

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chương trình Phòng chống tác hại của thuốc lá Quốc gia (2015). Điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) Việt Nam năm 2015, Bộ Y tế, Hà Nội, 1 - 2.

2. **Vũ Thị Kim Ngân** (2017). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến ý định bỏ hút thuốc lá ở nam giới trên 18 tuổi tại huyện Thanh Trì - Hà Nội năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, 105 tr.

3. **Phan Văn Sang, Võ Thị Thu Hiền, Lê Văn Trung Sơn, cs.** (2021). Ý định bỏ thuốc lá và một số yếu tố liên quan ở nam trưởng thành đang hút thuốc tại xã Thủy Vân, thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học Dự phòng, tập 31 (số 2), 89.

4. **Buczowski K., Marcinowicz L., Czachowski S., et al.** (2014). "Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers". Patient preference and adherence, 8, 1353 - 1363.

5. **Prochaska J. O, Velicer W. F** (1997). "The transtheoretical model of health behavior change". Am J Health Promot, 12 (1), 38 - 48.

6. World Health Organization (2013). Part III: Training for primary care providers: Brief tobacco interventions. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care, Building capacity for tobacco control: Training package. Building national capacity - publications and reports, Tobacco Free Initiative (TFI).

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG NẤM PHỔI

LÊ XUÂN HÀ¹,
NGUYỄN THẾ ANH¹, TRẦN THỊ HÀ THU²
¹Bệnh viện Hữu Nghị
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Giới thiệu: Nấm phổi là bệnh lý đường hô hấp hiếm gặp ở người có sức khỏe bình thường, không có suy giảm miễn dịch, đặc biệt nguyên nhân do nấm Cryptococcus. Nấm phổi không khó chẩn đoán nếu bác sĩ lâm sàng nghĩ tới.

Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân nữ 58 tuổi tiền sử: cơ địa dị ứng, thường xuyên điều trị bằng thuốc chống dị ứng dạng uống và hít. Vào viện vì ho, sốt, có khối u phổi phải. Đã được phẫu thuật 2 lần với chẩn đoán theo dõi tổn thương ác tính ở phổi. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ lần 2: tổn thương u nấm do Cryptococcus.

Bàn luận: Bệnh Cryptococcus lan tỏa ở những Bệnh nhân không suy giảm miễn dịch là không phổ biến, thường không điển hình và thường được chẩn đoán muộn. Việc xét nghiệm tìm Cryptococcus cũng nên được thực hiện ở những Bệnh nhân có chẩn đoán về một khối u trước khi được điều trị.

SUMMARY

Introduction: Pulmonary fungus is a respiratory disease that rarely occurs in people in normal health condition, without immunocompromised,

Chịu trách nhiệm: Lê Xuân Hà
Email: bslexuanha@gmail.com
Ngày nhận: 10/8/2021
Ngày phản biện: 17/9/2021
Ngày duyệt bài: 08/10/2021

especially caused by Cryptococcus. Pulmonary fungus is not difficult to diagnose in case clinicians suspects.

Case: A 58-year-old female patient having a history of atopic allergy, is regularly treated with oral and inhaled anti-allergic drugs. The patient was hospitalized with cough, fever, tumor in the right lung. She had surgery twice with a follow-up diagnosis of malignant lung. Pathological results after the 2nd surgery: fungal lesions were caused by Cryptococcus.

Discussion: Diffuse cryptococcal disease in non-immunocompromised patients is uncommon, often atypical, and often diagnosed late. Testing for Cryptococcus should also be performed in patients with a diagnosis of a tumor prior to treatment.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Thông tin của Bệnh nhân

1. Bệnh nhân nữ, 58 tuổi
2. Địa chỉ: Lai Châu
3. Ngày vào viện: 28/02/2020
4. Lý do vào viện: Ho, sốt.
5. Tiền sử

- Bản thân: Tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid điều trị thường xuyên, viêm gan B điều trị Baraclude 0,5mg/ngày, viêm xoang mạn. Dị ứng các loại hoa có mùi đậm, dị ứng phấn hoa, thường xuyên điều trị thuốc chống dị ứng uống và hít. Tháng 7/2019 điều trị nội trú tại Bệnh viện

với chẩn đoán: viêm xoang cấp; chụp CLVT lồng ngực thấy xẹp nhẹ dạng dài đáy phổi phải, nốt mờ tỷ trọng thấp 9 mm đáy phổi phải theo dõi do viêm.

