

một trẻ trai trên 6 tuổi với HLA -B 27(+) là một gợi ý để chẩn đoán thể bệnh viêm điểm bám gân theo phân loại của ILAR sau khi đã loại trừ các thể lâm sàng khác. Điều đáng quan tâm là bệnh nhân với HLA- B 27(+) thì bệnh có xu hướng sẽ hoạt động liên tục hoặc bệnh có thể thuyên giảm nhưng sau đó lại có thể tái phát. Một số nghiên cứu gần đây đã đề cập về yếu tố tiên lượng xấu của các bệnh nhân VKTPTN với HLA-B 27(+)[4]. Hsu và cs thấy rằng bệnh nhân mang gen HLA B 27(+) thì không đạt được tình trạng lui bệnh đầu tiên khi bệnh nhân mới được chẩn đoán [5]. Prunsiid và cs cho biết bệnh nhân VKTPTN với HLA - B 27(+) có một giai đoạn tăng cao kéo dài các chỉ số viêm so với các bệnh nhân mà HLA- B 27(-) [6]. Hsin-Hui Yu cho biết tần suất (+) của HLA- B 27 thay đổi rõ rệt trên thế giới: 24% ở miền bắc Scandinavi, 4% ở Bắc Phi, 2 – 9% ở Trung Quốc...[7]. Chúng tôi có tỷ lệ bệnh không hoạt động 25% sau 12 tháng điều trị. Theo tác giả[7], các bệnh nhân có thể viêm điểm bám gân mang HLA- B27(+) thì có xu hướng bệnh hoạt động xảy ra liên tục hoặc tái phát, một điểm tiên lượng xấu hơn so với thể viêm ít khớp và viêm đa khớp, cho nên bệnh nhân cần phải được theo dõi trên khoảng thời gian dài hơn, tác giả cũng cho rằng cần thiết phải điều trị tích cực bệnh này đặc biệt là đối với HLA(+) và có tiền sử gia đình mắc bệnh.

V. KẾT LUẬN

Viêm khớp thiếu niên thể bám gân: trẻ trai (100%), tuổi khởi bệnh trung bình: 10,30 ±

3,27. Tổn thương khớp ở chi dưới chiếm trên 90%. Cận lâm sàng: thiếu máu ít gặp; phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA- B 27(+) chiếm 75%; tỷ lệ bệnh hoạt động giảm 75% sau 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colber RA, (2010), Classification of juvenile spondyloarthritis: Enthesitis- related arthritis and beyond. *Nat Rev Rheumatol*, 6 (8), 477 -485.
2. N. Adib et al, (2008), Association between duration of symptoms and severity of disease at first presentation to paediatric rheumatology: results from the Childhood Arthritis Prospective Study, *Rheumatology*, 47:991–995.
3. Shen CC, Yeh KW, Ou LS, et al (2013), Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: a community-based cohort study in Taiwan., *J Microbiol Immunol Infect*; 46(4):288-94. doi: 10.1016/j.jmli.2012.03.006. Epub 2012 Jun 21.
4. Chang-Ching Shen et al (2013), Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: A community-based cohort study in Taiwan, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 46, 288 – 294.
5. Hsu CT, Lin YT et al, (2004), Factors affecting clinical and therapeutic outcomes of patients with juvenile rheumatoid arthritis, *Scand J Rheumatol*, 33:312-7
6. Prunsiid C et al, (2007), Incidence of juvenile idiopathic arthritis in children in Estonia: a prospective population – base study, *Scand J Rheumatol*. 2007 Jan-Feb; 36(1):7-13.
7. Hsin-Hui Yu, et al, (2013), Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan, 8(8), 1 – 8.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI SINH GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN SỚM VÀ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN MUỘN Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Chí*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy làm tăng thời gian nằm viện, chi phí và tăng tỷ lệ tử vong, tìm hiểu căn nguyên vi sinh là rất quan trọng trong cho chiến lược điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu căn nguyên vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân

thở máy. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** từ 9/2009 đến 8/2011 có 77 bn đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** có 30 bn viêm phổi liên quan thở máy. Căn nguyên vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm gặp nhiều nhất là Acinetobacter, chiếm 40%; tiếp đến là Pseudomonas aeruginosa, chiếm 25.7%, các vi khuẩn khác là Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa và Staphylococcus aureus. Vi khuẩn gây viêm phổi muộn chủ yếu là Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa, đa kháng kháng sinh, tỷ lệ kháng cao đối với Ampicillin + Sulbactam, Amikacin, Ceftazidime và Ciprofloxacin. **Kết luận:** căn nguyên vi sinh chủ yếu gây viêm phổi bệnh viện liên quan thở máy là Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa, kháng với nhiều loại kháng sinh thường dùng hiện nay.

