sinh hóa máu, CRPhs), chụp CT scanner, làm các xét nghiệm tìm nấm (soi tươi, nuôi cấy đờm tìm nấm, tìm vi khuẩn, nội soi phế quản (soi tươi, nuôi cấy vi nấm dịch phế quản, sinh thiết nếu có tổn thương nghi ngờ), sinh thiết xuyên thành ngực, phẫu thuật nếu có chỉ định.

Từ đó thiết lập chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán nấm phổi xâm lấn theo khuyến cáo của hội Hô hấp Việt Nam và hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2017.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2019 - 06/2021, có 41 bệnh nhân nhiễm nấm phổi xâm lấn đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Trong quần thể nghiên cứu, nam giới chiếm chủ yếu 27/41 bệnh nhân (65,9%); nữ 14/41 bệnh nhân (34,9%). Tỷ lệ nam:nữ là 1,9:1. Tuổi trung bình là $60,1 \pm 15,9$ (nhỏ nhất: 19, cao nhất: 94 tuổi). Nhóm tuổi trên 60 tuổi gặp nhiều nhất (53,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

3.2.1 Triệu chứng lâm sàng

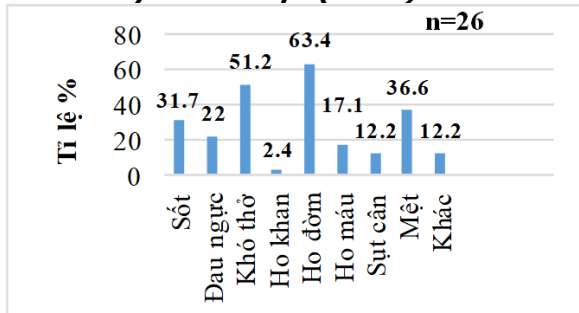
Bảng 3.1 Triệu chứng lâm sàng (N=41)

Triệu chứng toàn thân	n	%
Sốt cơn	15	36,6
Hội chứng thiếu máu	7	17,1
Hội chứng nhiễm trùng	20	48,8
Bình thường	7	17,1
Khác	6	14,6
Triệu chứng cơ năng	n	%

Sốt	12	29,3
Đau ngực	13	31,7
Khó thở	21	51,2
Ho khan	2	4,9
Ho đờm	31	75,6
Ho máu	7	17,1
Khác	10	24,4
Triệu chứng hô hấp	n	%
Suy hô hấp	15	36,6
Ran ẩm, nổ	17	41,5
Ran rít, ngáy	7	17,1
Hội chứng 3 giảm	1	2,4
Giảm thông khí	7	17,1
Bình thường	8	19,5
Khác	1	2,4

Nhận xét: Khoảng gần 50% bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng khi thăm khám lúc vào viện. Triệu chứng cơ năng rất đa dạng nhưng ho đờm (75,6%), khó thở (51,2%), đau ngực (31,7%) là 3 triệu chứng thường gặp nhất. Ran ẩm nổ (41,5%) và suy hô hấp (36,6%) là 2 dấu hiệu hô hấp hay gặp nhất, ít gặp nhất là hội chứng 3 giảm (2,4), đồng thời có khoảng gần 20% bệnh nhân không có triệu chứng hô hấp khi thăm khám.

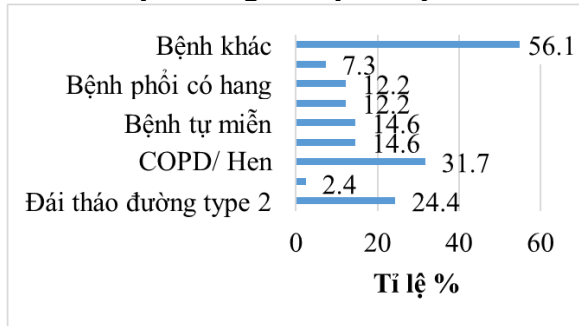
3.2.2 Lý do vào viện (N=41)



Biểu đồ 3.1 Lý do vào viện

Nhận xét: Lý do vào viện rất đa dạng, nhưng phổ biến là ho đờm (63,4%), khó thở (51,2%), mệt (36,6%), sốt (31,7%).

