

dự báo tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 đạt giá trị: AUC = 0,741; 95%CI: 0,67 – 0,81. Như vậy khả năng dự đoán tăng huyết áp trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 của nồng độ homocysteine máu đạt mức trung bình. Điều này có thể gợi ý thêm cho các bác sĩ lâm sàng một yếu tố nguy cơ không truyền thống trong đánh giá tăng huyết áp trên bệnh nhân ĐTĐ type 2.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ homocysteine ở nhóm ĐTĐ type 2 có THA cao hơn so với nhóm không THA và có tương quan thuận với huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. Homocysteine máu có thể giúp dự đoán tăng huyết áp trên bệnh nhân ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sowers J R. And et al (2001). "Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: an update". Hypertension. 4:1,053-1,059.
2. Colosia, Ann D et al (2013). "Prevalence of hypertension and obesity in patients with type 2 diabetes mellitus in observational studies: a systematic literature review. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity". Targets and Therapy 6:327-338.

3. Jianbo, L. Et al. (2011), "Association of homocysteine with peripheral neuropathy in Chinese patients with type 2 diabetes", Diabetes Res Clin Pract. 93(1), tr. 38-42.
4. Esse R., Barroso M., Castro R, et al (2019), "The Contribution of Homocysteine Metabolism Disruption to Endothelial Dysfunction", State-of-the-Art. 20(4).
5. Guilliams T. G. (2004), "Homocysteine: a risk factor worth treating", Standard. 6(1), pp. 1-7.
6. Trần Thị Liêm (2015), Nhận xét nồng độ Homocysteine máu ở bệnh nhân Đái tháo type 2 có tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Daniel E. Platt, et al (2017), "Type II diabetes mellitus and hyperhomocysteinemia: a complex interaction", Diabetol Metab Syndr. 2017; 9:19.
8. Martín-Timón I, Sevillano-Collantes C, Segura-Galindo A, Del Cañizo-Gómez FJ (2014). "Type 2 diabetes and cardiovascular disease: have all risk factors the same strength?". World J Diabetes. 2014;5:444-470.
9. Aqil Noor, et al (2021), "Relationship of Homocysteine With Gender, Blood Pressure, Body Mass Index, Hemoglobin A1c, and the Duration of Diabetes Mellitus Type 2". Cureus. 2021 Nov; 13(11): e19211.

CUNG NÁCH VÀ MỐI TƯƠNG QUAN VỚI TÌNH TRẠNG PHÂN BỐ HẠCH VÙNG NÁCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang*, Nguyễn Hồng Phương**, Trần Hương Lam***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tần suất và hình thái của cung nách cùng mối tương quan với tình trạng phân bố hạch vùng nách trong bệnh nhân UTV tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trong thời gian từ 11/2021 đến 4/2022. Nghiên cứu hồ sơ nách của 260 bệnh nhân phẫu thuật UTV. Thông tin nghiên cứu lấy trực tiếp từ tiền hành thăm khám lâm sàng, phẫu thuật, đánh giá trên người bệnh và thu thập thông tin theo mẫu. **Kết quả:** Tần suất bắt gặp cung nách trong nghiên cứu là 11.9%. Tỷ lệ phát hiện hạch bị cung nách che lấp là 96.8% trong đó có 28 ca phát hiện 1 hạch (93.3%), 2 ca phát hiện 2 hạch (6.7%) và 1 ca không phát hiện hạch che lấp (3.2%). Có 13 trường hợp phải cắt cung nách để vét hạch (41.9%) và 18 trường hợp không cần cắt cung nách để vét hạch (58.1%). Về hình thái cung nách thì 100%

cung nách được phát hiện là ở dạng cơ trong đó có 29 trường hợp là dạng đơn cơ gồm một dải cơ chính (93.5%) và 2 trường hợp là dạng cơ được hợp lại từ các bó cơ có điểm bám khác nhau (6.5%). Chúng tôi không ghi nhận cung nách nào ở dạng gân trong quá trình nghiên cứu. **Kết luận:** Cung nách là một biến thể quan trọng của giải phẫu của vùng nách có tần suất bắt gặp trong nghiên cứu là 11.9%. Liên quan đến việc các hạch bạch huyết bị cung nách che lấp có tỷ lệ là 96,8%. Chưa có khuyến cáo cụ thể cho việc cắt bỏ hay bảo tồn cung nách. Hình thái cung nách bắt gặp trên lâm sàng là ở dạng bó cơ.