*Khoa Cấp cứu A 9, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chí
 Email: chinvn@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 10.11.2016
 Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017
 Ngày duyệt bài: 26.01.2017

SUMMARY**RESEARCHING THE ETIOLOGIES OF EARLY AND LATE NOSOCOMIAL PNEUMONIA IN VENTILATED PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL**

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) is a common complication in patient who is on ventilator with the prevalence is about 25-50%. It also impacts on hospitalized duration, treatment cost as well as mortality. **Subject:** To analysis the etiologies of ventilator-associated pneumonia. **Objects and method:** from 9/2009 to 8/2011 at the Emergency Department and ICU Bach Mai hospital, there were 77 patients who had met all the criteria selected to the study. **The results:** The most of causes were Acinobacter baumanniae (account for 40%), the others were Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, and Staphylococcus aureus. The major causes of late-onset VAP are Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa, which are high resistant with variety kinds of antibiotics such as: Ampicillin+Subactam, Amikacin, Cefazidime and Ciprofloxacin. **Conclusion:** The major causes of VAP are Acinetobacter and Pseudomonas aeruginosa, which are highly resistant stains.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở máy là một trong các biện pháp hồi sức quan trọng để điều trị các bệnh nhân (BN) nặng. Tuy nhiên, viêm phổi do thở máy là một trong các biến chứng thường gặp, chiếm 25% đến 50% số bệnh nhân thở máy [1] [2] [3] [4]. Viêm phổi do thở máy làm tăng thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tử vong, tăng chi phí điều trị [1] [2] [5] [6]. Có nhiều nghiên cứu áp dụng các biện pháp khác nhau mục đích để làm giảm tỉ lệ viêm phổi do thở máy, như rửa tay, nằm đầu cao, dùng phin lọc ẩm, hút liên tục dịch trên bóng chèn nội khí quản,...[6] [7]. Lựa chọn KS theo kinh nghiệm một cách hợp lý sẽ thực sự cứu sống nhiều BN hơn tất cả các liệu pháp điều trị khác tại các khoa hồi sức cấp cứu. Lựa chọn kháng sinh không thích hợp làm tăng tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy [5].

Việc lựa chọn kháng sinh cho bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy phải dựa vào căn nguyên vì sinh của từng khoa, từng bệnh viện khác nhau. Việc nghiên cứu căn nguyên vì sinh gây viêm phổi liên quan thở máy phải được tiến hành thường xuyên, dựa vào đó các bác sĩ xây dựng các phác đồ kháng sinh hợp lý cho bệnh nhân.

Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm vì sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân thở máy tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch mai*".
Mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm vì sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân thở máy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.**

- Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản thời gian trên 48 giờ.

- Thời gian nghiên cứu: 09/2009-08/2011.

2.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi do thở máy (VAP)

2.1.2.1. Chẩn đoán lâm sàng: Dựa theo bảng điểm lâm sàng viêm phổi CPIS (Clinical pulmonary infection score) của Schurink: Bệnh nhân được chẩn đoán là VAP khi có điểm viêm phổi ≥ 6 sau thở máy ít nhất 48 giờ hoặc sau thời gian ngừng thở máy không quá 48 giờ. Viêm phổi sớm khi thời gian từ khi thở máy đến khi bị viêm phổi dưới 5 ngày, viêm phổi muộn từ 5 ngày trở lên.

2.1.2.2. Chẩn đoán vi sinh: Kết quả nuôi cấy dịch phế quản dương tính.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi từ trước: sốt, tăng bạch cầu, có thính nhiễm phổi...

- Bệnh nhân tử vong trong vòng 48 giờ sau khi được đặt nội khí quản thở máy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Thu thập số liệu**2.2.2.1. Các thông số nền**

- Tuổi, giới, điểm APACHE II (The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation score)

- Tiền sử bệnh: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, chấn thương, phẫu thuật...

