

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 TỤY 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

Methods: Descriptive cross-sectional study design. The medical records from 56 patients that were examined preoperatively with CT scan and treated with pancreatic surgery at Binh Dan hospital between 01/2019 and 06/2021 were retrospectively reviewed.

Results: Our sample are composed of 56 patients (male 51.79%, female 41.1%) with the mean age 66 years, age range 34 – 90 years, and in which the group 60 – 69 years dominates. 70% of pancreatic adenocarcinomas are located within the head. The majority of pancreatic tumors in the study sample have ill – defined margin, with extrusion of the pancreatic border and double duct sign. Dilated ducts are usually associated with pancreatic head (25 cases). Most pancreatic tumors on CT scan have hypoattenuation (67.86%) and hypoenhancement compared with pancreatic parenchyma (94.6%) and homogeneous enhancement (69.7%). The mean tumor size in the group with peripancreatic fat infiltration was larger than in the group without fat infiltration ($p < 0.05$)

Conclusions: Preoperative CT imaging of pancreatic carcinoma has an important role in evaluating tumor characteristics, thereby making early diagnosis, choosing the appropriate treatment and prognosis for patients.

Keywords: Computed Tomography (CT), Pancreatic adenocarcinoma.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 90% u ác tuyến tụy là ung thư biểu mô ống tuyến tụy (UTT)^[6], một trong những loại bệnh ung thư có tỷ lệ gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc UTT khoảng 1,2 – 1,6/100000 dân, đứng hàng thứ 5 – 6 trong các loại ung thư đường tiêu hoá xét riêng ở hai giới nam và nữ.^[10] Tỷ lệ sống sau 5 năm khoảng 4% và thời gian sống trung bình 3 - 6 tháng^[12,15,4,11]. Nếu bệnh nhân được cắt bỏ u thì thời gian sống trung bình 18 - 24 tháng^[13], tỷ lệ sống sau 1 năm 68%, 2 năm 46,7% và 5 năm 18,7%^[2]. Chẩn đoán UTT chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Trong đó CLVT ngày càng được trang bị ở nhiều cơ sở y tế với tính sẵn có, giá thành rẻ và kỹ thuật chụp ngày càng được cải tiến với bề dày lát cắt mỏng cùng với khả năng tái tạo đa mặt cắt lý tưởng trong việc chẩn đoán UTT và đánh giá khả năng xâm lấn xung quanh của UTT trước phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy độ nhạy CLVT trong chẩn đoán UTT khá cao từ 89%-97%, giá trị tiên đoán dương trong dự báo khả năng không thể cắt bỏ u là cao, dao động từ 89-100%, giá trị tiên đoán dương trong dự báo khả năng có thể cắt bỏ u là

thấp, dao động từ 45% đến 79%. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu khảo sát đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tuyến tụy trước phẫu thuật nhằm góp phần định hướng phương pháp mổ và tiên lượng bệnh nhân.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

BN được chụp XQCLVT trước phẫu thuật tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bình Dân, có phim chụp đúng kỹ thuật, trước và sau tiêm thuốc tương phản, phim không âm mốc.

BN có kết quả giải phẫu bệnh được xác định qua bệnh phẩm sinh thiết, qua nội soi, bệnh phẩm sau mổ là ung thư biểu mô tuyến tụy

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

BN không được chụp CLVT trước phẫu thuật, hoặc phim chụp không đúng kỹ thuật.

Không có hồ sơ bệnh án hoặc không được ghi chép rõ ràng

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Chẩn đoán Hình ảnh, Khoa Ngoại Tiêu hoá, Ngoại Gan mật tụy tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2021

2.3. Quy trình chụp CLVT khảo sát u tụy trước phẫu thuật

Quy trình chụp CLVT với ba pha bao gồm pha không tiêm thuốc cản quang, pha nhu mô tụy và pha tĩnh mạch.

