

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định cung lông mày thông qua đường cắt da mi dư là một kỹ thuật phối hợp nhằm giải quyết tình trạng dư da mi và sa trễ cung lông mày. Phẫu thuật này vừa giúp cải thiện về chức năng vừa cải thiện về thẩm mỹ cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, D. and V. Law, Subbrow blepharoplasty for upper eyelid rejuvenation in Asians. *Aesthetic Surgery Journal*, 2009. 29(4): p. 284-288.
2. Hằng, N.T., Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng cung mày. 2015, Đại học Y Hà Nội.
3. Van Pham, T., Upper blepharoplasty: management of the upper eyelid and brow complex via transblepharoplasty approach. *Facial Plastic Surgery*, 2018. 34(02): p. 183-193.
4. Nowak-Gospodarowicz, I., et al., A new algorithm for the transconjunctival correction of moderate to severe upper eyelid ptosis in adults. *Scientific Reports*, 2024. 14(1): p. 2566.
5. Lam, V.B., C.N. Czyz, and A.E. Wulc, The brow-eyelid continuum: an anatomic perspective. *Clinics in Plastic Surgery*, 2013. 40(1): p. 1-19.

ĐẶC ĐIỂM VI SINH GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ 2 THÁNG ĐẾN DƯỚI 24 THÁNG CÓ TIỀN CĂN SINH NON TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Công Anh Vũ¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{2,3},
Trần Anh Tuấn³, Nguyễn Thị Mai Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh trẻ từ 2 tháng tuổi đến dưới 24 tháng tuổi có tiền căn sinh non, nhập viện vì viêm phổi mắc phải tại cộng đồng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả có phân tích 120 trường hợp viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) có chỉ định nhập viện (NV) được điều trị tại khoa Hô hấp và khoa Hồi sức Nhiễm Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 9/2023-7/2024, lấy dịch khí quản (NTA-nasal trachio aspiration) thực hiện PCR (Polymerase Chain Reaction) đa tác nhân nhiễm trùng hô hấp dưới. **Kết quả:** có 120 ca thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, ghi nhận kết quả: Tuổi thai: chủ yếu > 32 tuần tuổi thai (67,5%). Suy dinh dưỡng trung bình 18,3%, suy dinh dưỡng nặng 19,2%. Bệnh nền gồm loạn sản phế quản phổi có tỉ lệ cao nhất (20%), tiếp theo là trào ngược dạ dày thực quản (17,1%) và hen phế quản (11,4%). Có tới 52,5% có tiền căn từng viêm phổi phải nhập viện. Các tác nhân vi khuẩn trên cấy NTA: Streptococcus pneumoniae là tác nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (26,5%), kế đến là Escherichia coli (17,6%) đều có gen kháng ESBL và AmpC. Các tác nhân vi khuẩn trên RT-PCR: Streptococcus pneumoniae (37,6%), Escherichia coli (36,8%), Klebsiella pneumonia (22,2%), Acinetobacter (22,2%), Haemophilus influenzae non type B (12%), MRSA (8,5%), Mycoplasma pneumoniae (6,8%). Các tác nhân siêu vi trên RT-PCR: CMV (21,4%) và RSV (19,7%) là 2 tác nhân chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là Rhinovirus

(16,2%), Adenovirus (10,3%) và Parainfluenza 3 (10,3%). **Kết luận:** Tỉ lệ nhiễm Streptococcus pneumoniae vẫn cao nhất trong dân số nghiên cứu, kế đó là E. coli, K. pneumoniae và Acinetobacter spp. Tác nhân siêu vi chiếm tỉ lệ cao nhất là CMV, RSV và rhinovirus.