- Chẩn đoán vào khoa điều trị

2.2.2.2. Các thông số trong quá trình điều trị

- Hàng ngày tính điểm viêm phổi theo bảng điểm CPIS (Clinical pulmonary infection score) của Schurink. Chẩn đoán viêm phổi vào ngày thứ

mấy sau thở máy. Khi điểm lâm sàng viêm phổi ≥ 6 điểm, bệnh phẩm đờm được lấy bằng rửa

phế nang qua nội soi phế quản hoặc lấy bằng chổi quét có nồng bảo vệ.

- Định danh vi khuẩn bằng máy Phoenix, nuôi cấy theo phương pháp bán định lượng tại khoa vi sinh Bệnh viện Bạch mai, kết quả được coi là dương

tính có ý nghĩa với ngưỡng $\geq 10^3$ vi khuẩn/ml tương đương $\geq 10^3$ vi khuẩn/ml bệnh phẩm.

- Kháng sinh đồ được thực hiện bằng phương pháp khuếch tán đĩa

- Kết thúc nghiên cứu khi bệnh nhân được rút nội khí quản, khi bệnh nhân tử vong hoặc được chẩn đoán viêm phổi do thở máy.

- Các bệnh nhân nghiên cứu sẽ được theo dõi cho đến khi ra khỏi khoa Cấp cứu hoặc khoa Hồi

sức tích cực.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung:

- Có 77 BN đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $56,1 \pm 23,7$, điểm APACHE II trung bình $16,9 \pm 7,2$, bệnh lý nguyên nhân và lý do đặt ống nội khí quản chủ yếu là do bệnh

ly thần kinh (bảng 3.1)

- Số BN bị viêm phổi liên quan thở máy là 30 bệnh nhân, chiếm 38,9%. Trong đó số BN bị viêm phổi sớm liên quan thở máy là 12/77, chiếm 15,6%; số BN viêm phổi muộn là 18/77, chiếm 23,4%.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của 2 nhóm

		N = 77
Tuổi (trung bình \pm SD)		56.1 \pm 23.7
Nam		43 (55.8%)
Nữ		34 (44.2%)
APACHE II (trung bình \pm SD)		16.9 \pm 7.2
Bệnh lý nguyên nhân (n, %)	COVID	10 (12.9)
	Tai biến mạch não	35 (44.5)
	Bệnh thần kinh khác	11 (14.3)
	Bệnh lý tim mạch	15 (19.5)
	Sốc nhiễm khuẩn	6 (7.8)
Lý do đặt ống nội khí quản (n, %)	Suy hô hấp cấp	12 (15.6)
	Sốc	10 (12.9)
	Suy tim	9 (11.7)
	Bệnh lý thần kinh	46 (59.7)

Tai biến mạch não bao gồm: nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện

Bệnh lý thần kinh khác gồm: nhược cơ, Guillain Barre, trạng thái động kinh

3.2. Đặc điểm vi sinh gây viêm phổi:

3.2.1. Loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy: vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi liên quan thở máy là *Acinetobacter*, chiếm 40%; tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*, chiếm 26.7%, tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* (bảng 3.2)

Bảng 3.2: loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy

Số TT	Loại vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ gặp chung (%)
1	<i>Acinetobacter Humaniae</i>	40
2	<i>Pseudomonas Earuginosa</i>	26,7
3	<i>Serratia marcescens</i>	13,4
4	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	6,7
5	<i>Klebsiella Pneumonia</i>	3,3
6	<i>Staphylococcus Aureus</i>	3,3
7	<i>Burkholderia Cepacia</i>	3,3
8	<i>E. coli</i>	3,3

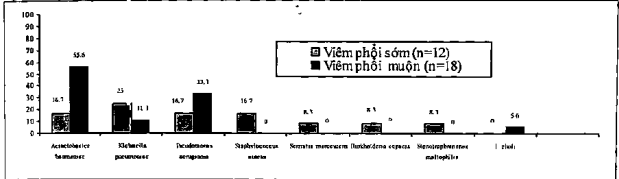
Bảng 3.3: Tỷ lệ đề kháng KS của *Acinetobacter* (n=12) và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* (n=8)