Các bệnh nhân được chụp CLVT sử dụng thuốc cản quang không ionic có độ thẩm thấu thấp với liều lượng 100-120 mL, nồng độ 300 mg iodine/mL, tiếp theo sau là 40 ml nước muối sinh lý. Các thông số bơm trên máy bơm Mallinckrodt với tốc độ tiêm thuốc cản quang 4 mL/giây. Hướng quét từ đầu xuống chân. Các thông số quét như sau: collimation: 0,6 x 64, pitch 1.2, thời gian quay đầu đèn: 0.5 giây, mAs: 120.

Các bệnh nhân được chụp theo phần mềm bolus tracking, vị trí đặt ROI tại động mạch chủ bụng ngang mức động mạch thân tạng, ngưỡng chụp: 150 HU. Pha nhu mô tụy khoảng chừng 40 giây sau khi tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch hoặc 10 giây sau khi đạt ngưỡng chụp (150 HU). Pha tĩnh mạch cửa, khoảng 65-70 giây sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch hoặc 35 giây sau khi đạt ngưỡng chụp (150 HU).

3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 25.0 (IBM Corp. Released 2017.

IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp). Phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher được dùng để so sánh sự khác biệt biến số độc lập theo biến phụ thuộc định tính.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm tuổi, giới tính của bệnh nhân

Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 66, khoảng tứ phân vị là (61; 73). Tuổi nhỏ nhất là 34 tuổi và tuổi lớn nhất là 90 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 60-69 tuổi (41,1%), tiếp đến là 70-79 tuổi (19,6%), từ 80 tuổi trở lên (16,1%), 50-59 tuổi (14,3%), 40-49 tuổi (7,1%) và cuối cùng là < 40 tuổi (3,2%). Tỷ lệ nam giới và nữ giới gần tương đương nhau (51,79% và 48,21%).

Đặc điểm khối u trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Bảng 1. Phân bố vị trí u tụy của bệnh nhân

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Đầu tụy	32	57,1
Thân tụy	5	8,9
Đuôi tụy	4	7,1
Đầu + thân tụy	7	12,5
Thân + đuôi tụy	8	14,3

Đa số u nằm ở vị trí đầu tụy (70%) trong đó có 13% u to nằm ở đầu và thân tụy. Số trường hợp trong đó u chỉ nằm ở thân hoặc đuôi tụy chiếm 30%, ít gặp nhất là các u nằm ở đuôi tụy (7%).

Tất cả bệnh nhân đều chỉ có một khối u tụy duy nhất trên hình ảnh XQCLVT, các tính chất sau:

Bảng 2. Đặc điểm giới hạn của khối u

Đặc điểm	Tần số (%)	Tỷ lệ %
Giới hạn u không rõ	44	78,6
Có dấu hiệu đẩy lùi	50	89,2
Có dấu hiệu ống đôi	35	62,5

Tương quan giữa dấu hiệu ống đôi và vị trí u tụy trên CLVT: 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) hoặc ở đầu tụy và đuôi tụy (7 trường hợp), thân tụy có 1 trường hợp, thân và đuôi tụy có 1 trường hợp, đuôi tụy không có trường hợp nào.

Bảng 3. Đậm độ u trên CLVT

Đậm độ u	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thấp	38	67,9
Đồng	18	32,1
Cao	0	0,0
Tổng cộng	56	100

Đa số u tụy trên CLVT có đậm độ thấp (67,86%). Không thấy trường hợp nào có đậm độ cao.

Bảng 4. Tính chất bắt thuốc cản quang của u tụy trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Tính chất	Tần số	Tỷ lệ (%)	
So với nhu mô tụy bình thường	Kém hơn	53	94,6
	Tương tự	2	3,6
	Cao hơn	1	1,8
Tính chất bắt thuốc cản quang	Đồng nhất	39	69,7
	Không đồng nhất	17	30,3

Gần như toàn bộ các trường hợp u tụy trong nghiên cứu của chúng tôi bắt quang kém so với nhu mô tụy bình thường (94,6%), và bắt thuốc đồng nhất (69,7%).

Bảng 5. Thâm nhiễm mỡ quanh tụy ở bệnh nhân

Thâm nhiễm mỡ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	41	73,2
Không	15	26,8
Tổng cộng	56	100

Phần lớn các trường hợp u tụy có thâm nhiễm mỡ quanh tụy (73,2%).