- Gia đình: Bố đẻ bị vảy nến.

6. Bệnh sử

Cách vào viện 1 tháng Bệnh nhân ho có đờm, sốt, điều trị kháng sinh có đỡ; 1 tuần trước vào viện Bệnh nhân thấy người mệt mỏi, cảm giác có những cơn bùng mặt lan lên đầu, đo huyết áp lên 170/80 mmHg, không rõ sốt, ăn ngủ bình thường, đại tiểu tiện bình thường, vào viện.

7. Xét nghiệm

- Công thức máu: Bình thường

- Sinh hóa máu: CRP 1.7; marker ung thư bình thường

- HIV âm tính, HbsAg/ HCV Ab: âm tính

- Cắt lớp vi tính (CLVT) ngực (28/2/2020): có hình ảnh viêm phổi, cần loại trừ do Covid-19 (Bệnh nhân có yếu tố dịch tễ: tham gia phòng chống dịch tại vùng biên giới Trung Quốc).

- Cây đờm: Âm tính

- NS dạ dày-đại tràng: Không thấy u

- X-quang + siêu âm tuyến vú, siêu âm tuyến giáp: không thấy u

- MRI sọ có thuốc: Bình thường

- Xét nghiệm PCR Covid-19: Âm tính

8. Chẩn đoán và quá trình theo dõi điều trị

- Chẩn đoán: Viêm phổi không điển hình, chưa loại trừ tổn thương ác tính phổi phải/Viêm xoang mạn, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, viêm gan B, cơ địa dị ứng.

- Điều trị: Cefoperazone 2g x 2 lọ/ngày x 10 ngày, kháng histamin, điều trị bệnh phổi hợp.

- Lâm sàng: Thi thoảng còn ho đờm, không rõ sốt.

- CLVT 256 toàn thân (01/6/2020): Nốt đặc hạ phân thùy VIII thùy dưới phổi phải, kích thước 9x10 mm, thể tích khoảng 619 mm³.

Xơ hóa kính mờ dạng tổn thương kẽ lan tỏa dưới màng phổi, chủ yếu đáy phổi.

- PET/CT (15/6/2020): Nốt mờ thùy dưới phổi phải 11x10 mm, hấp thu FDG nhẹ, maxSUV 1,49.

Hình ảnh hạch dạng viêm góc hàm trái 15x9mm, tăng hấp thu FDG, maxSUV 2,53.

- Bệnh nhân đã được sinh thiết xuyên thành ngực u phổi phải. Giải phẫu bệnh: Nghi ngờ ung thư biểu mô tuyến tại chỗ (Adenocarcinoma in Situ).

- Điều trị: Phẫu thuật nội soi cắt phân thùy 8 phổi phải. Giải phẫu bệnh và Hóa mô miễn dịch sau mổ: u tuyến tuyến nhầy lành tính (Mucous Gland Adenoma).

- CLVT ngực (21/12/20): Hình ảnh xẹp phổi dạng chêm và viêm dày tổ chức kẽ thùy giữa phổi phải (sau điều trị). Dịch màng phổi phải 34 mm.

- Chẩn đoán sau mổ: u phổi phải đã phẫu thuật/Viêm xoang mạn, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, viêm gan B, cơ địa dị ứng.

9. Kết quả khám lâm sàng cơ năng, thực thể sau mổ

- Không phát hiện gì đặc biệt, hạch ngoại vi không sờ thấy.

10. Kết quả cận lâm sàng sau mổ

- Xét nghiệm máu:

+ Huyết học: bình thường

+ Sinh hóa: Cyfra 21-1 tăng nhẹ 6,15 µg/ml (bình thường < 3,3)

- CLVT 256 toàn thân (14/4/2021): Xuất hiện mới sau mổ nốt mờ đơn độc phân thùy đáy thùy trên phổi phải có đặc điểm hình ảnh: đường kính trung bình 8,2mm; thể tích 145mm³, cùng đặc điểm với nốt mờ đã được phẫu thuật.