Từ khóa: Cung nách, hạch nách, nạo vét hạch nách trong ung thư vú.

SUMMARY

AXILLARY ARCH AND CORRELATION WITH ARMPIT AREA LYMPH NODE DISTRIBUTION IN BREAST CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

Objectives: To describe the frequency and morphology of axillary arch and its correlation with the distribution of axillary lymph nodes in breast cancer patients at K hospital. **Method:** Cross-sectional description in five months from November 2021 to April 2022. Study on the axillary cavity of 260 patients undertaking surgery for breast cancer. Research

*Bệnh viện K.

**Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa.

***Trường đại học y khoa Vinh.

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 28.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 30.8.2022

information is obtained directly from conducting clinical examination, surgery, patient evaluation and information collected by form. **Results:** The frequency of encountering axillary arch in the study was 11.9%. The detection rate of lymph nodes covered by the axillary arch was 96.8%, of which 28 cases were detected with 1 lymph node (93.3%), 2 cases were detected with 2 nodes (6.7%) and 1 case was not detected with lymph nodes covering (3.2%). There were 13 cases of axillary arcectomy for lymph node dissection (41.9%) and 18 cases without axillary arcectomy for lymph node dissection (58.1%). In terms of axillary arch morphology, 100% of axillary arches were found to be in the muscular form of which 29 cases were muscle type including one muscle band without Lpa (93.5%) and 2 cases were muscle type with Lpa (6.5%). We did not record any axillary arch in the form of tendons during the study. **Conclusion:** Axillary arch is an important anatomical variation of the axillary region with a capture frequency of 11.9% in the study. Regarding the lymph nodes being covered by the axillary arch, the rate is 96.8%. There are no specific recommendations for resection or preservation of the axillary arch. Axillary arch morphology encountered clinically is in the form of muscle bundles.

Keywords: Axillary arch, axillary lymph nodes, axillary lymph node dissection in breast cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất đối với phụ nữ tại nhiều quốc gia theo số liệu của GLOBOCAN năm 2020, chiếm tỷ lệ 11,7% với 2,3 triệu ca mắc mới. Tại Việt Nam có 21555 trường hợp UTV mới mắc (chiếm 25,8% trong tổng số tất cả các loại ung thư ở nữ) và 9 345 trường hợp tử vong do UTV¹. Vết hạch nách được coi là thường quy trong điều trị UTV. Vì vậy việc nắm vững giải phẫu vùng nách đối với phẫu thuật viên là hết sức quan trọng. Một trong những bất thường về giải phẫu của hõm nách được ghi nhận là cung nách. Cung nách có thể cản trở sự tiếp xúc đầy đủ với tổ chức mỡ ở nách và làm hạn chế khả năng tiếp cận nhóm hạch bạch huyết bên dưới. Thực tế trên lâm sàng đã bắt gặp nhiều trường hợp bỏ sót hạch, hạch tái phát sau phẫu thuật UTV có sự hiện diện của cung nách.