Số TT	Thuốc kháng sinh	<i>Acinetobacter</i> (%)	<i>Pseudomonas</i> (%)
1	Ampicillia + Sulbactam	58,30	62,50
2	Ceftazidime	75,00	50,00
3	Piperacillin+Tazobactam	66,70	37,50
4	Imipenem	58,30	25,00
5	Mcropenem	58,30	25,00
6	Ciprofloxacin	75,00	50,00
7	Amikacin	66,70	62,50
8	Doxycycline	41,70	
9	Monocycline	16,70	
10	Colistin	0	0

3.2.2. Loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm và muộn:

- Nhóm viêm phổi sớm: các vi khuẩn gây viêm phổi chủ yếu là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* (biểu đồ 3.2)

- Nhóm viêm phổi muộn: vi khuẩn gây viêm phổi chủ yếu là *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* (biểu đồ 3.1)



Biểu đồ 3.1: loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm và muộn

3.2.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa*:

- Đối với *Acinetobacter*: đề kháng cao nhất đối với kháng sinh ceftazidime và Ciprofloxacin (75%), chi có Colistin hoàn toàn không bị kháng (bảng 3.3)

- Đối với *Pseudomonas aeruginosa*: đề kháng cao nhất đối với kháng sinh Ampicillin+sulbactam và Amikacin (bảng 3.3)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy: xác định chính xác loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy rất quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng trong việc điều trị kháng sinh hợp lý cho bệnh nhân. Việc nhận biết loại vi khuẩn thường gặp gây viêm phổi liên quan thở máy sẽ giúp ích cho các bác sỹ lâm sàng lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm một cách hợp lý.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi liên quan thở máy là *Acinetobacter*, chiếm 40%; *Pseudomonas aeruginosa* đứng hàng thứ 2, chiếm 26.7%; tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* (bảng 3.3). Loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Thomas và Babcock [3], vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy nhiều nhất là *Pseudomonas aeruginosa*, chiếm 18% và 25.2%, trong khi đó *Acinetobacter* chỉ chiếm 8% và 5.8%. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Giang Thục Anh [1] và Vũ Hải Vinh [2], vi khuẩn gặp nhiều nhất là *Acinetobacter* lần lượt là 43.3 và 46.6%, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*.

4.2. Vi khuẩn gây viêm phổi sớm và muộn: loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là *Klebsiella*

pneumoniae, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* (biểu đồ 3.1). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Hilary M.Babcock [3], Valles [5], Kess Smulders [6]. Trong khi đó vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi muộn là *Acinetobacter* (55.6% - bảng 3.3), tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa* (33.3% - biểu đồ 3.2). Nhận xét này khác với nghiên cứu của Babcock [3], Valles [5], Kess Smulders [6], loại vi khuẩn hay gặp gây viêm phổi muộn do thở máy là *Pseudomonas aeruginosa*.

4.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh: viêm phổi liên quan thở máy là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong, thời gian thở máy, thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị cho bệnh nhân. Để giúp cho các bác sỹ trong việc lựa chọn kháng sinh hợp lý và việc xuống thang kháng sinh, việc làm kháng sinh đồ để xác định vi khuẩn nhạy cảm hay đề kháng với các loại kháng sinh thường dùng rất quan trọng.

Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá tỷ lệ đề kháng đối với 2 loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy thường gặp nhất hiện nay là *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa*. Bảng 3.3 cho thấy *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* kháng lại nhiều loại kháng sinh thường dùng hiện nay với tỷ lệ khá cao, trong đó *Acinetobacter* có tỷ lệ đề kháng với Ceftazidime và Ciprofloxacin đến 75%; *Pseudomonas aeruginosa* kháng cao nhất với Ampicillin +

Sulbactam và Amikacin (62.5%). Ngay cả với nhóm kháng sinh phổ rộng, hoạt lực mạnh như Imipenem và Meropenem, tỷ lệ đề kháng của *Acinetobacter* cũng lên đến hơn 50%. Trong nghiên cứu chúng tôi, duy nhất Colistin chưa bị *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* đề kháng. Nghiên cứu năm 2009 ở bệnh viện Việt Đức và Chợ Rẫy cũng cho thấy *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* cũng đề kháng với nhiều loại kháng sinh, tỷ lệ đề kháng cao với Ceftazidime, Amikacin, Ciprofloxacin, tiếp đến là nhóm Carbapenem.