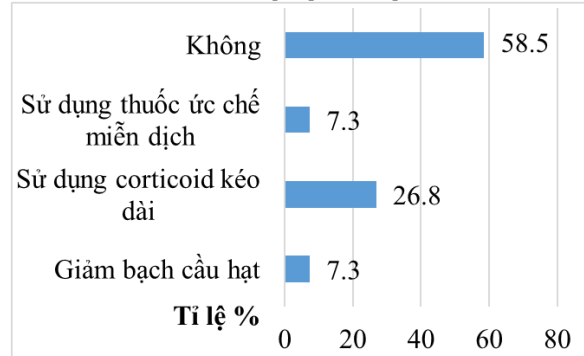
3.2.3 Bệnh đồng mắc (N=41)



Biểu đồ 3.2 Bệnh đồng mắc

Nhận xét: 37/41 bệnh nhân (90,2%) có bệnh đồng mắc đi kèm, trong đó tỉ lệ bệnh đồng mắc là COPD và hen phế quản là 31,7%, đái tháo đường type 2 là 24,4%.

3.2.4 Yếu tố cơ địa (N=41)



Biểu đồ 3.3 Yếu tố cơ địa

Nhận xét: có 17/41 bệnh nhân có yếu tố cơ địa (41,5%), trong số đó sử dụng corticoid kéo dài là yếu tố cơ địa gặp nhiều nhất 11/17 bệnh nhân (64,7%). Không có bệnh nhân nào suy giảm miễn dịch.

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1 Tổn thương trên CT scanner (N=41)

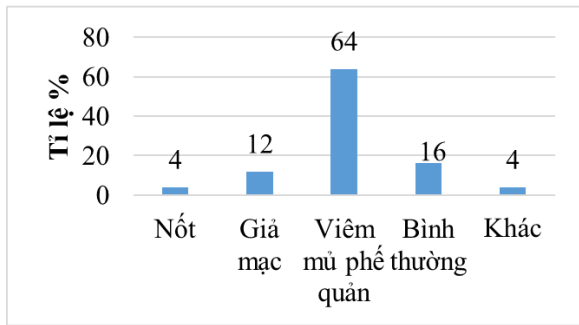
Bảng 3.2 Tổn thương phổi trên CT scanner (N=41)

Vị trí tổn thương	n	%
Phổi trái	11	26,8
Phổi phải	6	14,6
Cả 2 phổi	24	58,5
Dạng tổn thương		
Liềm khí	4	9,0
Quầng sáng	0	0
Kính mờ	14	34,1
Khối, nốt	7	17,1
Đông đặc	23	56,1
Hang	13	31,7
Vùng đục	2	4,9
Xẹp phổi	5	12,2
Tràn dịch màng phổi	5	12,2
Khác	25	61,1

Nhận xét: Tổn thương trên CT scanner khá đa dạng, trong đó tổn thương đông đặc (56,1%), tổn thương khác (61,1%), tổn thương kính mờ (34,1%), tổn thương hang (31,7%) là các dạng tổn thương hay gặp nhất. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có tổn thương dạng quầng sáng trên phim CT scanner.

3.3.3 Tổn thương trên nội soi phế quản (N=25)

Biểu đồ 3.4 Tổn thương trên nội soi phế quản



Nhận xét: Viêm phế quản mũi là tổn thương gặp nhiều nhất ở những bệnh nhân được nội soi phế quản (64%).

3.3.4 Xét nghiệm tìm nấm

3.3.4.1 Xét nghiệm vi sinh

Bảng 3.3 xét nghiệm vi sinh (N=41)

	Bệnh phẩm	Dương tính		Âm tính	
		n	%	n	%
Soi tươi	Đờm (N=41)	17	41,5	24	58,5
	Dịch phế quản (N=25)	6	24	19	76
	Dịch màng phổi (N=5)	0	0	5	100
Nuôi cấy	Đờm (N=41)	22	53,7	19	46,3
	Dịch phế quản (N=25)	14	56	11	44
	Dịch màng phổi (N=5)	1	20	4	80

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính khi nuôi cấy đờm (53,7%) và nuôi cấy dịch phế quản (56%) khá cao. Ngược lại, đối với xét nghiệm soi tươi trực tiếp thì tỷ lệ dương tính khi soi tươi với bệnh phẩm đờm (41,%) cao gần gấp đôi khi soi tươi với bệnh phẩm dịch phế quản (24%). Trong nghiên cứu này có 5 bệnh nhân được lấy dịch màng phổi làm xét nghiệm trong đó chỉ có 1

bệnh nhân (20%) có kết quả dương tính khi nuôi cấy.

