

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG VIÊM PHỔI Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lưu Thị Chinh¹, Nghiêm Trung Dũng²,
Đỗ Gia Tuyền^{1,2}, Đặng Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm phổi là một nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và đe dọa tính mạng những người bệnh được ghép thận mặc dù đã tăng cường các phương tiện chăm sóc sau phẫu thuật. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá các đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị những người ghép thận bị viêm phổi tại Bệnh viện Bạch Mai. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang với 116 hồ sơ bệnh án của người bệnh ghép thận được chẩn đoán viêm phổi tại Trung tâm Thận tiết niệu – lọc máu Bệnh viện Bạch Mai thời gian từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 7 năm 2022. Kết quả: điều trị tổng cộng 116 đợt viêm phổi trong thời gian nghiên cứu. 6,0% các đợt viêm phổi phát triển trong vòng 1 tháng đầu tiên sau khi cấy ghép, trong khi 20,7% các đợt phát triển trong thời gian 1 - 6 tháng và 73,3% các đợt phát triển sau 6 tháng ghép thận. 21 trường hợp (18,1%) được coi là viêm phổi bệnh viện, và 95 trường hợp (81,9 %) được coi là viêm phổi mắc phải cộng đồng. Virus là nguyên nhân gây bệnh phổ biến nhất (42,2%), nấm xếp thứ 2(28,4%), vi khuẩn(23,3%) trường hợp mắc viêm phổi sau ghép thận. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong giữa bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng và viêm phổi bệnh viện.

Từ khóa: Viêm phổi ghép thận, biến chứng viêm phổi, kết quả, ghép thận, bệnh viện Bạch Mai

SUMMARY

RESEARCH OF PNEUMONITIS COMPLICATIONS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANT AT BACH MAI HOSPITAL

Pneumonia is a leading cause of morbidity and life-threatening illness in kidney transplant recipients despite improved facilities for postoperative care. The study was conducted to evaluate the demographic characteristics, clinical and subclinical characteristics and treatment results of kidney transplant recipients with pneumonia at Bach Mai Hospital. Research method: cross-sectional description with 116 medical records of kidney transplant patients diagnosed with pneumonia at Bach Mai Hospital's Renal Urology - Dialysis Center from October 2016 to July 2022. Results: treated for 116 episodes of pneumonia during the study period. 6.0% of episodes of

pneumonia developed within the first 1 month after transplantation, while 20.7% of episodes developed during 1 - 6 months and 73.3% of episodes developed after 6 months kidney transplant. 21 cases (18.1%) were considered nosocomial pneumonia, and 95 cases (81.9%) were considered community-acquired pneumonia. Virus is the most common cause of disease (42.2%), fungus ranks 2nd (28.4%), bacteria (23.3%), pneumonia cases after kidney transplant. No statistically significant difference in mortality was found between patients with community-acquired pneumonia and hospital-acquired pneumonia.

Keywords: Pneumonia in kidney transplant recipient, pneumonia complications, result, Bach Mai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng sau ghép thận đặc biệt là viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân sau ghép thận. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng viêm phổi sau ghép thận. Nghiên cứu của Hoyo và cs, tỉ lệ viêm phổi sau ghép thận là 8,8% số bệnh nhân, trong đó nguồn gốc từ viêm phổi bệnh viện (38%) và viêm phổi cộng đồng (62%) [1]. Nguyên nhân thường gặp gây viêm phổi sau ghép trong giai đoạn sau ghép một tháng là trực khuẩn gram âm (Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa...), cầu khuẩn gram dương như Staphylococcus aureus hoặc Streptococcus pneumoniae và vi khuẩn kỵ khí. 6 tháng sau khi cấy ghép, gặp vi khuẩn mắc phải trong cộng đồng (S.pneumonia, H.influenza, Mycoplasma, Chlamydia,...). Ngoài ra các mầm bệnh vi khuẩn cơ hội phổ biến: Pneumocystis jirovecii, Mycobacterium tuberculosis / nontuberculous...[2]. Tình trạng nhiễm virus SARS-CoV2 gây nguy hiểm ở bệnh nhân ghép thận. Khi điều tra tỷ lệ hiện mắc COVID-19 ở Bronx, New York, 23% bệnh nhân nhập viện cần điều trị thay thế thận và 6,3% bị mất chức năng thận[3]. Trung tâm Thận tiết niệu – lọc máu của Bệnh viện Bạch Mai là một trong những địa chỉ ghép thận, điều trị và quản lý bệnh nhân ghép thận lớn trong cả nước. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích khảo sát biến chứng viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận tại Trung tâm Thận tiết niệu – lọc máu Bệnh viện Bạch Mai trong 6 năm gần đây.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Chinh