Lịch sử của cung nách xuất hiện từ lâu. Được mô tả lần đầu tiên vào năm 1783 bởi Bugnone và vào năm 1793 bởi Ramsay, biến thể này được quan tâm nhiều hơn sau lời kể của Langer vào năm 1846². Cung nách được Ramsay mô tả là "một cơ thôn dài, kéo dài từ cơ lưng rộng đến cơ ngực lớn. Trong quá trình co cơ, nó có thể gây chèn ép vào cho các động mạch, tĩnh mạch và dây thần kinh ở nách, nằm trong cơ này². Các nghiên cứu cho thấy tần suất hay bắt gặp của cung nách ở khoảng 7-8%³. Tuy nhiên tần suất

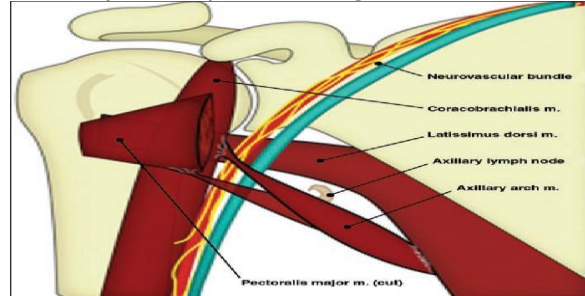
của nó cũng có sự thay đổi đáng kể được tìm thấy trong tài liệu từ 1,7% ở dân số Thổ Nhĩ Kỳ⁴ và 43,8% ở dân số Trung Quốc⁵.

Cung nách thường bắt nguồn từ cơ lưng rộng là một bó cơ hoặc như một gân; đặc biệt nó có thể phát sinh từ phần trước của cơ răng trước. Testut (1884) đã phân loại cung nách thành các dạng hoàn chỉnh và không hoàn chỉnh⁶. Ngoài ra phân loại, hai dạng hình thái của cung nách đã được mô tả là dạng cơ (loại I) và dạng gân (loại II), với các phân loại khác nhau dựa trên nguồn cung cấp dây thần kinh và vị trí gắn kết. Cung nách có thể là cơ hay gân phụ thuộc vào việc cơ ngực lớn hay gân của lưng rộng đóng góp phần lớn vào sự hình thành của nó^{7,8}.

- Khi phần đóng góp chính của cơ ngực lớn, cung nách ở dạng cơ.

- Khi phần đóng góp của cơ lưng rộng vượt qua phần đóng góp của cơ ngực lớn thì đó là ở dạng cơ gân.

Takafuji (1991) đã báo cáo cung nách có thể ở dạng 1 dải cơ hoặc cần nhưng cũng có thể được hợp lại từ nhiều phần có nguyên ủy khác nhau và đưa ra khái niệm "the cranial part of the muscular arch of the axilla (Cpa)" phần trục chính của cung nách, "lateral part of the muscular arch of the axilla (Lpa)" phần phát triển thêm hay nhánh phụ của cung nách⁸.



Hình 1: Giải phẫu cung nách

Cung nách được chi phối bởi nhánh của thần kinh ngực giữa "the caudal pectoral nerve" (Npc) hoặc dây thần kinh ngực "the thoracodorsal nerve" (Ntd). Nguồn cung cấp máu của cung nách thường là từ các mạch ngực bên. Tuy nhiên, trong trường hợp có thể có cuống mạch riêng biệt đi vào cơ⁸.

Tại Việt Nam hiện nay chưa có ghi nhận rõ ràng nào về ảnh hưởng của cung nách đối với vết hạch nách được báo cáo. Chính vì vậy, nhằm hệ thống một cách rõ ràng và đánh giá một cách đầy đủ về tầm quan trọng và ảnh hưởng của cung nách đối với phẫu thuật nạo vét hạch nách, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả tần suất và hình thái của cung nách cùng môi*

tương quan với tình trạng phân bố hạch vùng nách trong bệnh nhân UTV tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các người bệnh đã được chẩn đoán xác định là ung thư vú và được phẫu thuật có kèm vét hạch nách tại bệnh viện K từ tháng 23/11/2021 đến tháng 14/4/2022.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ cung nách:

$$N = Z^2(1-\alpha)/2 \cdot P(1-p) / (p \cdot \epsilon)^2$$

N: Cỡ mẫu

α : mức ý nghĩa thống kê lựa chọn = 0,05

$Z(1-\alpha)/2$: hệ số tin cậy = 1,96

P: tỷ lệ cung nách dự kiến là 0,43 (theo nghiên cứu của Wagenseil 1927 đánh giá tỉ lệ bắt gặp cung nách ở người Trung Quốc).