11. Chẩn đoán và điều trị tiếp theo

- Chẩn đoán: U phổi phải đã phẫu thuật cắt phân thùy phổi theo dõi tái phát/Viêm xoang mạn, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, viêm gan B, cơ địa dị ứng.

- Điều trị: Phẫu thuật nội soi lấy u.

- Giải phẫu bệnh sau mổ: U nấm phổi, nguyên nhân do Cryptococcus.

- Điều trị tiếp: Fluconazole 400 mg/ngày trong 6 tháng.

BÀN LUẬN

Trường hợp một nữ bệnh nhân 58 tuổi nhập viện với tiền sử ho, sốt và chóng mặt trong vòng 1,5 tháng. Trong thời gian nhập viện, hình ảnh chụp X-quang ngực cho thấy có nốt đặc hạ phân thùy VIII thùy dưới phổi phải. Bệnh nhân đã được sinh thiết xuyên thành ngực u phổi phải. Giải phẫu bệnh: nghi ngờ ung thư biểu mô tuyến tại chỗ (Adenocarcinoma in Situ). Điều trị phẫu thuật nội soi cắt phân thùy VIII phổi phải. Giải phẫu bệnh và Hóa mô miễn dịch sau mổ: u tuyến tuyến nhầy lành tính (Mucous Gland Adenoma). Sau phẫu thuật xuất hiện tổn thương mới, nốt mờ đơn độc phân thùy đáy thùy trên phổi phải có đặc điểm hình ảnh: đường kính 8,2mm; cùng đặc điểm với nốt mờ đã được phẫu thuật.

Mặc dù không có các đặc điểm suy giảm miễn dịch cổ điển, BN được điều trị Fluconazole sau khi kết quả mô bệnh học sau mổ trả lời tổn thương phổi do Cryptococcus. Trường hợp đặc biệt này cho thấy có điểm nhấn mạnh nghi ngờ về nhiễm trùng không điển hình, và trong những trường hợp tương tự, điều đặc biệt quan trọng là phải xem xét nhiễm nấm ở những bệnh nhân

khỏe mạnh. Mặc dù, *Cryptococcus* spp chủ yếu được báo cáo ở những Bệnh nhân có khối u ác tính về huyết học và suy giảm miễn dịch, việc xét nghiệm tìm *Cryptococcus* cũng nên được thực hiện ở những Bệnh nhân có chẩn đoán về một khối u trước khi được điều trị.

Đường hô hấp đóng vai trò là cổng xâm nhập chính của *Cryptococcus* spp. Trong trường hợp này, nấm có thể không hoạt động trong phổi nhiều năm sau khi hít phải, và sự tái hoạt của nấm sẽ xảy ra khi khả năng miễn dịch tại chỗ bị ức chế. Bệnh nấm phổi thường không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ và có xu hướng tự khỏi. Tuy nhiên, ở người bệnh suy giảm miễn dịch, bệnh nấm phổi thường có triệu chứng và có thể nhanh chóng tiến triển thành hội chứng suy hô hấp cấp tính. Sau khi nhiễm *Cryptococcus* ở phổi, nhiễm trùng có thể lan đến hệ thần kinh trung ương dẫn đến viêm màng não, viêm não và nhiễm trùng lan tỏa. Bệnh *Cryptococcus* lan tỏa ở những bệnh nhân không đủ miễn dịch là không phổ biến, thường không điển hình và thường được chẩn đoán muộn.

Cryptococcosis là một bệnh nhiễm nấm cơ hội, gây bệnh chủ yếu ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch. Ở đây chúng tôi trình bày một trường hợp ngoại lệ của bệnh nhiễm trùng do *Cryptococcus* phổi ở một bệnh nhân không có yếu tố suy giảm miễn dịch rõ ràng tại thời điểm nhập viện. Chẩn đoán nhiễm trùng phổi liên quan đến sự kết hợp của hình ảnh X-quang ngực, đờm hoặc cấy nấm, sàng lọc kháng nguyên nấm *Cryptococcus* huyết thanh và mô học. Trong trường hợp này, bệnh nhân có những thay đổi trên X-quang và CLVT ngực dạng nốt, được nghĩ đến một bệnh lý ác tính, nhưng chỉ được chẩn đoán *Cryptococcus* dựa vào kết quả mô bệnh học.