V. KẾT LUẬN

1. Loại vi khuẩn gây viêm phổi sớm liên quan thở máy thường gặp là *Acinetobacter baumanniae*, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*, các vi khuẩn khác ít gặp hơn là *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *E.coli*. Vi khuẩn gây viêm phổi muộn chủ yếu là *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa*.

2. *Acinetobacter* và *Pseudomonas aeruginosa* đề kháng với nhiều loại kháng sinh, cao nhất đối với Ampicillin+Sulbactam, Amikacin, Ceftazidime và Ciprofloxacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giàng Thực Anh** (2004). "Nhận xét tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn BV tai khoa ĐTTT BV Bạch Mai 2003 – 2004". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Vũ Hải Vĩnh** (2005). "Đánh giá nhiễm khuẩn phổi trong điều trị bệnh nhân thở máy bằng bảng điểm nhiễm khuẩn phổi". Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Babcock M H.** (2003). "Ventilator associated pneumonia in a Multi-Hospital System: Differences in microbiology by location". Infection control and hospital epidemiology. Vol 24, No 11: 853-858.
4. **Kollef MH.** "Inadequate antimicrobial treatment: an important determinant of outcome for hospitalized patients". Clin Infect Dis 2000; 31: S131-S138
5. **Valles J** (1995). "Continuous aspiration of subglottic secretions in preventing ventilator-associated pneumonia". Annals of Internal Medicine. Vol 122 no 3. 179-186
6. **Smulders K.** (2002). "A randomized clinical trial of intermittent subglottic secretion drainage in patients receiving mechanical ventilation". Chest 121(3):858-62
7. **Schurink C.A.** (2004). "The Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS). Clinical pulmonary infection score for ventilator-associated pneumonia: accuracy and inter-observer variability". Intensive Care Med., 30 (2):217-24.

KHỐI BẤT THƯỜNG NHĨ PHẢI: HUYẾT KHỐI HAY U TIM

Dương Đức Hùng*

TÓM TẮT

Chẩn đoán phân biệt của khối bất thường trong tim bao gồm: huyết khối, u tim. Kích thước, hình dạng, vị trí, tính di động, mật độ kết hợp với các triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân. Siêu âm tim qua thành ngực và đặc biệt là siêu âm qua thực quản trở thành tiêu chuẩn để chẩn đoán các khối bất thường trong tim. Chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ tim cũng là một phương tiện để chẩn đoán với độ chính xác cao [1]. Chẩn đoán chính xác nguyên nhân đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn giải pháp điều trị thích hợp và tiên lượng bệnh nhân.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp có khối bất thường nhĩ phải nhằm thảo luận các chẩn đoán có thể xảy ra trên bệnh nhân và nhìn lại y văn các nguyên nhân gây ra khối bất thường trong nhĩ phải.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 44 tuổi. Tiền sử có bố và chị gái mất vì ung thư phổi. Bệnh diễn biến 1 tháng, Bệnh nhân xuất hiện khó thở khi gắng sức, ngày càng tăng. 4 ngày trước vào viện bệnh nhân xuất hiện phù 2 chi dưới kèm theo chướng bụng.

Khám: NYHA II, phù 2 chi dưới, bụng có chướng, gan to 5cm dưới bờ sườn, mật độ mềm, tĩnh mạch cổ nổi. Thổi tâm thu nhẹ ở van ba lá.

Siêu âm tim: Trong lòng nhĩ phải có khối đậm âm tương đối đồng nhất, kích thước 70x 45mm; không liên quan đến tổ chức van ba lá, không xâm lấn tĩnh mạch chủ. Khối có cuống bám vào vách liên nhĩ, di động mạnh qua lỗ van ba lá thời kỳ tâm trương, chiếm gần hết lỗ van ba lá. Chèn ép qua van ba lá thì tâm trương 15/13mmHg. Ít dịch màng ngoài tim, tỷ trọng thấp. Chức năng tim và các van tim khác bình thường (hình 1).

*Viện Tim mạch - BV Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Hùng
 Email: duongdh38@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 19.11.2016
 Ngày phản biện khoa học: 10.01.2017
 Ngày duyệt bài: 23.01.2017