Bảng 6. Tương quan với kích thước khối u

Thâm nhiễm mỡ	Kích thước u		p
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Có	47,2	28,1	0,02
Không	33,4	13,6	

(* T-test không ghép cặp)

Kích thước u trung bình trong nhóm có thâm nhiễm mỡ quanh tụy lớn hơn so với nhóm không thâm nhiễm mỡ ($p < 0,05$).

Bảng 7. Tương quan giữa thâm nhiễm mỡ và một số đặc điểm khác của u

Đặc điểm khác của u	Thâm nhiễm mỡ quanh tụy				p	
	n	%	n	%		
Đẩy lùi bờ tụy	Không	3	100	0	0,0	0,016
	Có	12	22,6	41	77,4	
Giới hạn u	Không rõ	8	18,2	36	81,8	0,001
	Rõ	7	58,3	5	41,7	

Kiểm định chính xác Fisher

Tỷ lệ có dấu hiệu đẩy lùi bờ tụy và giới hạn u không rõ ở nhóm có thâm nhiễm mỡ quanh tụy cao hơn so với nhóm không có thâm nhiễm mỡ ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm phần lớn 76%, chủ yếu nhóm 60 – 69 tuổi. Điều này cũng phù hợp với

độ tuổi trung bình trong y văn và một phân tích tổng hợp của Somers và cs trên 2171 bệnh nhân ung thư tụy dao động từ 60 - 70 tuổi^[14,9,8,16]. Độ tuổi càng cao thì nguy cơ ung thư tụy càng lớn.

Tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu này gần như tương đồng nhau, lần lượt là 51,79 % và 48,21%. Điều này cũng phù hợp với y văn và một số nghiên cứu khác trên thế giới^[8,9,14,16].

Kích thước u trung bình của mẫu tương đối lớn do bệnh nhân ung thư tụy thường xuất hiện triệu chứng trễ nhất là các trường hợp u thân và đuôi tụy kích thước khá to. Điều này phù hợp, do phần lớn các u thân và đuôi tụy ít có triệu chứng, chỉ bắt đầu có triệu chứng trên lâm sàng khi u khá to xâm lấn các cấu trúc xung quanh^[1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số u nằm ở vị trí đầu tụy (70%) trong đó có 13% u to nằm ở đầu và thân tụy. Số trường hợp u chi nằm ở thân hoặc đuôi tụy chiếm 30%, ít gặp nhất là các u nằm ở đuôi tụy (7%) phù hợp với y văn và một số nghiên cứu của các tác giả^[7,17]. Tất cả trường hợp chỉ có 1 tổn thương và gần hầu hết các trường hợp đều là tổn thương khu trú, phần lớn giới hạn không rõ, chiếm tỷ lệ 78,6%.

Các u đầu tụy thường có biểu hiện sớm trên lâm sàng do thường xâm lấn gây tắc ống tụy và đường mật thường thấy với hình ảnh cắt cụt đột ngột ống tụy, ống mật chủ kèm hình ảnh “ống đôi” trên XQCLVT, tức là hình ảnh giãn ống tụy và ống mật chủ. Khi các u tụy đồng đậm độ nhu mô tụy sẽ rất khó phát hiện trên XQCLVT, lúc đó sẽ nhờ vào các dấu hiệu gián tiếp như dấu hiệu “ống đôi” này, cùng với dấu hiệu đẩy lùi bờ tụy khu trú sẽ giúp gợi ý tìm tổn thương u tụy^[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn u có đậm độ thấp, chiếm tỷ lệ 67,8%, gần hầu hết trường hợp bắt thuốc kém, chiếm tỷ lệ 94,6%, trong đó tỷ lệ bắt thuốc kém không đồng nhất là 30,3% có thể do có thành phần hoại tử hoặc tạo nang bên trong u. Số trường hợp đồng đậm độ nhu mô tụy trên phim chưa tiêm thuốc chiếm tỷ lệ 32,1%. Có 1 trường hợp u vùng đầu tụy trước và sau khi tiêm thuốc tương phản đều đồng đậm độ nhu mô tụy nhưng có dấu hiệu gián tiếp là ống đôi và u to làm đẩy lùi bờ tụy. Do đó các dấu hiệu gián tiếp đặc biệt hữu ích đối với các trường hợp u có đậm độ bằng với nhu mô tụy.