Email: bsluuchinhbvdg@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân trên 16 tuổi đã ghép thận được chẩn đoán và điều trị viêm phổi tại Trung tâm Thận tiết niệu – Lọc máu Bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn các tiêu chuẩn:

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Bệnh nhân tiền sử ghép thận được chẩn đoán viêm phổi.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng, dựa vào tiêu chuẩn hướng dẫn của Hội lồng ngực Anh 2009[4]

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định viêm phổi bệnh viện: sau 48h nhập viện xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi[4]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân tiền sử ghép thận không điều trị viêm phổi tại Bệnh viện Bạch Mai.

- Tất cả bệnh nhân ghép thận có ổ nhiễm trùng ở nơi khác hoặc đang nghi ngờ có nhiễm trùng từ nơi khác, không kèm theo tổn thương phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu: lựa chọn các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 10/2016 - 07/2022.

2.3. Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả đặc điểm tuổi, giới, thời gian sau ghép thận bị viêm phổi, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi sau ghép thận. Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2.4. Quy trình xử lý mẫu bệnh phẩm:

Bệnh phẩm là mẫu đờm, dịch rửa phế quản, dịch hút qua ống nội khí quản, dịch màng phổi, dịch tỵ hầu và máu tĩnh mạch ngoại vi. Bệnh phẩm được đựng ở lọ vô trùng có nắp vặn và gửi đến ngay phòng xét nghiệm vi sinh. Bệnh phẩm được nhuộm soi tìm AFB, nấm,..., định danh căn nguyên vi sinh bằng phương pháp nuôi cấy, Realtime-PCR. Kết quả nuôi cấy ghi nhận dương tính khi định lượng dịch tiết đường hô hấp dưới có giá trị[5]: Đờm: > 1x 10⁵ CFU/ml, chất tiết khí quản: > 1x 10⁶ CFU/ml, chổi quét có bảo vệ: > 1x 10³ CFU/ml, dịch rửa phế quản phế nang: > 1x 10⁴ CFU/ml, hoặc phân lập vi khuẩn từ cấy máu hay dịch màng phổi, dịch tỵ hầu.

2.5. Xử lý số liệu và tính toán thống kê.

Tất cả bệnh án nghiên cứu được thu thập số liệu theo một biểu mẫu thống nhất có sẵn đã được lập trình. Các số liệu, tỉ lệ phần trăm được thể hiện ở các bảng. Các số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS Statistics 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (N=116)

	Phân loại	n	%	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi	≤40	83	71,6	36,47± 11,08 Min:19, Max:66
	>40	33	28,4	
Giới	Nam	90	77,6	
	Nữ	26	22,4	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 36,47 ± 11,08. Nhóm bệnh nhân nam có tỷ lệ cao hơn nữ (lần lượt là 77,6% và 22,4%).

Bảng 2: Thời gian xảy ra viêm phổi sau ghép thận (tháng) (N=116)

Thời gian	n	%
0 – 1 tháng	7	6,0
1 – 6 tháng	24	20,7
>6 tháng	85	73,3
Min	0.07 tháng (2 ngày)	
Max	186 (tháng)	
$\bar{X} \pm SD$	24,11 ± 28,54(tháng)	
95% CI	18,9 – 29,3 (tháng)	

Nhận xét: Thời gian trung bình xảy ra viêm phổi sau ghép thận 24,11 ± 28,54 tháng, nhóm sau ghép thận dưới 1 tháng có 7 lượt bệnh nhân(6,0%), nhóm sau ghép 1 - 6 tháng có 24 lượt bệnh nhân(20,7%), nhóm sau ghép 6 tháng có 85 lượt bệnh nhân(73,3%) mắc.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện hoặc khởi phát(N=116)

Triệu chứng	n	%	
Sốt	72	62,1	
Đau ngực	26	22,4	
Khó thở	30	25,9	
Ho khan	48	41,4	
Ho đờm	60	51,7	
Khám phổi	Ran ẩm	17	14,6
	Ran nổ	83	71,5
	Ran rít, ran rã	4	3,5
	Thông khí kém, không ran	27	23,4
	Hội chứng 3 giảm	8	6,9

Nhận xét: Sốt là triệu chứng phổ biến nhất với 72 lượt (62,1%), 26 lượt đau ngực (22,4%), có 30 lượt biểu hiện khó thở (25,9%), có 48 lượt biểu hiện ho khan (41,4%), có 60 lượt biểu hiện ho đờm (51,7%).

