

liệt, tình trạng lâm sàng và khả năng sinh hoạt độc lập của BN ĐQNMN.

Trong quá trình nghiên cứu, không gặp tai biến chảy máu, nhiễm khuẩn tại chỗ..., điều này cho thấy trình độ và năng lực của kỹ thuật viên Bệnh viện Châm cứu Trung ương khi thực hiện kỹ thuật châm cứu. Không nhận thấy ảnh hưởng của phương pháp tới các chỉ số mạch, huyết áp trên các đối tượng nghiên cứu. Kết quả này góp phần minh chứng thêm cho tính an toàn của phương pháp kết hợp điện châm và tập Bobath, vì vậy có thể triển khai rộng rãi phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

- Điện châm kết hợp phương pháp tập BoBath có tác dụng điều trị phục hồi chức năng vận động trên các bệnh nhân liệt nửa người sau đột quỵ nhồi máu não. Sau 28 ngày điều trị, 46,67% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chuyển được 2 độ liệt theo thang điểm Henrry, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng. Điểm Orgogozo trung bình sau điều trị của nhóm nghiên cứu là $85,67 \pm 9,54$, 50% bệnh nhân chuyển được 2 độ liệt, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng. Điểm Barthel trung bình của nhóm nghiên cứu sau điều trị là $72,70 \pm 7,27$, 53,33% bệnh nhân chuyển được 2 độ liệt, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng.

- Điện châm kết hợp tập Bobath không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng,

không ảnh hưởng bất lợi tới chỉ số mạch, huyết áp sau 28 ngày điều trị ở tất cả các bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thông (2008). Đột quỵ não - cấp cứu - điều trị - dự phòng, NXB Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Kim Thủy (2011). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân nhồi máu não cấp bằng kỹ thuật Bobath. Tạp chí Y học thực hành, 798 (12), 100-103.
3. Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005). Bài giảng Y học cổ truyền tập II, NXB Y học, Hà nội, 151-153.
4. Bộ Y tế (2013). Quyết định số 792/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. Quy trình số 102: Điện mẫn châm điều trị liệt nửa người do tai biến mạch máu não, Hà Nội.
5. Mai Duy Tôn (2014). The Lancet - Tiếp cận xử trí trong thần kinh học. Đột quỵ não, Nhà xuất bản Thế giới, 133-180.
6. Ngô Quỳnh Hoa (2013). Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của thuốc "Thông mạch sơ lạc hoàn" trong điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Phạm Thị Ánh Tuyết (2013). Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp cận tam châm trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997). Châm cứu sau Đại học, NXB Y học, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÍNH KHÁNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI TÁI PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đặng Vĩnh Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** 56 BN, nam/nữ= 2.3 (39/17). Nam gặp nhiều ở lứa tuổi từ 18 – 70, nữ gặp nhiều từ 18 tuổi đến 40. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trên 56 bệnh nhân lao phổi tái phát được đăng ký điều trị nội, ngoại trú tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh, trong khoảng thời gian 02 tháng. **Kết quả:** Triệu chứng toàn thân

gặp nhiều nhất là sốt 57,14%; Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là ho kéo dài 71,43%. Triệu chứng thực thể nghèo nàn, ran nổ gặp tỷ lệ 39,28%. X quang phổi: tổn thương phổi phải nhiều hơn phổi trái (46,43% so với 32,14%), thâm nhiễm không thuần nhất chiếm tỷ lệ cao nhất, 64,28%. Kết quả xét nghiệm AFB đờm (+) chiếm 58,93%, AFB âm tính 41,07%. Có 12 bệnh nhân kháng INH chiếm 21,42%; có 5 bệnh nhân kháng RMP + INH chiếm 8,93% và 39 bệnh nhân không kháng, chiếm 69,64%. **Kết luận:** Lao phổi kháng thuốc hay tái phát là vấn đề luôn có tính thời sự. Việc điều trị khó khăn và phức tạp hơn bệnh lao mắc mới. Nghiên cứu về lâm sàng và xét nghiệm là cần thiết và có tính khoa học, ứng dụng thực tiễn cao.

Từ khóa: Lao phổi, lao kháng thuốc, lao phổi tái phát.