Dấu hiệu xâm lấn mô mỡ quanh tụy thấy được trên XQCLVT dưới dạng thâm nhiễm mỡ quanh tụy bao gồm tăng đậm độ lớp mỡ quanh tụy, dạng dải sợi đậm độ cao. Phát hiện xâm lấn mô mỡ quanh tụy có ý nghĩa quan trọng liên quan đến tiên lượng bệnh, khả năng sống còn và nguy cơ tái phát sau mổ cao^[6]. Trong nghiên

cứu chúng tôi, phần lớn các trường hợp có thâm nhiễm mô mỡ quanh tụy (73,2%). Trong đó, kích thước trung bình trong nhóm u có thâm nhiễm mỡ quanh tụy lớn hơn nhiều so với kích thước trung bình của nhóm u không có thâm nhiễm mỡ quanh tụy. Và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thâm nhiễm mỡ quanh tụy với u đẩy lùi bờ tụy và u tụy giới hạn không rõ.

KẾT LUẬN

Khảo sát đặc điểm hình ảnh CLVT ung thư biểu mô 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baert A.L.** (1999), Radiology of the Pancreas, Springer Science & Business Media.
2. **Benassai G., Mastroianni M., Quarto G.** et al. (2000). Survival after pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas. *Chir Ital*, 52(3), 263-270.
3. **Brennan D.D.D., Zamboni G.A., Raptopoulos V.D.** et al. (2007). Comprehensive preoperative assessment of pancreatic adenocarcinoma with 64-section volumetric CT. *Radiographics*, 27(6), 1653-1666.
4. **Freelove R. and Walling A.D.** (2006). Pancreatic cancer: diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 73(3), 485-492.
5. **Hruban R.H., Pitman M.B., Klimstra D.S.** et al. (2007), Tumors of the Pancreas, American Registry of Pathology in collaboration with the Armed Forces Institute of Pathology.
6. **Jamieson N.B., Foulis A.K., Oien K.A.** et al. (2011). Peripancreatic fat invasion is an independent predictor of poor outcome following pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma. *J Gastrointest Surg*, 15(3), 512-524.
7. **Joo I., Lee J.M., Lee E.S.** et al. (2019). Preoperative CT Classification of the Resectability of Pancreatic Cancer: Interobserver Agreement. *Radiology*, 293(2), 343-349.
8. **Laghi A.** (2010). New Concepts in Diagnosis and Therapy of Pancreatic Adenocarcinoma, Springer.
9. **O'Malley M.E., Boland G.W., Wood B.J.** et al. (1999). Adenocarcinoma of the head of the pancreas: determination of surgical unresectability with thin-section pancreatic-phase helical CT. *AJR Am J Roentgenol*, 173(6), 1513-1518.
10. **Quoc N.M., Hung N.C., and Parkin D.M.** (1998). Cancer incidence in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 1995-1996. *International Journal of Cancer*, 76(4), 472-479.
11. **Shaib Y.H., Davila J.A., and El-Serag H.B.** (2006). The epidemiology of pancreatic cancer in the United States: changes below the surface. *Aliment Pharmacol Ther*, 24(1), 87-94.

12. Siegel R., Ma J., Zou Z. et al. (2014). Cancer statistics, 2014. CA Cancer J Clin, 64(1), 9-29.

13. Siegel R.L., Miller K.D., and Jemal A. (2017). Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin, 67(1), 7-30.

14. Somers I. and Bipat S. (2017). Contrast-enhanced CT in determining resectability in patients with pancreatic carcinoma: a meta-analysis of the positive predictive values of CT. Eur Radiol, 27(8), 3408-3435.

