

KẾT LUẬN

Tỉ lệ vôi hoá van động mạch chủ là 31,7%, trong đó tỉ lệ vôi nhẹ chiếm hầu hết (87,5%). Tỷ lệ vôi hóa van động mạch chủ tăng dần theo mức độ nặng của các giai đoạn bệnh thận mạn. Vôi hoá van động mạch chủ chưa gây hẹp hở van động mạch chủ một cách đáng kể. Nguy cơ vôi hóa van động mạch chủ tăng ở giai đoạn bệnh thận mạn nặng: ở đối tượng CKD giai đoạn V tỉ lệ vôi hoá van động mạch chủ cao gấp 22,32 lần (95%CI: 4,92-101,32) so với nhóm đối tượng giai đoạn I - II. Nguy cơ vôi hóa động mạch chủ cao hơn ở đối tượng có tích số Calciphospho tăng, nồng độ phospho và PTH máu tăng. Phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy có sự tương quan thuận giữa mức độ tăng PTH, phospho và tích số calci phospho với tình trạng vôi hoá van động mạch chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yousry, M.**, et al., Real-time imaging required for optimal echocardiographic assessment

of aortic valve calcification. Clinical physiology and functional imaging, 2012. 32(6): p. 470-475.

2. **Baglin A.**, 1977, Ann med Interne Paris.

3. **Rong, S.**, et al., Risk factors for heart valve calcification in chronic kidney disease. Medicine, 2018. 97(5).

4. **Mahe E.R., Young G., Smyth-Walsh B.** et al. (1987). Aortic and mitral valve calcification in patients with end-stage renal disease. Lancet (London, England), 2(8564), 875–877.

5. **Lidia Martinez Fernández** et al, (Risk factors associated with valvular calcification in patients with chronic kidney disease. Analysis of NEFRONA study:Nefrologia. (2021); 41(3): (337-346).

6. **Robyn L. McClelland**, Ten-Year Coronary Heart Disease Risk Prediction Using Coronary Artery Calcium and Traditional Risk Factors: Derivation in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis with Validation in the Heinz Nixdorf Recall Study and the Dallas Heart Study, JACC; Volume 66, Issue 15, 13 October 2015, Pages 1643-1653.

NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP NHIỄM TRÙNG LAN TỎA DO NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA

NGUYỄN HỮU TRÍ - *Bệnh viện Phổi Trung ương*

TÓM TẮT

Báo cáo 2 trường hợp, bệnh nhân 55 tuổi và 65 tuổi không có tiền sử suy giảm miễn dịch, đều có tổn thương nhiễm trùng, xét nghiệm máu số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh cho vi khuẩn thông thường, tuy nhiên bệnh không thuyên giảm, nhiễm trùng lan tỏa. Bệnh nhân đã được xác định căn nguyên vi khuẩn Mycobacteria ngoài lao và được điều trị theo phác đồ, tiến triển tốt và khỏi bệnh.

Từ khóa: Vi khuẩn Mycobacteria.

SUMMARY

Two case reports, 55-year-old and 65-year-old patients with no history of immunodeficiency, both having infectious lesions, high white blood cell counts and high neutrophil count. The patients were treated by antibiotics for common bacteria, yet symptoms did not subside and infections were widespread. The patients were diagnosed with nontuberculous mycobacteria (NTM), and were adjusted to the new treatment protocol, then recovered well.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hữu Trí

Email: tribvl@yahoo.com

Ngày nhận: 13/8/2021

Ngày phản biện: 10/9/2021

Ngày duyệt bài: 28/9/2021

Keywords: Nontuberculous mycobacteria.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Mycobacteria* ngoài lao (nontuberculous mycobacteria: NTM) là tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội, đến nay đã phân lập được khoảng 200 loài. NTM không lây truyền trực tiếp từ người sang người, mà lây nhiễm từ ngoài môi trường. Nhiễm trùng do NTM có xu hướng ngày càng tăng, hay gặp ở người có hệ thống miễn dịch suy giảm hoặc bất thường về đáp ứng miễn dịch tế bào, đôi khi gặp ở người không có bằng chứng bất thường về hệ miễn dịch. NTM gây bệnh tại phổi chiếm khoảng 80% và ngoài phổi khoảng 20%. Nhiễm trùng ngoài phổi hay gặp các tổn thương ở da, mô mềm, hạch, cơ, xương, khớp, bao gân và nhiễm trùng lan tỏa^[1]. Bệnh thường tiến triển mạn tính với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không đặc hiệu do vậy việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Xét nghiệm nuôi cấy NTM khó do cần môi trường, điều kiện nuôi cấy đặc biệt, có thể có kết quả dương tính giả do nhiễm NTM từ ngoài, xét nghiệm mô bệnh học không điển hình. Việc điều trị cũng gặp khó khăn do phải phối hợp nhiều thuốc, thời gian điều trị kéo dài, nhiều tác dụng phụ do thuốc, nguy cơ tử vong cao ở những bệnh nhân nhiễm trùng lan tỏa^[2].