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: hiepdv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/11/2020

Ngày phản biện khoa học: 22/12/2020

Ngày duyệt bài: 29/1/2021

SUMMARY**CLINICAL PARACLINICAL ANTI-DRUG CHARACTERISTICS OF RECURRENT TUBERCULOSIS WERE TREATMENT AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY**

Purpose: Evaluation for clinical symptoms and Xray findings of recurrent tuberculosis. **Objective and method:** 56 patients, 39 males and 17 females (male/female=2.3). Male is common in range 18-70 years old, female is common in 18-40 years old. A prospective, cross-sectional study of 56 recurrent tuberculosis patients were diagnostic and treatment at Pham Ngoc Thach Hospital, Ho Chi Minh City in 2 months. Analysis of algorithm data base on statistical software and give results to research objectives. **Results:** The most common of systemic symptoms was fever, accounting 57,14%. Common functional symptoms was long-term coughs, 71,43%. The physical symptoms were poor, the most common one was bubbling sound, accounting for 30.9%. Chest - xray: Lesion in right lung (46,43%) was more than lesion in left lung (32,14%). Homogeneous infiltration was most common lesions (64,28%). Sputum AFB test: positive in 58,93% and negative in 41,07 %. Resistance INH Tuberculosis in 12 patients, accounting 21,42%. Resistance RMP = INH Tuberculosis in 5 patients, accounting 8,93%. Non - resistance TB was in 39 patients, accounting 69,64%. **Conclusion:** Drug - Resistance TB or recurrent TB is always a topical issue. Diagnostic and treatment is more difficulty and highly complex than new TB. Clinical and para - clinical research is need for the scientific community and practical application.

Keywords: Tuberculosis, drug - resistance tuberculosis, recurrent tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn Lao (*Mycobacterium tuberculosis*, MTB) gây nên. "Kháng thuốc" là khi vi trùng lao trong cơ thể chúng ta kháng - chống lại với một hay nhiều loại thuốc lao. Lao kháng thuốc tiếp tục là mối đe dọa đối với sức khỏe cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu****Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng n=56	
	n	%	n	%	n	%
18 - 30	7	17,95	4	23,52	11	19,64
31 - 40	9	23,07	7	41,20	16	28,58
41 - 50	9	23,07	2	11,76	11	19,64
51 - 60	6	15,38	2	11,76	8	14,28
61 - 70	6	15,38	2	11,76	8	14,28
>70	2	5,15	0	0	2	3,58
Tổng	39	100	17	100	56	100

Nhận xét: Với 56 BN, nam/nữ= 2.3 (39/17). Lao phổi tái phát gặp ở tất cả các lứa tuổi, nam gặp nhiều ở lứa tuổi từ 18 - 70, nữ gặp nhiều từ 18 tuổi đến 40.

Theo thống kê của Chương trình chống lao quốc gia (CTCLQG) từ năm 2000 đến 2004 tỷ lệ bệnh lao tái phát dao động trong khoảng 7%. Tỷ lệ lao phổi tái phát chung ở nước ta còn cao và chưa có xu hướng giảm: Năm 2012 ở khu vực miền Bắc, tỷ lệ bệnh lao phổi AFB (+) tái phát là 6,1% [1], [2].

Chẩn đoán lao phổi tái phát (LPTP) thường gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh X quang rất giống nhiều bệnh phổi khác hoặc các bệnh xuất hiện sau di chứng lao phổi (giãn phế quản, u nấm sau lao...). Do vậy việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang ở bệnh nhân LPTP là cần thiết cho các thầy thuốc trên lâm sàng.

Để giúp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán, cũng như đánh giá biến đổi các xét nghiệm vi sinh và điều trị lao phổi tái phát, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng thuốc ở bệnh nhân lao phổi tái phát điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu được tiến hành trên 56 bệnh nhân lao phổi tái phát được đăng ký điều trị nội, ngoại trú tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh, trong khoảng thời gian 02 tháng.

2.2. Phương pháp: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

- **Cỡ mẫu:** lấy mẫu thuận tiện

- **Quy trình nghiên cứu:** Tiến hành thu thập các số liệu về lâm sàng, xét nghiệm và các dấu hiệu XQ theo mẫu bệnh án có sẵn. Phân tích số liệu theo phần mềm thống kê thích hợp và đưa ra kết quả theo mục tiêu nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng thuốc

Bảng 2. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng LS	n	%
Sốt	32	57,14
Mệt mỏi	21	37,5
Gầy sút cân	16	28,57
Chán ăn	17	30,35

Nhận xét: Triệu chứng toàn thân ở các bệnh nhân lao phổi tái phát chúng tôi gặp lần lượt từ tỷ lệ cao tới thấp là sốt 57,14% mệt mỏi 37,5%; gầy sút cân 28,57% và chán ăn 30,35%.

- Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất ở BN lao phổi tái phát là ho kéo dài 71,43%.

- Triệu chứng thực thể: Ran nổ gặp tỷ lệ khá cao, 39,28%.

- Xquang phổi:

Bảng 3. Vị trí tổn thương trên Xquang phổi

Vị trí tổn thương	n	%
Phổi phải	26	46,43
Phổi trái	18	32,14
Cả hai phổi	12	21,43
Tổng	56	100

Nhận xét: Kết quả về vị trí tổn thương của lao phổi trên phim Xquang phổi cho kết quả tổn thương bên phổi phải chiếm tỷ lệ cao hơn phổi trái (46,43% so với 32,14%). Tổn thương cả hai phổi cũng gặp tới 21,43%.

Bảng 4: Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên Xquang phổi

Đặc điểm hình ảnh tổn thương	n	%
Thâm nhiễm không thuần nhất	36	64,28
Các nốt mờ nhỏ	11	19,64
Hình ảnh hang	9	16,07
Xơ, vôi	9	16,07
Dày dính màng phổi	1	1,79

Nhận xét: Các dạng hình thái tổn thương trên phim Xquang cho kết quả thâm nhiễm không thuần nhất chiếm tỷ lệ cao nhất, 64,28% BN; tiếp theo là hình ảnh các nốt mờ nhỏ rải rác 19,64%, hình ảnh hang 16,07% và xơ, vôi 16,07%.

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm AFB đờm, MGIT, GeneXpert.

Kết quả xét nghiệm AFB, MGIT, GeneXpert			
	n	%	
AFB (+)	33	58,93	
AFB (-)	MGIT (+)	11 /23	41,07
	GeneXpert (+)	12/23	
Tổng số	56	100	

Nhận xét: - Trong tổng số 56 bệnh nhân lao tái phát, 33 bệnh nhân có xét nghiệm AFB đờm (+) chiếm 58,93%. 23 Bn có xét nghiệm AFB âm tính, chiếm 41,07%.

- Trong 23 bệnh nhân AFB (-) đã làm xét

NGHIỆM có 11 bệnh nhân có xét nghiệm MGIT (+) và 12 bệnh nhân có xét nghiệm GeneXpert (+).

- Có 12 bệnh nhân kháng INH chiếm 21,42%; có 5 bệnh nhân kháng RMP + INH chiếm 8,93% và 39 bệnh nhân không kháng, chiếm 69,64%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Hiện nay bệnh lao vẫn còn là vấn đề lo ngại của toàn cầu. Mỗi năm có thêm khoảng 9 triệu người mắc lao và khoảng 1,5 triệu người tử vong vì bệnh lao. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 trong các bệnh nhiễm trùng, sau HIV/AIDS [1]. Đặc biệt, tỷ lệ lao phổi tái phát kháng thuốc ngày càng chiếm tỷ trọng cao trong số các bệnh nhân lao phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Lao phổi tái phát gặp ở tất cả các lứa tuổi, nam gặp nhiều ở lứa tuổi từ 18 – 70, nữ gặp nhiều từ 18 tuổi đến 40. Theo Jamshid Gadoev (2017) trong 9358 bệnh nhân lao phổi tái phát, tác giả gặp tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, cụ thể, nam chiếm 61% và nữ chiếm 39%, so sánh giữa 2 giới khác biệt với $p < 0,001$, trong đó độ tuổi hay gặp là trung niên từ 36-55 tuổi [3]. Nghiên cứu của tác giả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể giải thích do lao phổi tái phát thường xuyên hơn ở những bệnh nhân hút thuốc và nghiện rượu có các tổn thương lao lan rộng và những người không tuân thủ điều trị, mà điều này hay gặp ở nam giới tuổi trung niên.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng thuốc.

