

- Hospital Center of Beirut between 2005 and 2009]. *Pathol Biol (Paris)*. 2012;60(3):e15-20.
4. **Nguyễn Đức Quỳnh, Bùi Thị Hương Giang** (2020). Đặc điểm tỉ lệ tử vong của các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và căn nguyên gây bệnh phân lập được tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí y học Việt Nam*, 2020:193-197.
 5. **Vũ Tuấn Dũng, Đặng Quốc Tuấn** (2021). Tình hình nhiễm vi khuẩn gram âm ở bệnh nhân mới vào khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 - 2021. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2021; 507(2).
 6. **Vincent JL, Sakr Y, Singer M, et al.** Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*. 2020;323(15):1478-1487.
 7. **Lê Sơn Việt** (2020). Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 8. **Bùi Hồng Giang** (2013). Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 9. **Trần Văn Ngọc** (2016). Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC90) của meropenem, imipenem và vancomycin trên vi khuẩn gây viêm phổi tại BV Chợ Rẫy. Hội Hô Hấp TP.HCM. <http://www.hoihothaptphcm.org/index.php/chuyen-de/benh-phoi/300-nong-do-uc-che-toi-thieu-mic90-cua-meropenem-imipenem-vancomycin-tren-vi-khuan-gay-viem-phoi-tai-benh-vien-cho-raw>
 10. **T.P.Lodise, J.Graves A. Evans, E.Graffunder, M Helmecke, B.M. Lomaestro, and K. Stellrecht.** Relationship between Vancomycin MIC and Failure among Patients with Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Bacteremia Treated with Vancomycin. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, Sept. 2008, p.3315-3320 Vol.52, No.9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Danh Đức¹, Hoàng Bùi Hải¹, Nguyễn Kim Thu²

TÓM TẮT

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là nhiễm trùng bệnh viện phổ biến nhất và gây tử vong nhiều nhất ở các đơn vị hồi sức tích cực. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy góp phần quan trọng trong phát hiện sớm, lựa chọn kháng sinh điều trị ban đầu phù hợp, giảm biến chứng và tỷ lệ tử vong cho người bệnh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Có 162 bệnh nhân là đối tượng của nghiên cứu. Thông tin được thu thập từ bệnh án hoặc khai thác từ người nhà theo mẫu Bệnh án nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,8±17,2 tuổi. Thời gian xuất hiện VPLQTM trung bình là 5,5±2,4 ngày, VPLQTM muộn chiếm 58,0%. Triệu chứng lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM là sốt ≥ 38°C (75,3%), ran phổi (88,9%), tăng tiết đờm/đờm đục (95,1%). Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM bạch cầu máu tăng trên 12x10⁹/L (79,0%), Pro-calcitonin máu tăng trên 0,5ng/mL (89,5%) và có hình ảnh X-Quang phổi thâm nhiễm lan toả (42,6%) và đông đặc phổi (31,5%). **Từ khóa:** Viêm phổi liên quan thở máy, nhiễm trùng bệnh viện, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA TREATED AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is the most common nosocomial infection and the leading cause of death in intensive care units. Studying clinical and subclinical characteristics of patients with VAP makes an important contribution to early detection, selection of appropriate initial antibiotic treatment, and reduction of complications and mortality for patients. A cross-sectional descriptive study was conducted to describe the clinical and subclinical characteristics of patients with VAP treated at Hanoi Medical University Hospital. 162 patients were selected for the study. Information was collected from medical records or family members according to the medical record form of the research. The results showed that the average age of the patients in the study was 65.8±17.2 years old. The average time of occurrence of VAP is 5.5±2.4 days, late VAP accounted for 58.0%. Clinical symptoms when the VAP occurred were fever ≥ 38°C (75.3%), pulmonary rales (88.9%), increased secretion of sputum/cloudy sputum (95.1%). Subclinical symptoms when VAP appeared were leukocytosis over 12x10⁹/L (79.0%), Pro-calcitonin increased over 0.5ng/mL (89.5%) and X-ray image of diffuse infiltrative lung (42.6%) and pulmonary coagulation (31.5%).