ϵ : giá trị tương đối, lựa chọn ở mức 0,2

Từ công thức trên, ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là 128 ca bệnh.

Phương pháp thu thập số liệu: Người nghiên cứu trực tiếp tiến hành thăm khám lâm sàng, phẫu thuật, đánh giá trên người bệnh và thu thập thông tin theo mẫu bệnh án in sẵn.

Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Các thuật toán thống kê:

- Mô tả: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

- Dùng test χ^2 để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ.

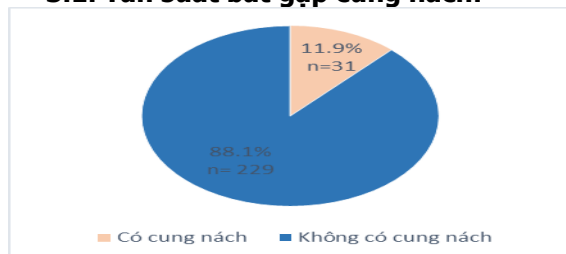
Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu

- Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia, tuân thủ các yêu cầu của nghiên cứu.

- Số liệu được thu thập phân tích đầy đủ, chính xác, đáng tin cậy, chỉ nhằm phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tần suất bắt gặp cung nách:



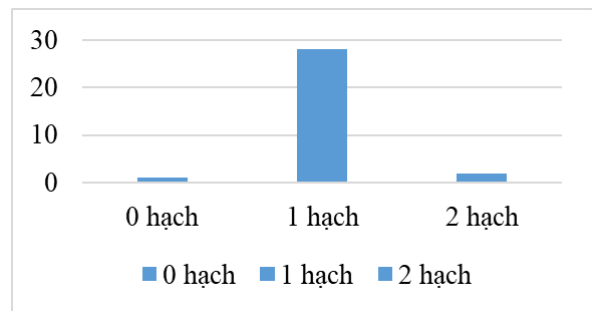
Biểu đồ 2: Tần suất bắt gặp cung nách

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên kết quả phẫu thuật của 260 ca bệnh ung thư vú và phát hiện 31 ca có suất hiện cung nách trong quá trình vét hạch nách chiếm 11.9% tổng số ca nghiên cứu.

3.2. Tương quan giữa hạch nách và cung nách:

Bảng 1: Tỉ lệ bắt gặp hạch bị che lấp

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Phát hiện hạch nách bị che lấp	30	96.8
Không phát hiện hạch nách bị che lấp	1	3.2



Biểu đồ 3 Số lượng hạch bị che lấp

Trong số ca bệnh có suất hiện cung nách, số trường hợp hạch nách bị cung nách che khuất là 30 (96.8%), có 1 trường hợp không phát hiện hạch nách bị che lấp (3.2%). Các trường hợp phát hiện cung nách thì có 28 ca phát hiện 1 hạch (93.3%), 2 ca phát hiện 2 hạch (6.7%). Có 1 ca không phát hiện hạch che lấp (3.2%).

3.3. Can thiệp lâm sàng khi phát hiện cung nách:

Bảng 2: Can thiệp lâm sàng với cung nách

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cắt cung nách	13	41.9
Bảo tồn cung nách	18	58.1

Trong 31 trường hợp phát hiện cung nách khi vét hạch nách, có 13 ca phải cắt cung nách để vét hạch (41.9%) và 18 ca không cần cắt cung nách để vét hạch (58.1%).

3.4. Đặc điểm hình thái cung nách:

Bảng 3: Đặc điểm hình thái cung nách

Hình thái	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Loại I dạng bó cơ	Cpa ¹ dạng cơ không kèm Lpa ²	29	93.5
	Cpa dạng cơ có kèm Lpa	2	6.5
Loại II dạng gân	Cpa dạng gân	0	0

¹Cpa: (the cranial part of the muscular arch of the axilla) phần chính của cung nách.