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm máu (N=116)

Xét nghiệm	n	%	95% CI	
Số lượng BC (G/L)	< 4	3	2,6	9,72 – 11,42
	4 – 10	57	49,1	
	>10	56	48,3	

Ure (mmol/L)	< 7,5	72	62,1	8,23 – 11,54
	>7,5	44	37,9	
Creatinin (µmol/L)	≤ 104	34	29,3	151,02 – 215,50
	>104	82	71,7	
CRP-hs (n=116)				4,48 – 6,80
Procalcitonin (n=59)				1,41 – 10,78

Nhận xét: Trong 116 lượt điều trị, có 48,3% các đợt lây nhiễm có tăng bạch cầu và 2,6% bị giảm bạch cầu. Xét nghiệm ure dao động chủ yếu 8,23 -11,54 mmol/l. Về chức năng thận ghép trong các đợt điều trị, Creatinin trung bình dao động 151,02 – 215,5 µmol/L. Đánh giá tình trạng viêm, xét nghiệm CRP-hs chủ yếu trong khoảng 4,48 – 6,8 mg/dl. Có 59 trường hợp được xét nghiệm Procalcitonin, kết quả chủ yếu trong khoảng 1,41 – 10,78 ng/ml.

Bảng 5: Đánh giá tổn thương phổi trên phim chụp CLVT lồng ngực

Vị trí tổn thương	n	%
Bên trái	16	16,5

Bên phải	19	19,6
Cả 2 bên	62	63,9
Tổng	97	100

Dạng tổn thương	n	%
Dạng đám mờ	69	71,1
Dạng kính mờ	54	55,7
Dạng lưới, nốt	36	37,1
Dày vách liên tiểu thùy, dày tổ chức kẽ	61	62,9
Xẹp phổi	6	6,2
Tràn dịch màng phổi	14	14,4
Giãn phế quản	12	12,4
Hang	3	3,1
U phổi	1	1,03

Nhận xét: Các dạng tổn thương gặp chủ yếu dạng đám mờ 69 trường hợp (71,1%), dày vách liên tiểu thùy, dày tổ chức kẽ có 61 trường hợp (62,9%), dạng kính mờ có 54 trường hợp (55,7%), dạng lưới nốt 36 trường hợp (37,1%), 14 trường hợp tràn dịch màng phổi (14,4%), 12 trường hợp có giãn phế quản (12,4%), 3 trường hợp tổn thương dạng hang(3,1%), 1 trường hợp có u phổi (1,03%).

Bảng 6: Đặc điểm định danh căn nguyên gây viêm phổi (N=116)

Căn nguyên	Định danh	Viêm phổi cộng đồng (n=95)	Viêm phổi bệnh viện (n=21)	Tổng (N=116)
Vi khuẩn	Klebsiella pneumoniae	3(3,2%)	2(9,5%)	5(4,3%)
	Escherichia coli	2(2,1%)	2(9,5%)	4(3,4%)
	Pseudomonas aeruginosa	-	4(19,0%)	4(3,4%)
	Acinetobacter baumannii	-	2(9,5%)	2(1,7%)
	Klebsiella aerogenes	-	1(4,8%)	1(0,9%)
	Burkholderia cepacia	-	1(4,8%)	1(0,9%)
	Raltonia pickettii	-	1(4,8%)	1(0,9%)
	Staphylococcus aureus	3(3,2%)	-	3(2,6%)
	Streptococcus pneumoniae	1(1,1%)	-	1(0,9%)
	Mycobacter tuberculosis	5(5,3%)	-	5(4,3%)
Virus	CMV	39(41,1%)	5(23,8%)	44(37,9%)
	Sars-CoV 2	2(2,1%)	-	2(1,7%)
	Influenza A,B	2(2,1%)	-	2(1,7%)
	EBV	1(1,1%)	-	1(0,9%)
Nấm	Aspergillus flavus	3(3,2%)	1(4,8%)	4(3,4%)
	Aspergillus fumigatus	1(1,1%)	1(4,8%)	2(1,7%)
	Nấm men(soi tươi)	4(4,2%)	1(4,8%)	5(4,3%)
	Pneumocystis jirovecii	22(23,2%)	-	22(19,0%)