Các biểu hiện X-quang của bệnh nhiễm trùng do Cryptococcosis có thể không điển hình ở những Bệnh nhân còn khả năng miễn dịch, đôi khi giống như ung thư phổi hoặc di căn phổi^[1]. Trong một nghiên cứu của Song và các đồng nghiệp, trong số 23 bệnh nhân âm tính với HIV bị nhiễm trùng do *Cryptococcus* ở phổi, 9 người được chẩn đoán mắc bệnh lao và 6 người bị ung thư phổi di căn. Các biểu hiện X-quang phổ biến nhất của bệnh nhiễm *Cryptococcus* ở phổi là các nốt không vôi hóa đơn lẻ hoặc nhiều nốt, và thâm nhiễm phổi, mặc dù cũng có thể xảy ra hiện tượng hợp nhất, dạng lưới và các vết đục dạng thùy. Các đặc điểm liên quan cũng có thể bao gồm tạo khoang, nổi hạch và tràn dịch màng phổi, thường thấy ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Trong trường hợp hiện tại, tổn dạng nốt đã

được quan sát thấy trong chụp CLVT lồng ngực. Tình trạng không cải thiện mặc dù điều trị bằng kháng sinh. Trong các trường hợp phát hiện X-quang không điển hình gợi ý bệnh lý ác tính hoặc viêm phổi, nên tìm nguyên nhân viêm phổi không điển hình ngay cả trong những trường hợp có nhiều nghi ngờ về bệnh lý ác tính^{[1],[2]}.

MỘT SỐ KIẾN THỨC VỀ NẤM PHỔI

1. Đại cương

Nấm là loài ký sinh, trong cơ thể người, nấm chỉ tồn tại và phát triển được trong điều kiện nhất định. Chúng được coi là loài ký sinh cơ hội, gây bệnh khi cơ thể có những điều kiện thuận lợi như dùng nhiều kháng sinh, dùng corticoid kéo dài làm rối loạn cân bằng giữa vi khuẩn với nấm, hoặc cơ thể bị suy giảm miễn dịch như trong bệnh cảnh HIV/AIDS, lao, ghép tạng, bệnh lý cơ quan tạo máu...

1.1. Dịch tễ học

Trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh phổi do nấm *Aspergillus* là 14,6 triệu ca/năm, tỷ lệ tử vong là 1,6 triệu ca/năm (tương đương số tử vong do Lao, gấp 3 lần tử vong do sốt rét). Rất nhiều quốc gia không đủ nguồn lực để chẩn đoán và điều trị những ca bệnh này. Người có hệ miễn dịch tốt sẽ thải loại được loại nấm này, nhưng với những người suy giảm hệ miễn dịch, khi nấm *Aspergillus* xâm nhập sẽ phát triển gây bệnh. Bệnh nấm phổi do *Candida* và *Cryptococcus* là bệnh ít gặp và không có nhiều những báo cáo trên thế giới cũng như tại Việt Nam^[3].

Hiện Việt Nam chưa có báo cáo số liệu cụ thể về bệnh nấm phổi do *Aspergillus* và bệnh nấm phổi nói chung. Tuy nhiên theo ước tính, Việt Nam đứng đầu về số ca mắc nấm phổi xâm lấn với trên 14.500 ca/năm. Việt Nam cũng là nước có gánh nặng nấm mạn tính thứ 5 trên thế giới với trên 55.500 ca. Tỷ lệ bệnh nấm phổi chỉ chiếm 0,02% các bệnh phổi, tuy nhiên khi bị nấm phổi không phát hiện và điều trị kịp thời, khả năng tử vong có thể lên tới 50-70%^{[3],[4]}.