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, nosocomial infection, clinical, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Danh Đức

Email: ducyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là viêm phổi mới xuất hiện sau 48 giờ đặt ống nội khí quản, là nhiễm trùng bệnh viện phổ biến nhất và gây tử vong nhiều nhất ở các đơn vị điều trị tích cực.¹ Viêm phổi liên quan thở máy chiếm tỷ lệ khoảng 25-50% các bệnh nhân thở máy, với tỷ lệ tử vong cao từ khoảng 20 – 50%, thậm chí lên tới 70% nếu là VPLQTM do các chủng vi khuẩn đa kháng kháng sinh. Ngoài việc làm tăng tỷ lệ tử vong, VPLQTM còn làm kéo dài thời gian thở máy, thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.² Mặc dù cơ sở vật chất, trang thiết bị hỗ trợ cho thở máy và các biện pháp điều trị ngày càng hiện đại và an toàn, nhưng các dữ liệu gần đây cho thấy tỉ lệ mắc viêm phổi liên quan thở máy không giảm hơn so với các thập kỷ trước.³ Chính vì vậy, để giảm tỷ lệ tử vong do VPLQTM cần phải được chẩn đoán sớm và điều trị đúng, kịp thời.

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một bệnh viện đa khoa với nhiều chuyên khoa, trong đó hàng năm có tới hàng trăm bệnh nhân nặng cần phải hồi sức hô hấp và thở máy tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực. Trong quá trình theo dõi và điều trị các bệnh nhân thở máy, chúng tôi đã gặp các bệnh nhân bị viêm phổi liên quan thở máy và ngày càng gặp nhiều các căn nguyên gây bệnh là các vi khuẩn đề kháng nhiều loại kháng sinh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

2.1.1. Địa điểm

- Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: - Từ tháng 05 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022

- Thời gian thu thập số liệu từ 01/01/2020 đến 31/05/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được đặt ống nội khí quản/mở khí quản, thở máy từ 48 giờ trở lên, nằm điều trị tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện đại học Y Hà Nội được chẩn đoán là viêm phổi liên quan đến thở máy theo ATS/IDSA 2016¹

- Tuổi \geq 18 tuổi,

- Có hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Người bệnh đã được đặt ống nội khí quản/mở khí quản (NKQ/MKQ) trước khi nhập viện

- Người bệnh có tình trạng viêm phổi trước 48 giờ sau đặt ống NKQ/MKQ

- Người bệnh có thai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

*Cỡ mẫu: tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu sẽ được chọn vào nghiên cứu

*Kỹ thuật chọn mẫu: lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào tham gia nghiên cứu.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân vào Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực nếu được đặt ống NKQ/MKQ, thở máy từ 48 giờ trở lên, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chọn vào nghiên cứu. Các thông tin, biểu số, chỉ số nghiên cứu của bệnh nhân sẽ được thu thập vào bệnh án nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, từ bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, từ bác sĩ, nhân viên y tế chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân và trong quá trình theo dõi điều trị của bệnh nhân.

2.4. Phương pháp thu thập, phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin được thu thập từ bệnh án hoặc khai thác từ người nhà sẽ được lấy vào Bệnh án nghiên cứu. Dữ liệu nghiên cứu được nhập vào phần mềm SPSS 20. Số liệu sau đó được làm sạch để phân tích bằng các thuật toán và các test thống kê y học như T-test, test khi bình phương và fisher's exact test,... Giá trị p có ý nghĩa thống kê khi $< 0,05$.

2.5. Sai số và không chế sai số:

➢ Sai số trong quá trình thu thập số liệu, cách khắc phục:

- Trong quá trình khám và xét nghiệm: thực hiện theo Bộ Y tế quy định do các bác sĩ, kỹ thuật viên có chuyên môn đảm nhiệm.

- Chuẩn hóa kỹ thuật đo, xét nghiệm theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

- Kiểm tra số liệu sau mỗi lần thu thập để đảm bảo thu thập đúng, đủ thông tin cần thiết.

➢ Sai số do nhập và xử lý số liệu, cách khắc phục:

- Tập huấn cho người nhập liệu, phân tích số liệu kỹ lưỡng và giám sát chặt chẽ quá trình nhập và phân tích số liệu.

- Làm sạch số liệu trước khi nhập.

- Kiểm tra logic file số liệu, phát hiện và xử lý các số liệu không hợp lý trước khi phân tích.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Số liệu của nghiên cứu được thu thập tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y

Hà Nội, với sự cho phép của lãnh đạo Khoa và lãnh đạo Bệnh viện. Vấn đề nghiên cứu không ảnh hưởng tới phác đồ chẩn đoán và điều trị cũng như các vấn đề về khác của người bệnh. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ bí mật.