Nhận xét: Vi khuẩn gây bệnh ở 27 lượt viêm phổi(23,3%), trong đó vi khuẩn gram âm thường gặp nhất là Klebsiella pneumoniae (4,3%), vi khuẩn gram dương thường gặp nhất là Staphylococcus (2,6%), vi khuẩn lao với tỉ lệ 4,3%. Căn nguyên virus gây ra 49 lượt viêm phổi (42,2%), trong đó CMV gây bệnh tỉ lệ 37,9%, Sars-CoV2 gây bệnh ở 2 lượt (1,7%). Căn nguyên nấm gây bệnh ở 11 lượt viêm phổi (9,4%), trong khi Pneumocystis jirovecii gây bệnh ở 22 lượt viêm phổi (19,0%).

Bảng 8: Phương pháp điều trị và kết quả điều trị

		Viêm phổi cộng đồng (n=95)	Viêm phổi bệnh viện (n=21)	p
Điều	Không thở oxy	50(52,6%)	3(14,3%)	0,005

trị hỗ trợ	Thở oxy kính	27(28,4%)	13(61,9%)	0,005
	Thở oxy mask	8(8,4%)	1(4,8%)	0,005
	Thở máy không xâm nhập	4(4,2%)	1(4,8%)	0,005
	Thở máy xâm nhập	6(6,3%)	3(14,3%)	0,005
	Lọc máu cấp cứu	6(6,3%)	4(19,0%)	0,167
Biến chứng	Sốc nhiễm khuẩn	3(3,2%)	3(14,3%)	0,167
	Thải ghép cấp	-	4(19,0%)	0,167
Kết quả điều trị	Khỏi, ra viện	79(83,2%)	19(90,4%)	0,170
	Chuyển tuyến	15(15,7%)	1(4,8%)	0,170
	Tử vong	1(1,1%)	1(4,8%)	0,170

Nhận xét: Về kết quả điều trị, nhóm viêm phổi cộng đồng đa phần khỏi bệnh (83,2%), 15 trường hợp (15,7%) chuyển tuyến điều trị, 1 trường hợp tử vong (1,1%). Đối với nhóm viêm phổi bệnh viện 19 lượt (90,4%) các trường hợp khỏi bệnh, 1 lượt (4,8%) chuyển tuyến và 1 trường hợp tử vong (4,8%).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $36,47 \pm 11,08$. Nhóm bệnh nhân nam có tỷ lệ gấp hơn 3 lần nhóm bệnh nhân nữ (lần lượt là 77,6% và 22,4%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Shreepriya Mangalgi và cộng sự (2021), một trăm lẻ hai đợt nhiễm trùng phổi được quản lý ở 88 bệnh nhân trong suốt thời gian nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,7-10,7 tuổi (phạm vi 18-63) và 70 (79,6%) là nam giới [6]. Theo nghiên cứu của Sibel Kara và Nazan Sen, mười tám bệnh nhân có 25 đợt viêm phổi, với tỷ lệ tích lũy là 13,4%. Trong số 18 bệnh nhân viêm phổi, 16 bệnh nhân (88,8%) là nam giới, tuổi trung bình là $42,6 \pm 13,6$ tuổi [7].

Nhiễm trùng sau khi ghép thận được mô tả theo mô hình thời gian được phân tầng: từ 0-1 tháng (tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, có nguồn gốc từ người hiến tặng), từ 1-6 tháng (nhiễm trùng cơ hội thường gặp do mức độ ức chế miễn dịch tích lũy cao, và khoảng thời gian hơn 6 tháng (thường là các bệnh nhiễm trùng do cộng đồng mắc phải vì mức độ ức chế miễn dịch duy trì thấp hơn [8], [9]). Trong nghiên cứu, thời gian xảy ra viêm phổi sau ghép thận đa phần từ 18,9 - 29,3 tháng, trong đó nhóm sau ghép thận dưới 1 tháng có 7 lượt bệnh nhân (6,0%), nhóm sau ghép 1-6 tháng có 24 lượt bệnh nhân (20,7%), nhóm sau ghép 6 tháng có 85 lượt bệnh nhân (73,3%) mắc viêm phổi. Theo nghiên cứu Shreepriya Mangalgi và cộng sự, thời gian trung bình là 35,5 tháng (khoảng 0,5- 281 tháng). Ba đợt (2,9%) xảy ra trong tháng đầu tiên sau khi cấy ghép. Có 19 đợt (18,6%) xảy ra từ 1 đến 6 tháng và 11 (10,8%) xảy ra từ 7 đến 12 tháng sau ghép. 69 (67,7%) xảy ra trên 1 năm

sau ghép tạng [6].