Từ khóa: sinh non, viêm phổi cộng đồng, vi sinh

SUMMARY

MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 TO UNDER 24 MONTHS WITH A HISTORY OF PREMATURITY AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To survey the prevalence of epidemiological, clinical, laboratory findings, and microbiology in children aged 2 to under 24 months with a history of prematurity, hospitalized for community-acquired pneumonia (CAP) at Children's Hospital 1. **Materials and method:** This is a prospective, cross-sectional, descriptive study with analysis of 120 cases of CAP requiring hospitalization, treated at the Respiratory and Infectious Diseases ICU Departments of Children's Hospital 1 from September 2023 to July 2024. Nasal tracheal aspirates (NTA) were collected and subjected to multi-pathogen PCR (Polymerase Chain Reaction) for lower respiratory infections. **Results:** From September 2023 to July 2024, 120 cases met the inclusion criteria for the study. The findings were as follows: Gestational age: mainly >32 weeks (67.5%). Nutritional status: Moderate malnutrition (18.3%), severe malnutrition (19.2%). Comorbidities: The most common was bronchopulmonary dysplasia (20%), followed by gastroesophageal reflux disease (17.1%) and asthma (11.4%). A significant proportion (52.5%) had a history of prior hospitalization for pneumonia. Bacterial pathogens from NTA cultures: Streptococcus pneumoniae was the most prevalent (26.5%), followed by Escherichia coli (17.6%), both of which

¹Bệnh viện Đa khoa Long An

²Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

exhibited ESBL and AmpC resistance genes. Bacterial pathogens from RT-PCR: *Streptococcus pneumoniae* (37.6%), *Escherichia coli* (36.8%), *Klebsiella pneumoniae* (22.2%), *Acinetobacter* spp (22.2%), *Haemophilus influenzae* non type B (12%), MRSA (8.5%), *Mycoplasma pneumoniae* (6.8%). Viral pathogens from RT-PCR: CMV (21.4%) and RSV (19.7%) were the most frequently detected, followed by rhinovirus (16.2%), adenovirus (10.3%), and parainfluenza 3 (10.3%). **Conclusion:** *Streptococcus pneumoniae* infection remained the highest in the study population, followed by *E. coli*, *K. pneumoniae* and *Acinetobacter* spp. The most common viral agents were CMV, RSV and rhinovirus.

Keywords: prematurity, community-acquired pneumonia, microbiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu nhập viện tại các bệnh viện nhi và là gánh nặng cho hệ thống chăm sóc y tế, và cũng là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em.¹ Trẻ có tiền sử sinh non có miễn dịch kém hơn trẻ có tiền sử sinh đủ tháng ít nhất là trong năm đầu đời. Khoảng 8% trẻ sơ sinh đủ tháng, 17% trẻ sinh non muộn (sinh lúc đủ 34 tuần - dưới 37 tuần) và 30% đến 40% trẻ sinh non sớm (sinh lúc < 32 tuần) được tái nhập viện trong năm đầu đời, phổ biến nhất là nhiễm trùng đường hô hấp do siêu vi.² Ở những quốc gia thu nhập trung bình thấp, trẻ sinh non có nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp cao hơn so với trẻ sinh đủ tháng trong 2 năm đầu đời (RR = 1,52).³ Trong giai đoạn hiện nay, tỉ lệ trẻ sinh non được cứu sống ngày càng nhiều và vì vậy trẻ nhập viện có tiền căn sinh non do nhiễm trùng nói chung và viêm phổi nói riêng càng cao. Nghiên cứu này nhằm xác định các vi sinh gây bệnh viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi có tiền căn sinh non nhằm cung cấp thông tin hữu ích về vi sinh gây viêm phổi ở nhóm trẻ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả bệnh nhân tuổi từ 2 tháng đến dưới 24 tháng, có tiền căn sinh non, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi theo phác đồ Bệnh viện Nhi Đồng 1, điều trị nội trú tại khoa Hô hấp hoặc khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ 9/2023 đến 7/2024 và cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định viêm phổi (theo Phác đồ điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2020) thỏa cả 2 tiêu chí sau: Lâm sàng có ho, khó thở (thở nhanh, thở co lõm lồng ngực). và Xquang (hoặc CT Scan) có tổn thương nhu mô phổi. Đối với trẻ từ 2 tháng đến dưới 2 tuổi,

tiêu chuẩn thở nhanh theo Tổ chức Y tế Thế giới là: ≥ 50 lần/phút (ở trẻ từ 2 tháng tuổi đến 11 tháng tuổi) và ≥ 40 lần/phút (đối với trẻ từ 12 tháng tuổi đến 24 tháng tuổi)

Tiêu chuẩn loại ra: Mẫu NTA không đạt tiêu chuẩn trong 24 giờ đầu nhập viện

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, cho đến khi đủ cỡ mẫu, với cỡ mẫu ít nhất 96 ca để nghiên cứu có giá trị.

Biến số nghiên cứu và đo lường: Tất cả bệnh nhi thỏa tiêu chí chọn mẫu sẽ được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng. Các xét nghiệm bao gồm: huyết đồ, CRP, Xquang phổi, NTA trong 24 giờ sau nhập viện. Xquang do một Bác sĩ khoa Hô hấp – Bệnh viện Nhi Đồng 1 đọc.