1.2. Đặc điểm nấm phổi

Ước tính có khoảng 1,5 triệu loài nấm, nhưng chỉ một số ít gây bệnh cho người, nấm có thể gây bệnh ở nhiều cơ quan, mỗi cơ quan có một chủng nấm đặc trưng. Ba loại nấm hay gây bệnh ở đường hô hấp là: *Aspergillus*, *Candida* và *Cryptococcus*. Ngoài ra có các các loại nấm khác như: nấm *Histoplasma*, *Zygomycetes*, *Fusarium* spp...^{[4],[5]}. Ví dụ: Nấm *Aspergillus* thường gây bệnh ở cơ quan hô hấp; nấm *Candida* thường gây bệnh ở da và hốc tự nhiên, lây truyền qua da vào máu, vào phổi; nấm *Cryptococcosis* thường gây bệnh trên cơ thể có suy giảm miễn dịch mắc phải... Những vi nấm có

hại cho sức khỏe con người có thể biểu hiện dưới nhiều hình thái khác nhau và được tập hợp trong một nhóm gọi là nhóm nấm phổi.

2. Một số bệnh nấm phổi hay gặp trên lâm sàng

2.1. Bệnh do nấm *Aspergillus* [4,5,6,7,8]

Nấm *Aspergillus* gây bệnh ở phổi có 3 thể: U nấm phổi, nấm phổi phế quản dị ứng và nấm phổi xâm nhập.

2.1.1. U nấm (*Aspergilloma*)

2.1.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng và toàn thân: Có thể có một hoặc nhiều triệu chứng sau:

- Sút cân, mệt mỏi, đau ngực, sốt cao 39-40 độ C.

- Ho ra máu (50-80%): Dây máu, thường tái phát nhiều lần, đôi khi ho ra máu nặng. Xảy ra ở Bệnh nhân tiền sử có: Lao phổi, điều trị hóa chất ung thư, bệnh nhân sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch dài ngày: Corticoid, thuốc chống thải ghép, bệnh nhân HIV/AIDS.

- Đôi khi tình cờ phát hiện thấy u nấm trên phim X-quang phổi hoặc CLVT ngực.

2.1.1.2. Cận lâm sàng

X-quang phổi tiêu chuẩn: U nấm điển hình có hình ảnh tổn thương hình lục lạc gồm một hốc rỗng trong có chứa khối nấm đặc và một liềm khí ở phía trên của khối nấm.

- CLVT ngực: Cho phép phát hiện rõ hơn tổn thương hang nấm hình lục lạc với liềm hơi ở phía trên có thể có kèm theo hoặc không các tổn thương khác: xơ cơ kéo, thoái hóa dạng kén, dày màng phổi nếu tổn thương sát màng phổi, đôi khi có hình ảnh calci hóa trong khối nấm.

- Vi sinh: soi trực tiếp và/hoặc cấy đờm, dịch rửa phế quản phế nang, bệnh phẩm sinh thiết tìm thấy nấm *Aspergillus*.

2.1.1.3. Chẩn đoán phân biệt u nấm *Aspergillus*

- Áp-xe phổi: Có triệu chứng nhiễm trùng và ộc mủ trên lâm sàng, có hình ảnh mức nước - hơi trên X-quang, đáp ứng với điều trị kháng sinh.

- Ung thư phổi áp-xe hóa: Sinh thiết tổn thương thấy tế bào ung thư.

2.1.1.4. Điều trị

- Chủ yếu điều trị phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi hoặc một phổi.

- Thuốc kháng nấm ít có tác dụng đối với u nấm, điều trị sau phẫu thuật.

- Trong trường hợp có chống chỉ định đối với điều trị ngoại khoa và có ho máu nặng thì gây tắc động mạch phế quản.

2.1.2. Bệnh nấm *Aspergillus* phế quản phổi dị ứng (bệnh Hinson Pepys)

Là một tình trạng tăng tính nhạy cảm của phế quản phổi đối với nấm *Aspergillus fumigatus*.

2.1.2.1. Lâm sàng

- Triệu chứng của Hen phế quản tiến triển từng đợt ở Bệnh nhân có cơ địa dị ứng (eczema, dị ứng thức ăn, viêm mũi xoang dị ứng...).

- Hen ở những Bệnh nhân này thường nặng dai dẳng và thường phụ thuộc Corticoid. Trong cơn hen khám phổi thấy có ran rít, ran ngáy...