Các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi nói chung khá nghèo nàn, tuy nhiên ở bệnh nhân lao phổi tái phát các triệu chứng có thể phong phú hơn, tuy nhiên cũng không đặc hiệu. một số triệu chứng vẫn thường gặp ở cả lao phổi mới và lao phổi tái phát như sốt nhẹ kéo dài, mệt mỏi chán ăn, sút cân, ho kéo dài [4]. Khảo sát các lý do khiến bệnh nhân đến khám và nhập viện (bảng 3.4) cho thấy triệu chứng phổ biến và gặp nhiều nhất ở các bệnh nhân lao phổi tái phát trong nghiên cứu là ho kéo dài, chiếm tới 71,43%; tiếp đến là sốt nhẹ kéo dài 35,71% ít hơn là các lý do đau ngực 23,21%; khó thở 19,64% và ít nhất là ho ra máu gặp 3,57%. Về các triệu chứng toàn thân ở các bệnh nhân lao phổi tái phát (bảng 2), chúng tôi gặp lần lượt từ tỷ lệ cao tới thấp là sốt 57,14%; mệt mỏi 37,5%; gầy sút cân 28,57% và chán ăn 30,35%. Nguyễn Thị Phương Thảo (2008) trong tổng số 38 bệnh nhân lao phổi tái phát, các lý do khiến bệnh nhân nhập viện khá phong phú; trong đó ho và khạc đờm kéo dài là lý do gặp tỷ

lệ cao nhất chiếm 65,8%; tiếp đến là sốt và ho ra máu gặp đều gặp 15,8%, khó thở chỉ gặp 2,6%. Cũng theo tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2008) thì gặp các triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi ăn kém, gầy sút cân đều gặp với tỷ lệ cao: mệt mỏi 89,5%; sốt và sút cân đều gặp 71,1%, triệu chứng thực thể tác giả cũng gặp phong phú, trong đó hội chứng đông đặc gặp 71,1%; hội chứng 3 giảm gặp 2,6%, lồng ngực lép giảm cử động thở gặp trên 80%[5]. Kết quả của tác giả cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Đặc điểm trên XQ phổi. Khảo sát các đặc điểm tổn thương của lao phổi trên phim X quang về vị trí tổn thương của lao phổi trên phim X quang cho kết quả tổn thương bên phổi phải chiếm tỷ lệ cao hơn phổi trái (46,43% so với 32,14%). Tổn thương cả hai phổi cũng gặp tới 21,43% (bảng 3). Về đặc điểm hình thái các dạng tổn thương của bệnh nhân lao phổi tái phát trong nghiên cứu cho thấy các dạng hình thái tổn thương trên phim X quang như thâm nhiễm không thuần nhất chiếm tỷ lệ cao nhất, 64,28% bệnh nhân; tiếp theo là hình ảnh các nốt mờ nhỏ rải rác 19,64%, hình ảnh hang lao 16,07% và xơ, vôi 16,07%. Nguyễn Thị Hậu (2015), nghiên cứu đặc điểm tổn thương trên phim X quang phổi của 61 bệnh nhân lao phổi tái phát nhận thấy về vị trí tổn thương bên phổi phải gặp nhiều hơn bên phổi trái (27,87% so với 11,47%); tổn thương cả hai phổi gặp nhiều nhất (60,66%). Tương tự kết quả của chúng tôi. Khi khảo sát vị trí tổn thương theo thùy phổi, tác giả gặp thùy trên phải 88,24%; thùy trên trái gặp ít hơn (14,29%). Dạng tổn thương như thâm nhiễm, hang, xơ vôi... trong đó tác giả gặp thâm nhiễm với tỷ lệ cao là 86,9%; tổn thương xơ cũng gặp tới 96,72%; tổn thương hang lao gặp tỷ lệ cao tới 69,01%; hình ảnh TDMP gặp 9,8%. Về diện tích tổn thương, Nguyễn Thị Hậu gặp diện hẹp 24,65%; diện vừa 39,3% và diện rộng 36,1% [6]. Các hình ảnh X quang phổi phổ biến của lao phổi tái phát và kháng thuốc bao gồm các nốt nhỏ dạng trung tâm, các đường mờ và dấu hiệu của chồi cây, các thâm nhiễm, hình phá hủy hang. Trong lao còn nhạy cảm thuốc tác giả gặp 47,2% bệnh nhân có hang và lao đa kháng gặp 48,3% bệnh nhân có phá hủy hang... ở các trường hợp lao đa kháng thuốc thấy tổn thương rộng hơn, bị cả hai phổi và thường lan tràn ra màng phổi gây tràn dịch màng phổi. Theo một số tác giả hình ảnh các nốt nhỏ trung tâm và dấu hiệu chồi cây phản ánh sự hoạt động và lan tràn bệnh lao [4].