Bảng 3.4 Phân loại nấm trên xét nghiệm vi sinh (N=41)

Loại nấm	n	%
Aspergillus fumigatus	25	61,1
Aspergillus flavus	4	9,8
Aspergillus fumigatus + Candida albican	1	2,4
Aspergillus fumigatus + Murcomycosis	1	2,4
Nấm sợi	2	4,8
Không có vi nấm	8	19,5

Nhận xét: Trên xét nghiệm soi tươi trực tiếp và nuôi cấy trong nghiên cứu của chúng tôi thì nấm Aspergillus chiếm đa số 31/41 bệnh nhân (75,7%), trong đó Aspergillus fumigatus (65,9%) là chủ yếu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân nhiễm nấm phổi xâm lấn do Aspergillus fumigatus kèm nhiễm nấm huyết do candida albican, 1 bệnh nhân nhiễm nấm phổi xâm lấn do Aspergillus fumigatus kèm nhiễm nấm mũi xoang do murcomucosis.

3.3.4.2 Xét nghiệm mô bệnh học

Bảng 3.5 Xét nghiệm mô bệnh học (N=13)

Sinh thiết	Dương tính		Âm tính	
	n	%	n	%
Sinh thiết xuyên thành ngực (N=2)	1	50	1	50
Sinh thiết qua nội soi phế quản (N=4)	2	50	2	50
Sau phẫu thuật (N=7)	7	100	0	0

Nhận xét: Phẫu thuật cho giá trị chẩn đoán cao nhất với 100% bệnh nhân sau phẫu thuật đều có kết quả dương tính trên mô bệnh học.

Bảng 3.6 Phân loại nấm trên xét nghiệm mô bệnh học

Chủng nấm	Sinh thiết xuyên thành ngực (n=1)		Sinh thiết qua nội soi phế quản (n=2)		Sau phẫu thuật (n=7)	
	n	%	n	%	n	%
Cryptococcus	1	100	0	0	0	0
Aspergillus	0	0	2	100	6	85,7
Murcomycosis	0	0	0	0	1	14,3

Nhận xét: Trên xét nghiệm mô bệnh học các bệnh phẩm sinh thiết không định danh cụ thể được đến loại nấm gây bệnh. Nấm cryptococcus và nấm Mucormycosis chỉ thấy trên xét nghiệm mô bệnh học còn Aspergillus thì gặp ở cả xét nghiệm vi sinh và mô bệnh học.

3.4 Phân loại chẩn đoán

Bảng 3.7 Phân loại chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn

Phân loại chẩn đoán	n	%
Chắc chắn	10	24,4
Nhiều khả năng	29	70,7
Có thể	2	4,9

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán nhiều khả năng nhiễm nấm chiếm ưu thế (n=29, 70,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng:

4.1.1 Lí do vào viện: Lí do vào viện rất đa dạng nhưng phổ biến là ho đờm (63,4%), khó thở (51,2%), mệt (36,6%), sốt (31,7%). Những triệu chứng này cũng giống như biểu hiện của 1 một quá trình bệnh nhiễm trùng ở phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của Trần Duy Hiến (2014 n=92): ho máu (45,7%), ho đờm (28,3%), đau ngực (23,9%), sốt (21,7%) là những lí do vào viện phổ biến [4].

4.1.2 Bệnh đồng mắc: Nhiễm nấm là bệnh nhiễm trùng cơ hội, thường xảy ra ở những người suy giảm miễn dịch. Trong nghiên cứu này của chúng tôi khoảng 90% bệnh nhân có bệnh đồng mắc đi kèm, tỉ lệ bệnh đồng mắc là COPD và hen phế quản là 31,7%, đái tháo đường type 2 là 24,4%. Như vậy, COPD, hen phế quản, đái tháo đường type 2 được xem là yếu tố nguy cơ của nhiễm nấm xâm lấn. Lượng đường máu tăng cao là môi trường thuận lợi cho nấm sinh trưởng. Ở những bệnh nhân COPD hay hen phế quản có những tổn hại về hoạt động của lông mao, suy giảm miễn dịch do ức chế đại thực bào phế nang và bạch cầu đa nhân trung tính do việc sử dụng corticoid kéo dài và sử dụng kháng sinh phổ rộng, những điều này đóng vai trò trong việc phát triển của nấm phổi xâm lấn [5], [6].