2.1.2.2. Cận lâm sàng

- Tổn thương thâm nhiễm phổi trên X-quang, đôi khi có hình ảnh giãn phế quản ở những phế quản lớn.

- Tăng bạch cầu ưa acid trong máu ngoại vi, thường > 500 mm³.

- IgE tăng > 2000 UI/ml.

- Soi đờm thấy nấm *Aspergillus* và nhiều bạch cầu ưa acid.

2.1.2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phế quản do nấm gây tắc nghẽn: Do xâm nhập của nấm *Aspergillus* vào khí quản và các phế quản gần ở người không có cơ địa dị ứng.

- U hạt phế quản: Ho, khó thở, đau ngực, ho máu, sốt, suy sụp toàn thân. X-quang có những nốt đơn độc hoặc nhiều nốt, hình ảnh xẹp phổi, những khối hoại tử ở nhu mô phổi.

- Viêm phổi tăng bạch cầu ái toan (Hội chứng ChurgStrauss, bệnh Carrington): Tổn thương thâm nhiễm ở phổi và tăng bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi.

- Bệnh phổi do ký sinh trùng: Có tổn thương thâm nhiễm mau bay ở phổi trên X-quang (hội chứng Loeffler).

2.1.2.4. Điều trị

Điều trị cơ bản: Corticoid đường uống nhằm làm giảm phản ứng viêm-quá mẫn với *Aspergillus*: 2 tuần đầu dùng Prednisolon 0,5 mg/kg/ngày giảm dần liều, có thể dùng phối hợp Itraconazole.

2.1.3. Bệnh nấm *Aspergillus* thể xâm nhập

2.1.3.1. Lâm sàng

- Ở Bệnh nhân có giảm bạch cầu hoặc suy giảm miễn dịch: có thể có một hoặc nhiều triệu chứng: sốt kéo dài dùng kháng sinh phổ rộng không đỡ, ho khan dai dẳng, giảm khi dùng Corticoid, có thể ho ra máu mức độ nhẹ tới nặng. Đau ngực kiểu đau màng phổi, mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân...

- Nghe phổi: Thường ít triệu chứng, đôi khi có ran nổ khu trú hoặc có hội chứng 3 giảm.

2.1.3.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi, CLVT: Tổn thương dạng đám mờ hoặc nốt mờ, có bóng xung quanh nốt mờ do chảy máu, có hoặc không có các tổn thương kiểu

viêm phổi hoại tử hoặc nhiều ổ áp-xe nhỏ. Đôi khi có tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi.

- Nội soi phế quản: đôi khi có tổn thương viêm loét kèm giả mạc trắng trong lòng khí phế quản. Soi trực tiếp thấy sợi nấm, cấy có nấm *Aspergillus* từ dịch rửa phế quản phế nang.

- Tim thấy sợi nấm và xâm nhập của nấm trên mảnh sinh thiết qua nội soi phế quản hoặc trên bệnh phẩm sinh thiết xuyên thành ngực.

2.1.3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh lý viêm nhiễm đường hô hấp.

- Ung thư phổi.

- Chủ yếu dựa vào kết quả xét nghiệm vi sinh tìm thấy sợi nấm và xem tình trạng đáp ứng với điều trị.

2.1.3.4. Điều trị

- Thuốc kháng nấm, điều trị triệu chứng-biến chứng.

2.2. Bệnh phổi do nấm *Candida* [5,6,7,8]

2.2.1. Lâm sàng

Trong số tất cả các bệnh nấm phổi cơ hội, bệnh nấm *Candida* có thể là bệnh khó chẩn đoán và điều trị kém hiệu quả nhất vì nấm *Candida* thường trú ngụ ở đường hô hấp trên, kết quả là nuôi cấy dương tính mà không có biểu hiện bệnh đáng kể. Tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi do nấm *Candida* đã tăng lên đáng kể trong những thập kỷ qua do việc tăng cường sử dụng liệu pháp kháng sinh phổ rộng, thuốc ức chế miễn dịch, đặt ống thông động tĩnh mạch, sử dụng thiết bị giả và cấy ghép tạng, có thể gặp các triệu chứng sau:

- Sốt thất thường kéo dài, mức độ trung bình tới nặng.

- Ho khan hoặc có đờm.