4.4. Xét nghiệm máu. Khi tiến hành đánh giá mức độ dương tính của AFB đờm, cho kết quả trong số 33 bệnh nhân AFB(+), có 19 BN có AFB(1+), chiếm tỷ lệ cao nhất (57,58%; số bệnh nhân có AFB(2+) và (3+) đều chiếm tỷ lệ bằng nhau 21,21% (bảng 5). Nguyễn Thị Phương Thảo (2008), có kết quả AFB dương tính 1+ là 39,9%; AFB dương tính 2+ là 21,1% và AFB 3+ là 15,8%, có 13,7% số bệnh nhân có AFB dương tính từ 1 – 9 vi khuẩn [5].

Trong 56 bệnh nhân có AFB (+) và xét nghiệm MGIT, GeneXpert dương tính, có 12 bệnh nhân kháng INH chiếm 21,42%; có 5 bệnh nhân kháng RMP+INH chiếm 8,93% và 39 bệnh nhân không kháng, chiếm 69,64%. Nguyễn Thị Hậu (2015), nghiên cứu tính kháng thuốc của 31 bệnh nhân lao phổi tái phát cho kết quả có 48,39% kháng thuốc và có 51,61% bệnh nhân không có kháng. Trong số các bệnh nhân kháng thuốc, tác giả gặp đơn kháng 53,34% và đa kháng là 46,66%[6]. Jacobs MG(2020), tiến hành đánh giá đặc điểm kháng thuốc của các vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi tái phát có kháng thuốc và cho thấy: đơn kháng gặp 49,1% và đa kháng gặp 50,9%. Trong số 801 trường hợp kháng đa thuốc, có 159 (20,5%) có kháng thuốc tiên phát. Khi phân tích kháng từng thuốc tác giả gặp kháng Isoniazid là 21,7%; kháng Rifampicin là 9,0%; kháng Streptomycin là 4,5% [7]. Kháng đa thuốc gặp nhiều ở nhóm tái phát muộn hơn tái phát sớm. Lao kháng đa thuốc liên quan đến một số yếu tố: đường kính hang \geq 2cm, tiền sử có dung SM, xét nghiệm AFB đàm trực tiếp vẫn (+) sau một tháng ở lần điều trị đầu.

V. KẾT LUẬN

Lao phổi kháng thuốc hay tái phát là vấn đề luôn có tính thời sự. Việc điều trị khó khăn và phức tạp hơn bệnh lao mắc mới. Nghiên cứu về lâm sàng và xét nghiệm là cần thiết và có tính khoa học, ứng dụng thực tiễn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2018) Global Tuberculosis report. WHO, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274453>, 8-37.
2. Joo Hee Lee, M.D., Kyung-Wook Jo, M.D, Ph.D., and Tae Sun Shim, M.D, Ph.D (2018) Correlation between GenoType MTBDRplus Assay and Phenotypic Susceptibility Test for Prothionamide in Patients with Genotypic Isoniazid Resistance. www.e-trd.org, Tuberc Respir Dis, Published online.
3. Jamshid Gadoev, Damin Asadov, Anthony D. Harries Recurrent tuberculosis and associated factors: A five - year countrywide study in Uzbekistan (2017), "PLoS One. 2017; 12(5):

- e0176473. 10.1371/journal.pone.0176473
4. **Korhonen V, Soini H, Vasankari T (2017)**, "Recurrent tuberculosis in Finland 1995-2013: a clinical and epidemiological cohort study", *BMC Infect Dis.* 2017 Nov 16;17(1):721. doi: 10.1186/s12879-017-2818.
 5. **Nguyễn Thị Phương Thảo (2008)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tính kháng thuốc của vi khuẩn lao trong lao phổi tái phát". Luận văn Thạc sỹ, Học viện Quân y, Hà Nội 70tr.
 6. **Nguyễn Thị Hậu (2015)**, "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ kháng thuốc và kết quả điều trị tấn công ở bệnh nhân lao phổi tái phát". Luận văn Thạc sỹ, Học viện Quân y, Hà Nội 67tr.
 7. **Jacobs MG, Pinto Junior VL (2020)**, "Characterization of drug-resistant tuberculosis in Brazil, 2014", *Epidemiol Serv Saude.* 2020 Feb 3;28(3):e2018294. doi: 10.5123/S1679.