Xin báo cáo 2 trường hợp nhiễm NTM sau đây với chẩn đoán và điều trị khó.

CA BỆNH

Ca bệnh 1: Bệnh nhân nam 55 tuổi, làm nghề giết mổ động vật, có tiền sử điều trị lao phổi năm 2000 và không mắc các bệnh mãn tính khác. Tháng 11/2017, bệnh nhân xuất hiện sưng đau khớp cổ chân phải, được chẩn đoán viêm mủ khớp cổ chân phải, đã được mổ dẫn lưu mủ và điều trị kháng sinh, sau 4 tháng vết mổ không liền, vẫn rỉ dịch vàng, đồng thời xuất hiện viêm xương ức, kèm xuất hiện hạch vùng cổ 2 bên, đã được phẫu thuật nạo viêm xương ức và xét nghiệm cho thấy có tổn thương viêm hoại tử, nhưng nuôi cấy không phát hiện được tác nhân gây bệnh. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, sau 1 tháng vết mổ xương ức không liền, xuất hiện thêm tổn thương ở khớp khuỷu tay phải và sưng sọ vùng trán 2 bên. Bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Phổi Trung ương trong tình trạng không sốt, vết mổ cổ chân phải và xương ức không liền, rỉ dịch vàng, bạch cầu 17,4G/l, bạch cầu trung tính 70%, CRP 37,8mg/l và được điều trị bằng Vancomycin và Meronem. Khi sinh thiết tổn thương xương sọ vùng trán, xét nghiệm mô bệnh học có viêm hạt hoại tử hướng đến căn nguyên lao, nuôi cấy chưa phát hiện được tác nhân vi sinh vật, bệnh nhân được điều trị theo phác đồ lao 2RHZE/10RHE. Sau 7 ngày điều trị thuốc lao, bệnh nhân xuất hiện sốt cao, nghĩ tới sốt do thuốc lao nên đã dừng thuốc lao ở ngày thứ mười. Sau 1 ngày dừng thuốc bệnh nhân hết sốt, bạch cầu 18,2G/l, trung tính 70%, CRP 33mg/l, vết mổ vùng cổ chân phải, xương ức, xương sọ vùng trán vẫn rỉ dịch vàng. Sau 1 tháng nuôi cấy BACTEC bệnh phẩm sinh thiết xương sọ và dịch viêm bằng đều xác định được NTM là *Mycobacterium intracellulare*. Bệnh nhân được điều trị bằng bốn loại thuốc kết hợp: Ethambutol, Rifampicin, Clarithromycin và Amikacin. Sau điều trị 1 tuần vết mổ giảm tiết dịch và sau 7 tuần các vết mổ liền sẹo, bạch cầu 12,1 G/l, trung tính 69%; CRP 23mg/l. Bệnh nhân tiếp tục điều trị theo phác đồ, trong quá trình điều trị bệnh nhân không gặp biến cố bất lợi. Sau 12 tháng điều trị các vết ổ liền, không sưng đau, xét nghiệm máu bạch cầu 7,6G/l, trung tính 65%, CRP 8mg/l. Chẩn đoán kết thúc điều trị: nhiễm trùng lan tỏa do *Mycobacterium intracellulare* đã được điều trị khỏi.

Ca bệnh 2: Bệnh nhân nam 65 tuổi, làm nghề thợ xây, bệnh nhân ăn chay đã 25 năm, không mắc các bệnh mãn tính. Khoảng tháng 10/2020 bệnh nhân xuất hiện ho khan, tức ngực và có