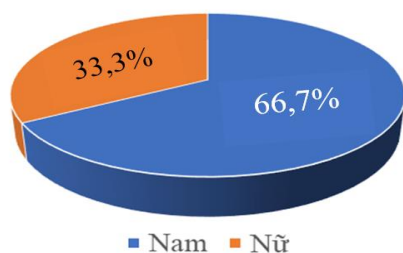
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi

Tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 40	17	10,5
41 – 50	16	9,9
51 – 60	19	11,7
> 60	110	67,9
Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn (min – max)	65,8 ± 17,2 (21 – 99)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,8 ± 17,2 tuổi (21 – 99 tuổi). Trong đó nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (67,9%), nhóm ≤ 40 tuổi (10,5%), nhóm từ 41 – 50 tuổi (9,9%) và nhóm từ 51 – 60 tuổi (11,7%).



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới (n=162)

Nhận xét: Trong 162 bệnh nhân nghiên cứu có 108 bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ 66,7% và 54 bệnh nhân nữ giới chiếm tỷ lệ 33,3%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo loại VPLQTM

Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VPLQTM sớm (< 5 ngày)	68	42,0
VPLQTM muộn (≥ 5 ngày)	94	58,0
Tổng	162	100

Nhận xét: Nhóm VPLQTM muộn (≥ 5 ngày) chiếm tỷ lệ 58,0% (94 bệnh nhân) và nhóm VPLQTM sớm (< 5 ngày) chiếm tỷ lệ 42,0% (68 bệnh nhân).

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM

Chỉ số	Số lượng (n=162)	Tỷ lệ (%)	
Nhiệt độ	≥ 38°C	122	75,3
	36 – 38°C	40	24,7
	< 36°C	0	0
Rale phổi	Có	144	88,9
	Không	18	11,1
Tăng tiết đờm/ đờm đục	Có	154	95,1
	Không	8	4,9

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM chủ yếu là sốt trên 38°C (75,3%), xuất hiện rale ở phổi (88,9%) và tăng tiết đờm/đờm đục (95,1%).

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Bạch cầu máu	Giảm (< 4x10 ⁹ /L)	3	1,9
	Bình thường (4x10 ⁹ /L - 12x10 ⁹ /L)	31	19,1
	Tăng (≥ 12x 10 ⁹ /L)	128	79,0
Pro-calcitonin	< 0,5 ng/mL	17	10,5
	0,5 – 2 ng/mL	72	44,4
	> 2 ng/mL	73	45,1
X-quang phổi	Thâm nhiễm lan tỏa	69	42,6
	Đông đặc phổi	51	31,5
	Không ghi nhận bất thường	42	25,9

Nhận xét: Triệu chứng cận lâm sàng nổi bật khi xuất hiện VPLQTM là bạch cầu máu tăng trên 12 G/L (79%), Pro-calcitonin tăng trên 0,5ng/mL (89,5%) và hình ảnh thâm nhiễm lan tỏa trên phim X-quang phổi (42,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,8 ± 17,2 tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi và tuổi lớn nhất là 99 tuổi, trong đó đa phần người bệnh trong nhóm tuổi > 60 tuổi (67,9%). Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tuổi trung bình của người bệnh mắc VPLQTM là khá cao, như trong nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh (2018),⁴ tuổi trung bình là 61,4 ± 15,0 tuổi; nghiên cứu của Trịnh Thị Hoàng Anh (2020),⁵ tuổi trung bình là 29,54 ± 14,92 tuổi và người bệnh trong nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,0%). Nghiên cứu của Ayse But và cộng sự (2017),⁶ cũng cho thấy tuổi trung bình trong nhóm VPLQTM là 69,9 ± 15,9 tuổi. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ đối với

VPLQTM. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng của Chang Li và cộng sự,⁷ cho thấy tuổi cao (≥ 60 tuổi) là một yếu tố nguy cơ độc lập của VPLQTM. Liu và cộng sự (2017),⁸ báo cáo rằng khả năng mắc VPLQTM tăng hơn 1,15 lần khi tuổi tăng thêm 1 tuổi. Nguyên nhân có thể do sự suy giảm chức năng sinh lý hô hấp, teo dần cơ hô hấp, giảm dẫn tính đàn hồi của mô phổi, phản xạ ho bảo vệ suy yếu rõ rệt và giảm chức năng miễn dịch ở người cao tuổi. Người cao tuổi cũng thường bị các bệnh mạn tính nặng và suy dinh dưỡng kéo dài. Do đó, họ dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng hơn những người trẻ tuổi. Nhiễm trùng ở người cao tuổi thường có nhiều biến chứng lâm sàng hơn và tiên lượng xấu hơn.