4.1.3 Triệu chứng lâm sàng: Khoảng gần 50% bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng khi thăm khám lúc vào viện 36,6% bệnh nhân có sút cân và 17,1% bệnh nhân có hội chứng thiếu máu. Ngoài ra 17,1% bệnh nhân không có triệu chứng toàn thân nào và 14,6% bệnh nhân có các triệu chứng của bệnh lý đồng mắc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Như Quỳnh (2018, N=50) hội chứng nhiễm trùng 48%, gầy sút cân 22%, thiếu máu 20% [7]. Triệu chứng cơ năng rất đa dạng nhưng ho đờm (75,6%), khó thở (51,2%), đau ngực (31,7%) là 3 triệu chứng thường gặp nhất ở hầu hết các bệnh nhân. Triệu chứng thực thể nghèo nàn, chủ yếu là ral ẩm nổ (41,5%), và suy hô hấp (36,6%). Các triệu chứng này cũng tương tự như triệu chứng của các bệnh hô hấp thường gặp, do đó cần nghĩ tới nhiễm nấm ở những đối tượng có nguy cơ để tránh bỏ sót.

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1 Tổn thương trên CT scanner: Trên phim chụp cắt lớp vi tính phổi, 58,5% bệnh nhân tổn thương ở cả 2 bên phổi, 26,8% bệnh nhân chỉ tổn thương phổi trái, 14,6% bệnh nhân chỉ tổn

thương phổi phải, kết quả của chúng tôi khác trái ngược với kết quả nghiên cứu của Phạm Khắc Trung (tổn thương 2 phổi chỉ chiếm 17,6%, tổn thương phổi phải chiếm ưu thế với tỉ lệ 50%, tổn thương phổi trái 32,4%) [8]. Điều này có thể lí giải do trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân mắc những bệnh làm suy giảm miễn dịch khá cao 37/41 bệnh nhân (90,2%) có bệnh đồng mắc đi kèm. Tổn thương trên CT scanner khá đa dạng, trong đó tổn thương đồng đặc (56,1%), tổn thương khác (61,1%), tổn thương kính mờ (34,1%), tổn thương hang (31,7%) là các dạng tổn thương hay gặp nhất. Các hình ảnh này không đặc hiệu, cần phân biệt các nguyên nhân viêm khác có thể gây hình ảnh tương tự như viêm do virus, vi khuẩn, nhồi máu phổi... dựa vào dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có tổn thương dạng quầng sáng trên phim CT scanner.

4.2.2 Tổn thương trên nội soi phế quản: Trong số 25 bệnh nhân được nội soi phế quản, các tổn thương quan sát được là viêm mũ phế quản (64%), giả mạc (12%), nốt (4%), khác (4%), bình thường (16%). Kết quả nghiên cứu của tôi khác với kết quả nghiên cứu của Trần Duy Hiến (59,7% không thấy thương tổn trên hình ảnh nội soi phế quản) [4], do là nghiên cứu chung về nấm phổi chứ không phải chỉ mỗi thể nấm xâm nhập như trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.3 Xét nghiệm tìm nấm

4.2.3.1 Xét nghiệm vi sinh: Trên xét nghiệm soi tươi trực tiếp và nuôi cấy trong nghiên cứu của chúng tôi thì nấm *Aspergillus* chiếm đại đa số 31/41 bệnh nhân (75,7%). Điều này có thể giải thích do: *Aspergillus* sinh sản vô tính bằng bào tử, và các bào tử này rất nhỏ kích thước từ 2-3µm, do đó có khả năng xâm nhập vào tận các phế nang [9], và do *Aspergillus* có mặt ở khắp nơi, là loại nấm phổ biến nhất trong không khí.

4.2.3.2 Xét nghiệm mô bệnh học: Trong số 10/13 bệnh nhân có kết quả dương tính khi làm xét nghiệm mô bệnh học sau sinh thiết, tác nhân gây bệnh 8/10 (80%) bệnh nhân là *Aspergillus*, 1/10 (10%) bệnh nhân là *Cryptococcus*, 1/10 (10%) bệnh nhân là *Murcomycosis*. Tuy nhiên tất cả bệnh nhân đều không định danh đến được cụ thể loại nấm gây bệnh. Hiện nay tỉ lệ nấm kháng thuốc đang ngày càng tăng, một số loại nấm chỉ đặc hiệu và kháng với một số loại thuốc kháng nấm nhất định nên việc định danh cụ thể được loại nấm gây bệnh có vai trò rất quan trọng trong việc lựa chọn thuốc kháng nấm, làm kháng sinh đỡ, tiên lượng.