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BIẾN CHỨNG MÙ MẮT DO TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY THẨM MỸ: TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN Ở VIỆT NAM

Nguyễn Hồng Hà*, Trần Thị Thanh Huyền*, Dương Hồng Quân*,
Nguyễn Xuân Hiệp**, Nguyễn Quốc Anh**, Đồng Ngọc Minh*,
Nguyễn Đình Minh*, Đào Xuân Hải*, Lê Thanh Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Với sự gia tăng sử dụng chất làm đầy axit hyaluronic (HA) trong thẩm mỹ trên toàn thế giới, các biến chứng tắc mạch nghiêm trọng như mù mắt, liệt nửa người, hoại tử da ngày càng tăng. Nó có thể để lại các di chứng trầm trọng ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân (BN). Theo y văn thế giới số ca cứu được một phần thị lực từ chỗ mù hoàn toàn cũng chỉ có 2-3ca. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi báo cáo một trường hợp BN bị mất thị lực toàn bộ, thiếu máu da đe dọa hoại tử trán mũi, sụp mí ngay sau tiêm HA tạo hình mũi trái phép tại Spa. BN đã được điều trị cấp cứu tối khẩn cấp đa chuyên khoa, phối hợp đa phương thức cùng với can thiệp mạch, tiêm thuốc giải Hyaluronidase trực tiếp vào lòng động mạch mắt 2 lần. **Kết quả:** từ chỗ mất thị lực toàn bộ 2 lần, thị lực BN hồi phục đến 20/200, BN có thể đọc sách, điện thoại và cũng có thể nhìn rõ đồ vật từ khoảng cách 5m. **Kết luận:** Qua ca bệnh thành công đầu tiên của Việt Nam chúng tôi nhận thấy mô hình đa phương thức, phối hợp đa chuyên khoa Tạo hình Thẩm mỹ, Mắt, Chẩn đoán hình ảnh, can thiệp mạch và Hồi sức có thể là giải pháp điều trị các biến chứng nghiêm trọng này một cách tối ưu nhất.

Từ khóa: Biến chứng tiêm chất làm đầy; axit Hyaluronic; tiêm Hyaluronidase trong lòng động mạch; sự tắc mạch; động mạch mắt; thị lực

SUMMARY

RECOVERY OF FILLER INDUCED TOTAL VISUAL LOSS: FIRST CASE OF VIETNAM AND LITERATURE REVIEW

Introduction: With the global increase in the use of injectable hyaluronic acid (HA), more cases with

serious complication are being reported. HA embolism leads to serious complications including blindness, eye and eyelid movement disorders, skin necrosis and cerebral embolism. However, there is a lack of robust clinical evidence regarding recovery vision due to embolism of ophthalmic artery and central retinal artery. **Patient and method:** We present a case report of a patient who developed features of vascular involvement after one ml of HA filler injection in the nasal dorsum illegally at Spa. The patient initially developed severe pain and total vision loss in the right eye immediately by the time of injection. **Result:** She was managed emergency with multiple disciplinary therapy combined of general and local treatment including ocular massage, hyaluronidase intracutaneous, retrobulbar injections and intra arterial thrombolysis for 2 periods consecutive of vision loss. Significant recovery in the vision and skin, ophthalmic components occurred within 6 weeks. **Conclusion:** This case demonstrates that recovery of the vision, ischaemic ophthalmic and cutaneous due to embolism of central retinal artery could be accomplished using combined multiple disciplinary therapy and intra arterial thrombolysis injections of hyaluronidase.

Keywords: Cosmetic injection complications; Dermal fillers; Hyaluronic acid; Intra-arterial thrombolysis; Embolism; Ophthalmic Artery ; Visual Acuity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc tiêm axit hyaluronic (HA) để làm đẹp trên khuôn mặt đã trở thành thủ thuật thẩm mỹ phổ biến trên toàn thế giới do những ưu điểm của nó như: điều trị xâm lấn tối thiểu, chi phí thấp, ít đau với sự thành công cao trong việc tạo ra các kết quả bề ngoài ấn tượng [1,2]. Theo thống kê của Hiệp Hội Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ Thế giới (ISAPS) năm 2018 có khoảng 3,7 triệu ca tiêm chất làm đầy được thực hiện bởi các bác sĩ Tạo hình Thẩm mỹ [3]. Tỷ lệ các biến chứng tắc mạch gây thiếu máu và hoại tử tổ chức nói chung ước tính khoảng 3 – 9 ca trên 10.000 ca tiêm [4]. Chưa kể

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

**Bệnh viện Mắt Trung Ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhadr4@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/12/2020

Ngày phản biện khoa học: 10/1/2021

Ngày duyệt bài 18/1/2021