Tỷ lệ nam và nữ giới trong nghiên cứu phân bố không đều nhau, tỷ lệ nam giới là 66,7% và nữ giới là 33,3%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Hoàng Anh (2020),⁵ với tỷ lệ nam giới là 69,2%, nghiên cứu của Trần Thị Mộng Lành và cộng sự (2019),⁹ với tỷ lệ nam giới là 62,71%. Sự chênh lệch về giới tính này có thể là do nam giới có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính đường hô hấp cao hơn so với nữ giới làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp và dễ mắc phải VPLQTM hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi xuất hiện viêm phổi thở máy. Thời gian xuất hiện viêm phổi liên quan thở máy được tính từ khi đặt ống NKQ đến thời điểm xuất hiện tình trạng nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình thời gian xuất hiện VPLQTM là $5,5 \pm 2,4$ ngày, thời gian xuất hiện sớm nhất là 3 ngày và muộn nhất là 14 ngày, trong đó VPLQTM sớm (< 5 ngày) chiếm tỷ lệ 42,0% và VPLQTM muộn (≥ 5 ngày) chiếm tỷ lệ 58,0%. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trịnh Thị Hoàng Anh,⁵ với tỷ lệ VPLQTM sớm là 24,4% và muộn là 75,6%; nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh,⁴ với tỷ lệ VPLQTM muộn là 70,1%. Có thể thấy được sự xuất hiện VPLQTM sớm hay muộn là khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt có thể do nhiều yếu tố, một số yếu tố có thể dẫn đến sự khác biệt này có thể là tình trạng bệnh lý nền và bệnh lý kèm theo của người bệnh (với người bệnh có khả năng đề kháng kém thì sẽ sớm xảy ra biến cố này); bên cạnh đó là điều kiện cơ sở vật chất của đơn vị Hồi sức tích cực và việc tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình đặt ống NKQ cũng như trong quá trình chăm sóc người bệnh đặt ống NKQ thở máy.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các

trường hợp VPLQTM xuất hiện chủ yếu vào ngày thứ 3 và nhiều nhất vào ngày thứ 4 và giảm dần vào những ngày sau. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo của Trịnh Thị Hoàng Anh,⁵ khi nhận thấy VPLQTM chủ yếu xuất hiện vào ngày thứ 4 sau đặt ống NKQ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần người bệnh có các biểu hiện của tình trạng một nhiễm khuẩn phổi điển hình trên lâm sàng và cận lâm sàng như sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (75,3%), ran phổi (88,9%), tăng tiết đờm/đờm đục (95,1%), tăng bạch cầu ($\geq 12 \times 10^9/\text{L}$) (79,0%), tăng Pro-calcitonin máu $> 0,5\text{ng/mL}$ (89,5%) và hình ảnh X-Quang phổi thâm nhiễm lan tỏa (42,6%), đông đặc phổi (31,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh,⁴ cho thấy biểu hiện lâm sàng hay gặp của người bệnh bị VPLQTM là ran phổi (94,4%), tăng tiết đờm đục (91,6%), sốt trên 38°C (73,8%), và một số biểu hiện về cận lâm sàng như tăng bạch cầu ($\geq 12 \times 10^9/\text{L}$) (87,9%), biểu hiện trên X-quang phổi thâm nhiễm lan tỏa (3/4 số bệnh nhân), đông đặc phổi (1/4 số bệnh nhân), chỉ số Pro-calcitonin máu phần lớn tăng ở mức $> 0,5\text{ng/ml}$ (chiếm 3/4 bệnh nhân).

Như vậy, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của VPLQTM là khá đầy đủ theo các tiêu chuẩn chẩn đoán ở các nghiên cứu. Các bác sĩ lâm sàng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để có thể chẩn đoán sớm VPLQTM và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm sớm cho người bệnh trước khi có kết quả cấy vi sinh.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $65,8 \pm 17,2$ tuổi (21 – 99 tuổi). Trong đó nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (67,9%).