Về lâm sàng, sốt là triệu chứng phổ biến nhất với 72 lượt (62,1%), 60 lượt ho đờm (51,7%), có 48 lượt ho khan (41,4%), có 30 lượt khó thở (25,9%), 26 lượt đau ngực (22,4%), 8 lượt tràn dịch màng phổi (6,9%). Kết quả này với nghiên cứu của Shreepriya Mangalgi và cộng sự, 84,3% sốt, 72,6% ho khan, 38,2% ho đờm, 36,3% khó thở, 10,8% ho máu, 9,8% đau ngực [6]. Có 48,3% các đợt lây nhiễm có tăng bạch cầu và 2,6% bị giảm bạch cầu. Creatinin trung bình dao động 151,02 - 215,5 $\mu\text{mol/L}$. Nghiên cứu của Shreepriya Mangalgi và CS, creatinine huyết thanh trung bình 185,6 - 256,4 $\mu\text{mol/L}$, 25,5% các đợt tăng bạch cầu và 16,7% bị giảm bạch cầu. Chỉ số xét nghiệm CRPhs chủ yếu trong khoảng 4,48 - 6,8 mg/dl. Có 59 trường hợp được xét nghiệm Procalcitonin, kết quả chủ yếu trong khoảng 1,41 - 10,78 ng/ml. Trong nghiên cứu của Oguzhan Sitki Dizdar và CS, giá trị xét nghiệm ure $30 \pm 17 \text{mmol/l}$, creatinin $141 \pm 80 \mu\text{mol/L}$, CRPhs $7 \pm 8 \text{mg/dL}$, procalcitonin $5 \pm 13 \text{ng/ml}$ [10].

Về tổn thương phổi trên phim CLVT, tổn thương gặp chủ yếu dạng đám mờ 69 lượt (71,1%), dày vách liên tiểu thùy, dày tổ chức kẽ có 61 lượt (62,9%), dạng kính mờ có 54 lượt (55,7%), dạng lưới nốt 36 lượt (37,1%), 14 lượt tràn dịch màng phổi (14,4%). Nghiên cứu của Tao Jiang và CS, X quang ngực đơn thuần không cho thấy bất thường rõ ràng nào trong 16,7% trường hợp được chẩn đoán sau đó bằng chụp CLVT lồng ngực độ phân giải cao. Biểu hiện HRCT chủ yếu là kính mờ (55/89, 61,8%), tổn thương dạng lưới (52/89, 58,4%), dấu hiệu nốt (52/89, 58,4%), dày màng phổi (35/89, 42,7%), dày tổ chức kẽ (22/89, 24,7%), tràn dịch màng phổi (21/89, 23,6%), và chồi cây (13/89, 14,6%). Các biểu hiện trên CT của nhiễm trùng phổi do các mầm bệnh khác nhau rất đa dạng và phức tạp, thiếu các dấu hiệu đặc trưng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào được tìm thấy trong các biểu hiện HRCT giữa vi khuẩn và các

bệnh nhiễm trùng do mầm bệnh khác.

Vi khuẩn gây bệnh ở 27 lượt viêm phổi (23,3%), vi khuẩn lao gây bệnh với tỉ lệ 4,3%. Căn nguyên virus gây ra 49 lượt viêm phổi (42,2%), CMV gây bệnh 37,9%, Sars-CoV2 gây bệnh ở 2 lượt (1,7%). Căn nguyên nấm gây bệnh ở 11 lượt (9,4%), trong khi Pneumocystis jirovecii gây bệnh ở 22 lượt (19,0%). Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu đã được công bố. Theo nghiên cứu của Shreepriya Mangalgi và CS, chẩn đoán vi sinh được trong 71 (69,6%) đợt, trong đó một tác nhân gây bệnh đơn lẻ ở 46 (64,8%) và 25 (35,2%) có căn nguyên đa vi khuẩn. Nhiễm khuẩn gặp trong 30 lượt (29,4%). Nhiễm nấm 21 lượt (20,6%) và lao ở 24 lượt (23,5%), Pneumocystis jirovecii được phát hiện ở 11 lượt (10,8%), virus ở 9 lượt (8,8%)[6].