²Lpa: (lateral part of the muscular arch of the axilla) phần phát triển thêm hay nhánh phụ của

cung nách.

Về hình thái cung nách thì 100% cung nách được phát hiện là ở dạng cơ trong đó có 29 trường hợp là dạng đơn cơ chỉ gồm Cpa (93.5%) và 2 trường hợp là Cpa dạng cơ kèm Lpa (6.5%). Chúng tôi không ghi nhận cung nách nào ở dạng gân trong quá trình nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất bắt gặp cung nách: Tỷ lệ bắt gặp cung nách trong nghiên cứu là 11.9% tỷ lệ này cao hơn mức phổ biến bắt gặp cung nách 7% nhưng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Kasai (1977) 11,4% và Princeteau (1892) 12,02%³. Trong nghiên cứu của Oscar Alejandro Bonilla-Sepulveda (2022) trên 17 cung nách thì tỷ lệ bắt gặp cung nách trong các trường hợp vết hạch nách là 64,7% (n = 11), tỷ lệ bắt gặp cung nách trong sinh thiết hạch cửa là 35,3% (n=6)⁷. Điều này chỉ ra là trong vết hạch nách thường quy có tỷ lệ phát hiện cung nách cao hơn hẳn việc sinh thiết các hạch cửa. Các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều là ung thư vú và có phẫu thuật vết hạch nách triệt căn nên tỷ lệ phát hiện cung nách trên lâm sàng có tỷ lệ cao hơn so với các tác giả khác. Tỷ lệ bắt gặp cung nách trong nghiên cứu là 11.9% cũng chỉ ra cung nách là một biến thể của vùng nách như tỷ lệ bắt gặp cũng khá cao trên lâm sàng và cần được nghiên cứu nhiều hơn, phổ biến hơn cho các bác sĩ ngoại khoa.

4.2. Tương quan giữa hạch nách và cung nách: Tỷ lệ bắt gặp hạch nách bị che khuất trong nghiên cứu là 96.8% kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Oscar Alejandro Bonilla-Sepulveda (2022) trên 17 cung nách có tỷ lệ che khuất hạch nách là 88,2% (n=15)⁷. Ung thư vú tại Việt Nam tỷ lệ phát hiện sớm còn chưa cao, giai đoạn khi đi khám và phẫu thuật đã xuất hiện nhiều hạch nách trên lâm sàng do đó tỷ lệ hạch bị che khuất bởi cung nách cao lên. Trong 30 trường hợp có hạch nách bị che khuất, có 28 ca phát hiện 1 hạch (93.3%), 2 ca phát hiện 2 hạch (6.7%). Điều này chỉ ra rằng những trường hợp bắt gặp cung nách trên lâm sàng thì thường sẽ có đi kèm hạch nách bị che khuất phía sau và số hạch bị che lấp thường là 1 hạch. Tầm quan trọng của nó đối với bác sĩ phẫu thuật là do nó có thể che khuất các hạch bạch huyết chặng I trong quá trình bóc tách ở nách và dẫn đến việc cắt bỏ hạch nách không hoàn toàn ảnh hưởng tiêu cực đến điều trị, đánh giá giai đoạn sau mổ ảnh hưởng đến quyết định để điều trị hỗ trợ toàn thân. Tác động của nó đối với sự tái phát ở nách

ở bệnh nhân ung thư vẫn chưa được biết đến.