khối mềm sưng nề, ấn đau tại thành ngực vùng khoang liên sườn V bên ngực phải, tự mua thuốc uống, bệnh không đỡ. Bệnh nhân đến bệnh viện tỉnh được làm xét nghiệm và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, được chẩn đoán viêm phần mềm vùng ngực, tràn dịch màng phổi theo dõi do lao, tiếp tục chuyển đến Bệnh viện Phổi Trung ương trong tình trạng ho khan, sưng đau thành ngực phải vùng khoang liên sườn V với kích thước 4x5cm, không sốt, không khó thở, xét nghiệm máu bạch cầu 20,6 G/l, trung tính 76% CRP 75mg/l và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực màng phổi phải có dịch vỏ dày. Bệnh nhân được chẩn đoán ổ cận màng phổi, viêm phần mềm thành ngực, được điều trị bằng kháng sinh và được phẫu thuật bóc vỏ ổ cận màng phổi, được xét nghiệm mô bệnh học có viêm hoại tử hướng lao, xét nghiệm nuôi cấy BACTEC chưa có kết quả. Bệnh đã được chẩn đoán lao màng phổi-phần mềm thành ngực, chỉ định điều trị phác đồ 2RHZE/4RHE, sau 10 ngày vết mổ khô, xét nghiệm máu bạch cầu 14,8G/l, trung tính 70%, CRP 24,8mg/l, chuyển bệnh nhân về tuyến dưới điều trị. Trong quá trình điều trị bệnh nhân mệt mỏi, nôn nhiều, các tổn thương ổn định nên đã tự bỏ thuốc sau 40 ngày điều trị. Sau khi dừng thuốc bệnh nhân hết nôn, đỡ mệt mỏi, ăn uống được, tăng cân, tổn thương thành ngực hết, không sưng đau. Sau bỏ điều trị khoảng 6 tháng, bệnh nhân thấy người mệt mỏi, ăn uống kém, kèm theo những mụn mủ tại da vùng cổ, mặt và vùng sau lưng, sưng đau khớp vai phải, khuỷu tay phải. Bệnh nhân đến nhập viện trong tình trạng sốt 38 - 38,5^oC, nhiều ổ mủ trên da, sưng đau khớp vai phải, khớp khuỷu tay phải, hạch cổ 2 bên mềm và di động tốt. Bạch cầu 26,4G/l, trung tính 90%, CRP 149,5mg/l. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy khớp vai, phần mềm quanh khớp vai có tỷ trọng không đồng nhất, khớp cùng đòn bên phải có ổ abscess kích thước 2x3 cm, siêu âm có dịch màng phổi trái, dịch màng phổi có số lượng bạch cầu 13,4G/l, trung tính 90%, sinh thiết tổn thương dưới da nuôi cấy. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp vai, viêm da, viêm mủ màng phổi, theo dõi nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu và được điều trị bằng vancomycin và meropenem, được dẫn lưu màng phổi và mổ nạo ổ abscess khớp cùng đòn bên phải. Sau 10 ngày điều trị, bệnh nhân vẫn sốt cao liên tục 39-39,5^oC, vết mổ ra nhiều dịch vàng, dịch màng phổi không giảm, tổn thương da không thay đổi. Xét nghiệm mô bệnh viêm hạt hoại tử, nuôi cấy thông thường không phát hiện được vi sinh vật, bạch cầu 25,8G/l, trung tính 90%, CRP 126,3mg/l. Chuyển kháng sinh

Ciprofloxacin kết hợp Amikacin, sau 10 ngày bệnh nhân có giảm sốt, BC 22,6G/l, trung tính 87%, CRP 114mg/l. Tiếp tục điều trị sau khoảng 10 ngày tiếp theo bệnh nhân vẫn còn sốt 38-38,5°C, tổn thương da, vết mổ rỉ dịch, màng phổi còn dịch. Kết quả nuôi cấy BACTEC của 2 mẫu bệnh phẩm mảnh sinh thiết tổn thương dưới da và dịch màng phổi có kết quả nuôi cấy dương tính với NTM. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng lan tỏa do NTM và chỉ định điều trị Ethambutol, Rifampicin, Clarithromycin và Amikacin. Sau 3 ngày điều trị bệnh nhân giảm sốt, sau 10 ngày bệnh nhân hết sốt, hết dịch màng phổi, các tổn thương da và vết mổ giảm tiết dịch, xét nghiệm máu bạch cầu 16,8G/l, trung tính 78%, CRP 76 mg/l, bệnh nhân được tiếp tục điều trị đủ 2 tháng. Bệnh nhân không sốt, không ho, không tức ngực, không sưng đau vùng khớp vai, hết dịch màng phổi, các tổn thương trên da và vết mổ liền da, bạch cầu máu 12,6G/l, trung tính 70%, tiếp tục dùng các thuốc uống theo phác đồ đến hết thời gian điều trị.