- Có thể xuất hiện khàn tiếng.

- Tổn thương ở miệng, họng: Một lớp màu trắng phủ toàn bộ mặt lưỡi khó nuốt có thể có các ổ loét kèm giả mạc trắng trên niêm mạc miệng.

- Đau sau xương ức, thở rít hoặc có cơn khó thở như Hen phế quản, đáp ứng với thuốc giãn phế quản, đáp ứng với kháng sinh.

2.2.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi: Tổn thương dạng đám mờ, nốt mờ tròn đơn độc hoặc rải thành đám.

- Nội soi phế quản: Có thể có tổn thương bề mặt phế quản được lót bởi một lớp màu ghi không dính, trải dài suốt dọc lòng phế quản, có khi hoại tử bao phủ lên trên bề mặt niêm mạc.

- Tim thấy nấm *Candida* trong dịch rửa phế quản phế nang và trên mảnh sinh thiết qua nội soi phế quản hoặc sinh thiết xuyên thành ngực.

- Cấy máu, cấy đờm có nấm *Candida*.

- Nội soi thực quản, dạ dày có tổn thương do nấm *Candida*.

2.2.3. Điều trị

- Thuốc kháng nấm; điều trị bệnh phổi hợp, biến chứng.

2.3. Bệnh phổi do nấm *Cryptococcus* [5,6,7,8,9]

2.3.1. Lâm sàng

- Sốt, đau đầu, chóng mặt.

- Kích thích, rối loạn ý thức, có những cơn co giật, hôn mê; liệt thần kinh sọ, vận động.

- Tăng áp lực sọ là yếu tố tiên lượng xấu, dễ tử vong.

- Triệu chứng hô hấp: Ho dai dẳng, khó thở, đau ngực không xác định.

- Trên da: Có các nốt phỏng, loét.

2.3.2. Cận lâm sàng

- X-quang, CLVT ngực: Thâm nhiễm phổi đồng nhất, hình ảnh hạch to ở rốn phổi. Xẹp phổi thùy hoặc phân thùy. Có thể có hình ảnh giãn phế quản. Tổn thương nhu mô phổi dạng lưới-nốt, áp-xe hoặc viêm màng phổi.

- Các tổn thương khác: tổn thương ở mắt, xoang, tủy sống, hạch, lách, cơ quan tiêu hóa, tiết niệu.

- Xét nghiệm miễn dịch học:

+ IgE toàn bộ tăng > 1000 ng/ml, có thể giảm đi sau khi điều trị Corticoid.

+ Định lượng Precipitin trong máu là xét nghiệm khá đặc hiệu.

- Xét nghiệm tìm nấm:

+ Khi nhuộm bệnh phẩm với mực Tàu thấy rõ sợi nấm.

+ Nuôi cấy trong môi trường Sabouraud: Dịch não tủy, dịch rửa phế quản phế nang, mảnh sinh thiết phế quản hoặc phổi, cấy máu có nấm.

- Xét nghiệm tìm kháng thể đặc hiệu: kỹ thuật ELISA khi lượng IgE hoặc IgG gấp 2 lần trong huyết thanh của Bệnh nhân bị Hen.

2.3.3. Điều trị

- Đối với Bệnh nhân nhiễm nấm phổi *Cryptococcus* nặng không phải nhiễm HIV/AIDS: nên tấn công bằng Amphotericin B (loại tan trong nước) liều 0,7-1 mg/kg/ngày; thời gian từ 4 tuần. Phối hợp với Flucytosin 100 mg/ngày uống chia làm 4 lần trong 4 tuần. Sau đó, điều trị củng cố bằng Fluconazole 400 mg/ngày thời gian 8 tuần.

- U có nhiều độc tính với Amphotericin B loại tan trong nước thì dùng Liposomal Amphotericin B. Điều trị duy trì bằng Fluconazole 200 mg/ngày thời gian 6 tháng.

- Đối với bệnh nhân nhiễm nấm phổi *Cryptococcus* nhẹ có thể dùng Fluconazole 400 mg/ngày thời gian 6-12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rossen JWA, Friedrich AW, Moran-Gilad J, ESCMID Study Group for Genomic and Molecular

Diagnostics (ESGMD). Practical issues in implementing whole-genome-sequencing in routine diagnostic microbiology. Clin Microbiol Infect 2018; 24:355.