Về kết quả điều trị, nhóm viêm phổi cộng đồng đa phần khỏi bệnh (83,2%), 15 trường hợp (15,7%) chuyển tuyến điều trị lao, chuyển theo dõi tại trung tâm ghép thận khác hoặc điều trị Sars-CoV 2. Đối với nhóm viêm phổi bệnh viện 19 lượt (90,4%) các trường hợp khỏi bệnh, 1 lượt (4,8%) chuyển tuyến. Trong nghiên cứu này, sự hồi phục hoàn toàn được quan sát thấy ở tất cả các bệnh nhân, ngoại trừ 2 (1,7%), đã tử vong. So sánh viêm phổi bệnh viện và viêm phổi mắc phải cộng đồng về tiên lượng và tử vong cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, phát hiện này được cho là do số lượng bệnh nhân nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi sau ghép thận là một trong những biến chứng nguy hiểm cần phát hiện và điều trị kịp thời. Theo nghiên cứu tại bệnh viện Bạch

Mai, căn nguyên gây bệnh thường gặp nhất là Cytomegalovirus (CMV) và Pneumocystis jirovecii (PCP), có thể điều trị khỏi nhưng nguy cơ tái nhiễm cao do phải sử dụng thuốc ức chế miễn dịch chống thải ghép. Việc nhận biết kịp thời vi sinh vật có liên quan là rất quan trọng để bắt đầu liệu pháp kháng sinh và xác định thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoyo, I., et al., Epidemiology of pneumonia in kidney transplantation. *Transplant Proc*, 2010. **42**(8): p. 2938-40.
2. Wilmes, D., et al., Bacterial pneumonia in kidney transplant recipients. *Respir Med*, 2018. **137**: p. 89-94.
3. Azzi, Y., et al., COVID-19 infection in kidney transplant recipients at the epicenter of pandemics. *Kidney Int*, 2020. **98**(6): p. 1559-1567.
4. Lim, W.S., et al., BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax*, 2009. **64 Suppl 3**: p. iii1-55.
5. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp. Bộ Y tế, 2012.
6. Mangalgi, S., et al., Pulmonary infections after renal transplantation: a prospective study from a tropical country. *Transpl Int*, 2021. **34**(3): p. 525-534.
7. Kara, S., et al., Pneumonia in Renal Transplant Recipients: A Single-Center Study. *Exp Clin Transplant*, 2018. **16 Suppl 1**(Suppl 1): p. 122-125.
8. Kinnunen, S., et al., Secular Trends in Infection-Related Mortality after Kidney Transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2018. **13**(5): p. 755-762.
9. van Delden, C., et al., Burden and Timeline of Infectious Diseases in the First Year After Solid Organ Transplantation in the Swiss Transplant Cohort Study. *Clin Infect Dis*, 2020. **71**(7): p. e159-e169.
10. Oguzhan Sitki Dizdar, A.E., Halis Akalin, Pneumonia After Kidney Transplant: Incidence, Risk Factors, and Mortality. *Experimental and Clinical Transplantation*, 2014. **12**(3): p. 205 - 211.

SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ VÀ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

Lê Thanh Dũng¹, Nguyễn Thị Kim Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính (PPV) và giá trị dự đoán âm tính

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Trường Đại học Y dược, ĐHQG Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

(NPV) của siêu âm và cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán viêm ruột thừa (VRT) ở phụ nữ có thai (PNCT). **Phương tiện và phương pháp:** Số liệu của 52 PNCT lâm sàng nghi ngờ VRT đã được siêu âm và chụp cộng hưởng từ ổ bụng 1.5 Tesla. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và phẫu thuật và giải phẫu bệnh. Đối với bệnh nhân không phẫu thuật, dựa vào kết quả theo dõi bệnh nhân. Tính toán các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV và NPV của siêu âm và CHT trong chẩn đoán VRT. **Kết quả:** Khả năng quan sát thấy ruột thừa trên CHT là 90,38% cao hơn đáng kể so với siêu âm là 28,85%. Các giá trị Se, Sp, PPV, NPV của CHT lần lượt là 92,3%, 94,9%, 85,7%, 97,4% và của siêu