- Thời gian xuất hiện VPLQTM trung bình là $5,5 \pm 2,4$ ngày, VPLQTM sớm chiếm 42,0%, VPLQTM muộn chiếm 58,0%.

- Triệu chứng lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM là sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (75,3%), ran phổi (88,9%), tăng tiết đờm/đờm đục (95,1%).

- Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM là bạch cầu máu tăng trên $12 \times 10^9/\text{L}$ (79,0%), Pro-calcitonin máu tăng trên $0,5\text{ng/mL}$ (89,5%) và có hình ảnh X-quang phổi thâm nhiễm lan tỏa (42,6%) và đông đặc phổi (31,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases

- Society of America and the American Thoracic Society. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2016;63(5):e61-e111.
- Melsen WG, Rovers MM, Groenwold RH, et al.** Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies. The Lancet Infectious diseases. 2013;13(8):665-671.
 - Wang Y, Eldridge N, Metersky ML, et al.** National trends in patient safety for four common conditions, 2005-2011. The New England journal of medicine. 2014;370(4):341-351.
 - Hoàng Khánh Linh.** Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017-2018: Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
 - Trịnh Thị Hoàng Anh.** Đánh giá vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan đến thở máy tại đơn vị Hồi sức ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2020: Luận văn thạc sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
 - But A, Yetkin MA, Kanyilmaz D, et al.** Analysis of epidemiology and risk factors for mortality in ventilator-associated pneumonia attacks in intensive care unit patients. Turkish journal of medical sciences. 2017;47(3):812-816.
 - Chang L, Dong Y, Zhou P.** Investigation on Risk Factors of Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Cerebral Hemorrhage Patients in Intensive Care Unit. Canadian respiratory journal. 2017;2017:7272080.
 - Liu Y, Di Y, Fu S.** Risk factors for ventilator-associated pneumonia among patients undergoing major oncological surgery for head and neck cancer. Frontiers of medicine. 2017;11(2):239-246.
 - Trần Thị Mộng Lành và Hoàng Tiến Mỹ.** Khảo sát sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi trên bệnh nhân thở máy tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;1(Phụ bản tập 23):75-81.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Đức Toàn^{1,2}, Ngô Xuân Quý²,
Ngô Quốc Duy², Lê Thế Đường², Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nội soi qua tiền đình miệng (TOETVA) bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 98 bệnh nhân (BN) vi ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng tại khoa Ngoại Đầu cổ bệnh viện K trong thời gian từ T1/2020–T12/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 32.8 ± 7.58 ; tỷ lệ nam/nữ: 3/124; kích thước u trung bình 5.5 ± 2.73 mm. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu cắt thùy và eo tuyến giáp chiếm phần lớn, tỷ lệ 86.6%. Biến chứng ít gặp, tất cả hồi phục sau 3 tháng. Kết quả đánh giá bệnh nhân theo thang điểm SF 36 cho thấy bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt với điểm tăng dần theo thời gian. Các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất là chức năng cảm xúc và sức khỏe tâm lý. **Kết luận:** TOETVA là phương pháp hiệu quả mang lại chất lượng cuộc sống tốt với đối tượng vi ung thư thể nhú tuyến giáp

Từ khóa: chất lượng sống, vi ung thư tuyến giáp, Toetva

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN MANAGEMENT OF PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA IN K HOSPITAL

Objectives: This study was evaluated the results and quality of life of TOETVA in management of papillary thyroid microcarcinoma. **Patients and methods:** From 3/2020-3/2022, we performed 127 transoral endoscopic thyroidectomies via the vestibular approach for papillary thyroid microcarcinoma. Clinical features and outcomes were analyzed. **Results:** The average age was 32.8 ± 7.58 years, male/female ratio is 3/124. The average tumor size was 5.5 ± 2.73 mm. 86.6% patients underwent hemithyroidectomy, isthmectomy plus unilateral central neck dissection. The rate of complications was very low. The results of patient evaluation by the SF 36 scale showed that the patient had a good quality of life with increasing scores over time. The most influential factors are role emotional and mental health. **Conclusion:** The TOETVA is effective procedure for treating papillary thyroid microcarcinoma

Keywords: Quality of life, thyroid microcarcinoma, Toetva

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú là nhóm bệnh ở giai đoạn sớm, có tiên lượng tốt với trên 95% bệnh nhân còn sống tại thời điểm sau 20 năm. Phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng TOETVA

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Toàn

Email: tranductoanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023