4.3. Lựa chọn lâm sàng khi phát hiện cung nách: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ cắt cung nách là 41,9% (n=13) và không cắt cung nách là 58.1% (n=18). Chức năng của cơ này là không đáng kể, vì vậy nó có thể được cắt mà không có bất kỳ sự thiếu hụt chức năng nào. Có hai lựa chọn đối với cung nách là cắt hoặc bảo tồn. Loại đầu tiên được ưa chuộng hơn vì nó cho phép tiếp xúc tốt hơn với hõm nách và tránh nguy cơ chèn ép mạch máu, thần kinh. Ngoài ra cung nách gây ảnh hưởng trong quá trình tái tạo với vạt da của cơ lưng rộng với nguy cơ chèn ép vào cuống vạt dưới và thiếu máu cục bộ. Tuy nhiên cắt bỏ cung nách gây nguy cơ tổn thương mạch, thần kinh, do mối quan hệ chặt chẽ của nó với thần kinh thuộc đám rối cánh tay và tĩnh mạch nách. Hiện nay chưa có một khuyến cáo cụ thể nào cho việc cắt bỏ hay bảo tồn cung nách, việc cắt bỏ cơ hay không phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như việc khó khăn khi bóc lộ các nhóm hạch ở nách.

4.4. Đặc điểm hình thái cung nách: Trong nghiên cứu này 100% cung nách được phát hiện là ở dạng cơ trong đó có 29 trường hợp là dạng đơn cơ gồm 1 dải cơ chính (93.5%) và 2 trường hợp là dạng cơ được hợp lại từ các bó cơ có điểm bám khác nhau (6.5%). Trong nghiên cứu của Takafuji (1991) phát hiện 5 cung nách trên 94 hõm nách của 47 tử thi dựa trên cách phân loại cung nách thành theo hình thái và thần kinh chi phối chia ra Cpa bao gồm bó cơ là loại I, và Cpa bao gồm cung gân là loại II thì các loại sau được tìm thấy trong nghiên cứu là: Loại IA, chỉ bao gồm Cpa do Npc cung cấp (n=2, 40%); ID loại bao gồm Cpa do Npc cung cấp và Lpa do Ntd cung cấp (n=1, 10%); Loại II Cpa dạng gân (n=2, 40%)⁸. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể là do hình dung tốt hơn về cấu trúc nách trên tử thi so với phẫu thuật trên lâm sàng. Trên lâm sàng quá trình vết hạch gây giằng xé các tổ chức vùng nách có thể vô tình làm đứt các Lpa hoặc cung nách ở dạng gân. Việc bóc tách cung nách đòi hỏi kinh nghiệm và kéo dài thêm thời gian cho phẫu thuật do đó có thể bỏ sót các trường hợp có cung nách dạng gân hoặc có Lpa đi kèm.

V. KẾT LUẬN

Cung nách là một biến thể quan trọng của giải phẫu của vùng nách có tần suất bắt gặp trong nghiên cứu là 11.9%. Liên quan đến việc các hạch bạch huyết bị cung nách che lấp có tỷ lệ là 96,8%. Chưa có khuyến cáo cụ thể cho việc cắt bỏ hay bảo tồn cung nách. Hình thái cung nách

bắt gặp trên lâm sàng là ở dạng bó cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Ramsay A.** Account of Unusual Conformations of Some Muscles and Vessels. *Edinb Med Surg J.* 1812;8(31):281-283.
3. **Loukas M, Noordeh N, Tubbs RS, Jordan R.** Variation of the axillary arch muscle with multiple insertions. *Singapore Med J.* 2009;50(2):e88-90.
4. **Kalaycioglu A, Gümüşalan Y, Ozan H.** Anomalous insertional slip of latissimus dorsi muscle: arcus axillaris. *Surg Radiol Anat SRA.* 1998;20(1):73-75. doi:10.1007/BF01628121
5. **Wagenseil F.** Muskelbefunde bei Chinesen. 4 Sonderheft (Verhandlungen der Gesellschaft für physische Anthropologie, Band 2). *Anthropol Anz.* 1927: 42 - 51.
6. **Testut L (1849 1925)** A du texte. Les Anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée, leur importance en anthropologie, par le Dr L. Testut,... Précédé d'une préface par M. le professeur Mathias Duval.; 1884. Accessed July 27, 2022. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6230258d>
7. **Bonilla Sepúlveda OA.** Arco axilar de Langer: serie de casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir.* 2021;36(2):268-274. doi:10.30944/20117582.646
8. **Takafuji T, Igarashi J, Kanbayashi T, et al.** [The muscular arch of the axilla and its nerve supply in Japanese adults]. *Kaibogaku Zasshi.* 1991;66(6):511-523.