4.3. Phân loại chẩn đoán: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều khả năng nhiễm nấm là phổ biến nhất với hơn 29/41 bệnh nhân (70,7%). Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều đa phần đều là các bệnh nhân COPD và hoặc hen phế quản sử dụng corticoid kéo dài, đái tháo đường, khi có các triệu chứng hô hấp không cải thiện với điều trị thông thường hoặc các triệu chứng dai dẳng, tái phát nhiều lần cần lấy các chất tiết đường hô hấp làm các xét nghiệm tìm nấm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 41 bệnh nhân nhiễm nấm xâm lấn chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Triệu chứng lâm sàng của nhiễm nấm xâm lấn phổi rất đa dạng, nhưng phổ biến là ho đờm (63,4%), khó thở (51,2%), đau ngực (31,7%) và nấm *Aspergillus* là tác nhân gây bệnh ở đại đa số bệnh nhân (dựa trên xét nghiệm vi sinh (75,7%), trong đó *Aspergillus fumigatus* (65,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown G.D., Denning D.W., Gow N.A.R. và cộng sự. (2012).** Hidden Killers: Human Fungal Infections. *Sci Transl Med*, 4(165), 165rv13-165rv13.

2. **Denning D.W. (2015).** The ambitious "95-95 by 2025" roadmap for the diagnosis and management of fungal diseases. *Thorax*, 70(7), 613-614.

3. **Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn, hội hô hấp Việt Nam và Hội Hô hấp cấp cứu và chống độc Việt Nam.**

4. **Trần Duy Hiến (2014).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm phổi. Luận văn bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội

5. **Philippe B., Ibrahim-Granet O., Prévost M.C. và cộng sự. (2003).** Killing of *Aspergillus fumigatus* by alveolar macrophages is mediated by reactive oxidant intermediates. *Infect Immun*, 71(6), 3034-3042.

6. **Roilides E., Uhlig K., Venzon D. và cộng sự. (1993).** Enhancement of oxidative response and damage caused by human neutrophils to *Aspergillus fumigatus* hyphae by granulocyte colony-stimulating factor and gamma interferon. *Infect Immun*, 61(4), 1185-1193.

7. **Nguyễn Thị Như Quỳnh, Chu Thị Hạnh (2018).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm phổi xâm lấn. Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

8. **Phạm Khắc Trung, Bùi Văn Lệnh (2010).** Nghiên cứu đặc điểm Xquang thường quy và cắt lớp vi tính bệnh nhân nấm phổi. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.

9. **Bùi Xuân Đồng (1984).** Nhóm nấm *Hypomyces* ở Việt Nam. Nhà xuất bản khoa học kĩ thuật.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH CƠ TRONG TỔN THƯƠNG THẦN KINH HÔNG TO VÀ CÁC NHÁNH DO CHẤN THƯƠNG

Ngô Văn Duy¹, Nguyễn Anh Tuấn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh cơ, đánh giá tỷ lệ, mức độ tổn thương của bệnh nhân tổn thương thần kinh hông to do chấn thương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 62 trường hợp có tổn thương thần kinh hông to và các nhánh do chấn thương đến khám và làm điện sinh lý thần kinh cơ tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Tổn thương tại khớp gối chiếm 45,2%, 54,8% số ca có tổn thương dây thần kinh mác chung, 64,5% số ca có tổn thương hoàn toàn. Tỷ lệ có hoạt động điện tự phát là 95,2%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng và điện sinh lý thần kinh cơ trong tổn thương dây thần kinh hông to và các nhánh do tổn thương là rất đa dạng phụ

thuộc vào vị trí, thời gian và hình thái tổn thương.

Từ khóa: Điện sinh lý thần kinh cơ, thần kinh hông to, chấn thương.

SUMMARY

INJURY TO THE SCIATIC NERVE AND ITS BRANCHES DUE TO TRAUMA: CLINICAL, NEUROMUSCULAR ELECTROPHYSIOLOGY

Objectives: analyzing clinica, neuromuscular electrophysiology, assessment rate, vulnerability of patients with sciatic nerve injury due to trauma. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of 64 case of injury to the sciatic nerve and its branches due to trauma went to Viet Duc hospital for examination and electrophysiology from 7/2020 to 7/2021. **Results:** Knee injury accounts for 45,2%, 54,8% of case have common peroneal nerve damage, 64,5 % of case have complete injury. The rate of spontaneous electrical activity is 95,2%. **Conclusions:** The clinical and electrodiagnostic symptoms of the sciatic nerve and its branches due injury are variety, depending on the location, duration and morphology of the lesion.

Keywords: neuromuscular electrophysiology, sciatic nerve, trauma

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Duy

Email: drduy238@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biên khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 26.8.2021