Quy trình lấy NTA: Lấy 1 ml dịch NTA, gửi làm xét nghiệm PCR đa tác nhân, nuôi cấy làm kháng sinh đồ trong vòng 4 giờ sau lấy NTA. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo Z-score cân nặng theo chiều dài và chiều dài theo tuổi (có hiệu chỉnh theo tuổi thai) tại thời điểm nhập khoa theo tiêu chuẩn của WHO.

Xử lý số liệu: Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được mô tả bằng số ca và tỉ lệ phần trăm, biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình và khoảng tin cậy 95% (nếu có phân bố chuẩn) hoặc trung vị và tứ phân vị (nếu không có phân bố chuẩn).

Y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Đồng 1 theo quyết định số 379/GCN – BVND1 ngày 22 tháng 8 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm dịch tễ. Có 120 ca được chọn vào nghiên cứu, tỷ lệ nam: nữ = 2/1. Tuổi nhập viện có trung vị là 5,5 tháng, tứ phân vị [2,6 – 11], nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 23,5 tháng. Tuổi nhập viện chủ yếu tập trung ở trẻ từ 2 tháng – 12 tháng tuổi (81,7%), trong đó nhóm tuổi từ 2 tháng – 6 tháng chiếm 54,2%. Tuổi thai nhỏ nhất là 25,5 tuần; tuổi thai lớn nhất là 36,5 tuần; trung vị là 35 tuần; tứ phân vị là [32 – 36]. Nhóm tuổi thai trên 32 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất (67,5%), kể đến là 28 tuần – 32 tuần (22,5%).

Tỉ lệ suy dinh dưỡng (cấp và mạn) mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 30,8%, 18,3% và 19,2%; thừa cân chiếm 2,5%. Chúng tôi ghi nhận suy dinh dưỡng cấp trung bình và nặng chiếm tỉ lệ 21,7%; suy dinh dưỡng mạn trung bình và nặng chiếm tỉ lệ 20%.

Bệnh nền: Trong tổng số 120 trường hợp

nguyên cứu có 35 (29,2%) trường hợp có bệnh nền. Loạn sản phế quản phổi có tỉ lệ cao nhất (20%), tiếp theo là trào ngược dạ dày thực quản (17,1%) và hen phế quản (11,4%), tim bẩm sinh (8,6%), bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non (8,6%).

Tiền căn viêm phổi và tiêm ngừa: Có khoảng 52,5% bệnh nhi có tiền căn nhập viện ít nhất 1 lần vì viêm phổi. Tỉ lệ không tiêm ngừa Hib là 10,8%; không tiêm ngừa phế cầu là 46,7%; không tiêm ngừa sởi (ở 41 trẻ ≥ 9 tháng tuổi) là 22%; không tiêm ngừa cúm (ở 55 trẻ ≥ 6 tháng tuổi) là 60%.

3.2. Tỉ lệ các tác nhân gây bệnh

Tỉ lệ tác nhân vi khuẩn được xác định bằng phương pháp cấy NTA và PCR: cấy NTA dương tính 34 ca (N = 120), chiếm tỉ lệ 28,3%. Trong tổng số 120 bệnh nhi làm NTA gửi xét nghiệm RT-PCR, ghi nhận có 117 trường hợp phát hiện tác nhân, có 3 trường hợp (2,5%) không phát hiện tác nhân, đồng nhiễm siêu vi – siêu vi 4 ca (3,3%), chỉ 1 siêu vi 8 ca (6,7%), chỉ 1 vi khuẩn 12 ca (10%), đồng nhiễm vi khuẩn – vi khuẩn 17 ca (14,2%), đồng nhiễm vi khuẩn – siêu vi 76 ca (63,3%).