15. Sugumar A., et al. Epidemiology of pancreatic cancer. GI Epidemiology. Wiley-Blackwell, West Sussex, 313-321.

16. Wagh M.S. và Draganov P.V. (2015), Pancreatic Masses: Advances in Diagnosis and Therapy, Springer.

17. Yoon S.H., Lee J.M., Cho J.Y. et al. (2011). Small (≤ 20 mm) pancreatic adenocarcinomas: analysis of enhancement patterns and secondary signs with multiphasic multidetector CT. Radiology, 259(2), 442-452.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP MẮC VIÊM PHỔI DO PNEUMOCYSTIS

TRƯƠNG THUYẾT LINH, NGUYỄN THỊ HUYỀN SÂM,
NGUYỄN THỊ THU HẰNG, ĐINH THỊ VĂN ANH,
NGUYỄN TÂN HÙNG, TRẦN DUY MẠNH,
ĐỖ QUANG VĨ, LÊ NGỌC DUY
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Trẻ nam, 6 tháng tuổi vào viện vì viêm phổi kéo dài 45 ngày, điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang và Bệnh viện Phổi Trung ương với chẩn đoán: viêm phổi do CMV/suy giảm miễn dịch, dùng thuốc kháng virus và nhiều loại kháng sinh nhưng không đỡ. Trẻ được chẩn đoán tại Bệnh viện Nhi Trung ương: viêm phổi do Pneumocystis/ CMV không có suy giảm miễn dịch, điều trị thở máy FiO_2 70%, PIP/PEEP: kháng sinh Azithromycin 15mg/kg/ngày, Trimethoprim-Sulfamethoxazole liều 15mg/kg/ngày và prednisolon. Bệnh nhi được ra viện sau 21 ngày điều trị.

Kết luận: Viêm phổi do PNEUMOCYSTIS gặp cả những trẻ viêm phổi kéo dài không có suy giảm miễn dịch.

Từ khóa: Viêm phổi, Pneumocystis.

SUMMARY

The subject was 6-month-old infant hospitalized for pneumonia lasting 45 days. He was initially treated at Bac Giang maternity hospital and Lung central hospital, diagnosed with Cytomegalovirus pneumonia/immunodeficiency. He was treated with antiretroviral drugs and several antibiotics but they all were not effective. The patient was

subsequently re-diagnosed with CMV/non-immunocompromised pneumonia at central Children's Hospital, treated with nasal ventilation FiO_2 70%, PIP/PEEP, Azithromycin 15mg/kg/day; Trimethoprim-Sulfamethoxazole 15mg/mg/day; and Prednisolone. The patient was discharged after 21 days of treatment.

Conclude: Pneumocystis pneumonia might occur in children who are persistent pneumonia without immunosuppression

Keywords: Pneumonia, PCP.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trẻ nam, 6 tháng tuổi, cân nặng hiện tại 6 kg vào viện vì viêm phổi kéo dài 45 ngày, đã được điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang và Bệnh viện Phổi Trung ương với chẩn đoán: viêm phổi do CMV/ suy giảm miễn dịch. Bệnh khởi phát 2 tháng trước, trẻ sưng nề quanh vị trí tiêm phòng lao và nổi hạch vùng nách bên trái, trẻ không sốt, ăn bú tốt, đã được nạo hạch tại bệnh viện huyện, điều trị kháng sinh uống 5 ngày. Sau nạo hạch 10 ngày trẻ xuất hiện thở nhanh tăng dần, rút lõm hõm ức, trẻ không sốt, bú kém, điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang 3 ngày tình trạng suy hô hấp tăng, trẻ được cho thở oxy mask và chuyển Bệnh viện Phổi Trung ương với chẩn đoán viêm phổi nặng- theo dõi lao kê. Tiền sử trẻ là con lần thứ 4, sinh đôi ra sau, thai tự nhiên, đủ tháng, cân nặng khi sinh 2700g, sau sinh trẻ khỏe mạnh, được tiêm phòng Viêm gan B sau sinh 24 giờ. Lúc 2 tháng tuổi trẻ được tiêm phòng lao, 2 tháng sau tiêm phòng trẻ hoàn toàn khỏe mạnh. Trẻ sinh đôi cùng phát triển bình thường. Tại

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: ng.hangh3@gmail.com

Ngày nhận: 27/9/2021

Ngày phản biện: 20/10/2021

Ngày duyệt bài: 09/11/2021