CĂN NGUYÊN VI SINH VÀ KHÁNG KHÁNG SINH Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Nguyễn Văn Dũng², Phạm Thái Dũng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và kháng kháng sinh ở người bệnh viêm phổi thở máy tại khoa HSTC1 Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2022 nhằm mục tiêu xác định căn nguyên vi khuẩn và kháng kháng sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 86 bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy được lấy đờm buổi sáng làm xét nghiệm tìm căn nguyên vi sinh và làm kháng sinh đồ. **Kết quả cho thấy:** tuổi trung bình 62.6±18,7; tỷ lệ mắc viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) 20,5%; tác nhân hàng đầu là *A.baumannii* (32.38%) tiếp theo là *Staphylococcus.aureus* (19.05%); Có 15 trường hợp (14.29%) bệnh phẩm mọc 2 loại vi khuẩn. Tỷ lệ nhạy kháng sinh, *Staphylococcus.aureus* cao với Vancomycin (100%); *Klebsiella pneumoniae* cao nhất với Fosmicine (70.59%), Imipenem (64,71%); *P.Aeruginose* ở mức độ cao với Meropenem (50%); *E.coli* ở mức khá cao với cả Meropenem(75%), Imipenem(75%). Ngược lại tỷ lệ kháng kháng sinh của *A. baumannii* rất cao, cả Levofloxacin và Ciprofloxacin đều là 85.3%. **Kết luận:** Căn nguyên gây viêm phổi liên quan thở máy chủ yếu là *Acinetobacter baumannii* rồi đến *Staphylococcus.aureus*, tuy nhiên *Acinetobacter baumannii* nhạy cảm thấp với các loại kháng sinh (Meropenem là 29,4%) trong khi *Staphylococcus*

aureus còn nhạy hoàn toàn với Vancomycin.

Từ khóa: Vi sinh, Kháng kháng sinh, viêm phổi liên quan thở máy

SUMMARY

MICROBIAL ETIOLOGY AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA PATIENTS TREATED IN THE ICU

Objective: To determine the etiology of bacteria and antibiotic resistance in patients with ventilator-associated pneumonia (VAP) at the ICU1 Department of Thanh Hoa Provincial General Hospital in 2022. **Subjects and research methods:** A descriptive and prospective study etiology and antibiotic resistance of 86 ventilator-associated pneumonia patients. The patients were admitted to the hospital on ventilators after 48 hours of pneumonia, taking sputum samples in the morning for testing to find the microbial cause and making an antibiotic chart. **Results:** Average age was 62.6±18.7 years old; the rate of VAP (ventilator-associated pneumonia) is 20.5%; The leading causative agent of VAP is *A.baumannii* which accounts for 32.38%, *Staphylococcus.aureus* accounts for 19.05%; There were 15 cases where 1 specimen was cultured with 2 types of bacteria (14.29%); The antibiotic sensitivity rate of *Staphylococcus.aureus* is still high to antibiotics such as complete sensitivity to Vancomycin (100%); The antibiotic sensitivity rate of *Klebsiella pneumoniae* was highest to Fosmicine (70.59%), Imipenem (64.71%); The antibiotic sensitivity rate of *P.Aeruginose* is still as high as Meropenem (50%); The antibiotic sensitivity rate of *E.coli* is quite high to many antibiotics such as Meropenem (75%), Imipenem (75%); The antibiotic sensitivity rate of *A.baumannii* is very low while the

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: dzungdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022