BÀN LUẬN

NTM là tác nhân khá dễ lây nhiễm, tồn tại trong môi trường đất, nước và phân bố rộng rãi trên toàn toàn thế giới. Hiện nay đã phân lập được khoảng 200 loài, được chia làm 2 nhóm chính, nhóm phát triển nhanh (Rapid Grow Micobacteria - RGM) phát hiện trong khoảng 7 ngày nuôi cấy và nhóm phát triển chậm (Slowly Grow Micobacteria - SGM) phát hiện sau 7 ngày nuôi cấy. Nhiễm trùng tại phổi thường gặp ở người có bệnh phổi mãn tính trước đó, với các tổn thương ngoài phổi thường liên quan đến các nghề nghiệp có tiếp xúc với đất, nguồn nước ô nhiễm, các biến chứng của các thủ thuật xâm nhập, do tiêm, châm cứu, xăm hình mà nguồn nước sử dụng hoặc dụng cụ bị nhiễm NTM. Các tổn thương ngoài phổi hay gặp là tổn thương da và tổ chức dưới da, biểu hiện bằng các ổ abscess hoặc tổn thương viêm loét tại một vị trí hoặc nhiều vị trí. Nhiễm trùng cơ xương gây tổn thương gân, bao gân, khớp, xương, có thể tổn thương cột sống. Tổn thương bao gân hay tổn thương ở cổ tay và bàn tay, hay gây tổn thương ở các khớp giả. Tổn thương hạch do NTM giống như hạch viêm lao, hay gặp ở các hạch vùng đầu mặt cổ. Thể nặng nhất của nhiễm trùng do NTM là thể nhiễm trùng lan tỏa^[3]. Chẩn đoán xác định dựa trên đặc điểm lâm sàng, loại trừ các bệnh nhiễm trùng khác và nuôi cấy mảnh sinh thiết vị trí tổn thương có NTM. Điều trị cần dựa trên loài NTM và kháng sinh đồ để lựa chọn các thuốc điều trị phù hợp. Nhiễm trùng lan tỏa do NTM, cần phối hợp các thuốc điều trị, trong

đó có thuốc tiêm trong giai đoạn đầu và duy trì bằng thuốc uống trong giai đoạn tiếp theo, thời gian điều trị kéo dài từ 6 – 12 tháng^[4].

Hai ca bệnh nhiễm trùng lan tỏa do NTM được nhập viện và điều trị, chúng tôi có một số bàn luận sau:

- Cả hai bệnh nhân đều không có tiền sử liên quan đến tình trạng suy giảm miễn dịch như: không có bệnh mãn tính, không nhiễm HIV, không dùng corticoid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch, tuy nhiên theo một số báo cáo bệnh vẫn có thể gặp ở các bệnh nhân không có tình trạng suy giảm miễn dịch hoặc bệnh nhân có đáp ứng miễn dịch tế bào không bình thường^[4].

- Nghề nghiệp của 2 người bệnh đều thuộc nhóm nguy cơ cao phơi nhiễm với NTM vì cả hai bệnh nhân thường xuyên phải tiếp xúc với nước, đất, cát và trong quá trình lao động rủi ro bị tổn thương da rất cao vì vậy khả năng phơi nhiễm với NTM là rất cao.

- Biểu hiện lâm sàng cả hai bệnh nhân đều từ tổn thương từ một vị trí ban đầu được điều trị bằng kháng sinh nhưng chưa được điều trị đặc hiệu với nhiễm trùng do NTM, các nhiễm trùng lan tỏa sang các cơ quan khác hoặc vị trí khác, biểu hiện bằng các ổ abscess da, tổ chức dưới da hoặc các tổn thương viêm xương, khớp..., thường tiến triển mãn tính, không đáp ứng điều trị với các kháng sinh thông thường hoặc đơn trị liệu, đến khi bùng phát tại nhiều vị trí thường có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng nặng, biểu hiện bằng sốt cao, số lượng bạch cầu cao, CRP tăng cao.

- Xét nghiệm mô bệnh vùng tổn thương: viêm hạt hoại tử (ngghi ngờ do lao).

- Nuôi cấy thông thường không phát hiện được vi khuẩn hay vi nấm, nuôi cấy BACTEC từ mảnh sinh thiết, dịch tổn thương xác định được NTM.

- Chẩn đoán bệnh thường muộn do nuôi cấy phân lập NTM chưa phổ biến, cũng như chưa định hướng tác nhân từ ban đầu. Chẩn đoán xác định dựa trên: yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng thường tổn thương nhiều vị trí hoặc nhiều cơ quan, bằng chứng nuôi cấy bệnh phẩm có NTM, đặc biệt từ mảnh sinh thiết ở các vị trí tổn thương và loại trừ căn nguyên do vi khuẩn khác^[1].