2. Song KD, Lee KS, Chung MP, Kwon OJ, Kim TS, Yi CA, et al. Pulmonary cryptococcosis: imaging findings in 23 non-AIDS patients. Korean J Radiol. 2010;11:407-16.

3. Denning DW, Pleuvry A, Cole DC. Global burden of chronic pulmonary aspergillosis complicating sarcoidosis. **external icon**. Eur Respir J. 2013 Mar;41(3):621-6.

4. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh (2020). Nâng cao nhận thức về bệnh nấm phổi do Aspergillus, <<https://kcb.vn/nang-cao-nhan-thuc-ve-benh-nam-phoi-do-do-aspergillus.html>>, xem 08/8/2021.

5. Montagna MT, Caggiano G, Lovero G, De Giglio O, Coretti C, Cuna T, et al. Epidemiology of invasive fungal infections in the intensive care unit:

results of a multicenter Italian survey (AURORA Project). Infection. 2013;41:645-53.

6. Patterson TF, Thompson GR 3rd, Denning DW, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2016; 63:e1.

7. Ruppé E, Baud D, Schicklin S, et al. Clinical metagenomics for the management of hospital- and healthcare-acquired pneumonia. Future Microbiol 2016; 11:427.

8. Di Pasquale MF, Sotgiu G, Gramegna A, et al. Prevalence and Etiology of Community-acquired Pneumonia in Immunocompromised Patients. Clin Infect Dis 2019; 68:1482.

9. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, Goldman DL, Graybill JR, Hamill RJ, et al. Clinical practice guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the Infectious Disease Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50:291-322.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TUY TRƯỚC PHẪU THUẬT

LƯU NGỌC BẢO TRÂN¹, NGHIÊM PHƯƠNG THẢO¹,
VÕ HƯNG ANH THƯ¹, NGUYỄN CAO CƯỜNG²
¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
²Bệnh viện Bình Dân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) ung thư biểu mô tuyến tụy trước phẫu thuật.

Phương pháp: thiết kế nghiên cứu cắt ngang, mô tả. Tất cả 56 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến tụy được khảo sát XQCLVT trước phẫu thuật và điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2021.

Kết quả: Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 66 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 34 tuổi và tuổi lớn nhất là 90 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 60-69 tuổi (chiếm 41,1%). Tỷ lệ nam giới và nữ giới trong nhóm nghiên cứu tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 51,79 % và 48,21%. Đa số u nằm ở vị trí đầu tụy (70%). Phần lớn u tụy trong

mẫu nghiên cứu có giới hạn không rõ, kèm dấu hiệu đẩy lùi bờ tụy và dấu hiệu ống đôi. Dấu hiệu ống đôi giãn thường đi kèm ở đầu tụy (25 trường hợp). Đa số u tụy trên CLVT có đậm độ thấp (67,86%) trên phim chưa tiêm thuốc, bắt thuốc cản quang kém so với nhu mô tụy (94,6%) và bắt thuốc cản quang đồng nhất (69,7%). Kích thước u trung bình trong nhóm có thâm nhiễm mỡ quanh tụy lớn hơn so với nhóm không thâm nhiễm mỡ ($p < 0,05$).

Kết luận: Khảo sát đặc điểm hình ảnh CLVT ung thư biểu mô tuyến tụy trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong việc đánh giá tính chất khối u, từ đó chẩn đoán sớm, định hướng phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh nhân.

Từ khóa: Chụp cắt lớp vi tính, ung thư biểu mô tuyến tụy.

SUMMARY

SURVEYING SOME CHARACTERISTICS OF COMPUTED TOMOGRAPHY SCAN IMAGES OF PANCREATIC CARCINOMAS

Objectives: Describing preoperative CT imaging of pancreatic adenocarcinoma.

Chịu trách nhiệm: Lưu Ngọc Bảo Trân

Email: tranluumd@pnt.edu.vn

Ngày nhận: 21/9/2021

Ngày phản biện: 16/10/2021

Ngày duyệt bài: 09/11/2021