- Phác đồ điều trị: Thuốc uống Ethambutol, Rifampicin, Clarithromycin và Amikacin truyền tĩnh mạch trong 2 tháng đầu và điều trị 10 tháng tiếp theo bằng 3 loại thuốc uống. Lựa chọn phác đồ điều trị được dựa các hướng dẫn điều trị NTM^[1] căn cứ vào định danh và kháng sinh đồ,

kết hợp với kinh nghiệm điều trị các ca bệnh NTM khác.

KẾT LUẬN

Nhiễm trùng lan tỏa do NTM là một thể nhiễm trùng nặng, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu, nuôi cấy phát hiện NTM là kỹ thuật khó, do vậy bệnh nhân không được chẩn đoán đúng hoặc chậm trễ trong chẩn đoán, dẫn đến việc điều trị muộn cho bệnh nhân. Việc định hướng đến nhiễm trùng lan tỏa do NTM nên dựa vào các yếu tố như nghề nghiệp, tổn thương da, phần mềm trước đó, biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng dai dẳng, điều trị kháng sinh ít đáp ứng và có thể từ một tổn thương ban đầu thể tiến triển lan tỏa sang các vị trí khác. Nhiễm trùng lan tỏa do NTM là một nhiễm trùng nặng và phức tạp, nên kết hợp thuốc tiêm và thuốc uống trong thời gian 2 tháng đầu và duy trì thuốc uống trong 10 tháng tiếp theo. Trong những trường hợp cần thiết có thể kéo dài thời gian điều trị lên đến trên 12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, et al. An Official ATS/IDSA Statement: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Nontuberculous Mycobacterial Diseases. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(4):367-416. doi:10.1164/rccm.200604-571ST
2. Lai C-C, Lee L-N, Ding L-W, Yu C-J, Hsueh P-R, Yang P-C. Emergence of disseminated infections due to nontuberculous mycobacteria in non-HIV-infected patients, including immunocompetent and immunocompromised patients in a university hospital in Taiwan. *J Infect*. 2006;53(2):77-84. doi:10.1016/j.jinf.2005.10.009
3. Wi YM. Treatment of Extrapulmonary Nontuberculous Mycobacterial Diseases. *Infect Chemother*. 2019;51(3):245-255. doi:10.3947/ic.2019.51.3.245
4. Piersimoni C, Scarparo C. Extrapulmonary Infections Associated with Nontuberculous Mycobacteria in Immunocompetent Persons. *Emerg Infect Dis*. 2009;15(9): 1351-1358. doi:10.3201/eid1509.081259.

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

TRINH HỒNG NAM¹, LÊ TUẤN LINH²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

²Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh và Can thiệp Điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT đa dây của xuất huyết tiêu hóa và đánh giá giá trị của CLVT đa dây trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu trên 31 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên lâm sàng và nội soi, chưa xác định được nguyên nhân; được chụp CLVT đa dây và được chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) hoặc được phẫu thuật chẩn đoán và điều trị XHTH.

Kết quả: Chẩn đoán tình trạng XHTH: Độ nhạy và độ chính xác = 90,3%; Độ đặc hiệu chưa xác định. Chẩn đoán vị trí XHTH: Độ nhạy = 75% (21/28); Độ đặc hiệu = 96,8% (153/158);

Độ chính xác = 93,5% (174/186); Giá trị chẩn đoán dương tính = 80,8% (21/26); Giá trị chẩn đoán âm tính = 95,6% (153/160). Tỷ lệ dương tính giả xuất hiện nhiều nhất ở đoạn tá tràng (2/3), trong khi đó tỷ lệ âm tính giả xuất hiện nhiều nhất ở đoạn ruột non (6/13).

Kết luận: MSCT là phương tiện chẩn đoán vị trí và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa một cách hiệu quả và có độ chính xác cao với độ nhạy lên tới 90,3%.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính đa dây, MSCT, xuất huyết tiêu hóa.

SUMMARY

VALUE OF MULTISLIDE COMPUTER TOMOGRAPHY SCAN IN DIAGNOSING GASTROINTESTINAL BLEEDING

Objectives: Describe the multislide computer tomography imaging characteristics of gastrointestinal bleeding and evaluate the value of MSCT in diagnosing gastrointestinal bleeding.

Subjects and methods: A retrospective cohort study on 31 patients at Bach Mai Hospital, Hanoi Medical University Hospital diagnosed with

Chịu trách nhiệm: Trinh Hồng Nam

Email: drtrinhhongnam@gmail.com

Ngày nhận: 10/8/2021

Ngày phản biện: 15/9/2021

Ngày duyệt bài: 27/9/2021