Bảng 3.1. Tỉ lệ tác nhân vi khuẩn phân lập dựa trên cấy NTA (N=34) và PCR

Tên vi khuẩn	NTA (n=34)	PCR (n=117)
	n (%)	n (%)
Streptococcus pneumoniae	9 (26,5)	44 (37,6)
Escherichia coli	6 (17,6)	43 (36,8)
Acinetobacter	4 (11,8)	26 (22,2)
Klebsiella	4 (11,8)	26 (22,2)
Staphylococcus aureus	4 (11,8)*	10 (8,5)*
Staphylococcus coagulase (-)	3 (8,8)	-
Haemophilus influenzae non type b	3 (8,8)	14 (12)
Pseudomonas aeruginosa	2 (5,9)	-
Staphylococcus epidermidis	1 (2,9)	13 (11,1)**
Moraxella catarrhalis	1 (2,9)	8 (6,8)
Chryseobacterium indologenes	1 (2,9)	-
Mycoplasma pneumonia	-	8 (6,8)
Chlamydia trachomatis	-	3 (2,6)

*MRSA, **MRSE

Tổng số có 34 trường hợp cấy dương tính, trong đó có 5 trường hợp cấy ra 2 tác nhân; Streptococcus pneumoniae là tác nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (26,5%), kể đến là Escherichia coli (17,6%) đều có gen kháng ESBL và AmpC. Tỉ lệ nhiễm gram âm (Escherichia coli, Acinetobacter spp, Klebsiella spp) chiếm tỉ lệ cao (cấy NTA và PCR đều cho kết quả tương tự). Trên 117 ca xác định được tác nhân qua PCR, tỉ lệ nhiễm gram

âm ở trẻ có tiền căn nhập viện trong 15 ngày qua là 63% (17 ca/27 ca) so với 51,1% ở trẻ không có tiền căn nhập viện trong 15 ngày qua (46 ca/90 ca). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,279$).

Tỉ lệ các siêu vi được xác định qua kết quả RT-PCR: Tỉ lệ từng loại tác nhân bằng cách chia số lần tác nhân được phát hiện cho 117 trường hợp. Các siêu vi phát hiện được bao gồm: CMV (21,4%), RSV (19,7%), Rhinovirus (16,2%), Parainfluenzae virus type 3 (10,3%), Adenovirus (10,3%), Bocavirus (9,4%), Influenzae virus type A (8,5%), HMPV (4,3%), EBV (2,6%)

3.3. Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được. Trong 34 trường hợp cấy dương tính, có tới 19 trường hợp (55,9%) vi khuẩn kháng với kháng sinh ban đầu, 2 trường hợp (5,9%) nhạy trung gian với kháng sinh ban đầu, 13 trường hợp (38,2%) nhạy với kháng sinh ban đầu.

Có 55,6% S. pneumoniae kháng với Penicillin; 66,7% kháng với Cefotaxime và Clarithromycin; 44,4% kháng với Ceftriaxone và Clindamycin; 77,8% nhạy với Chloramphenicol đến.

Có 66,7% Escherichia coli kháng Ciprofloxacin, Ceftriaxone, Cefotaxime; 16,7% kháng Cefepime, không có ca nào kháng Colistin và Imipenem.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tác nhân phát hiện qua cấy NTA

Bảng 4.1. So sánh tỉ lệ cấy NTA với các nghiên cứu

Cấy NTA dương tính	Tỉ lệ (%)
Chúng tôi	28,3
Cao Phạm Hà Giang ⁴	33,9
Ngô Chí Quang ⁵	53,9
Nguyễn Thị Thu Sương ⁶	24,6

Tỉ lệ cấy NTA dương tính của chúng tôi khá tương đồng với Cao Phạm Hà Giang, Nguyễn Thị Thu Sương. Tỉ lệ cấy của Ngô Chí Quang cao hơn nhiều có thể do dân số chọn mẫu khác và lứa tuổi trong nghiên cứu của Ngô Chí Quang khác với nghiên cứu của chúng tôi. Thực tế, tỉ lệ nuôi cấy tìm ra tác nhân gây bệnh dao động rất khác nhau giữa các nghiên cứu, vì nó phụ thuộc rất nhiều yếu tố chủ quan lẫn khách quan như đối tượng nghiên cứu, bệnh cảnh lâm sàng, mẫu bệnh phẩm dùng để nuôi cấy, kỹ thuật lấy mẫu, lưu trữ và bảo quản mẫu hay vận chuyển mẫu đến đơn vị nuôi cấy; cũng như sự đòi hỏi cao về các tiêu chuẩn của kỹ thuật viên hay của đơn vị xét nghiệm.

Qua cấy NTA, chúng tôi phát hiện S.pneumoniae là tác nhân chiếm tỉ lệ cao nhất

(26,5%), *E.coli* (17,6%) đều có gen kháng ESBL và AmpC, *S.aureus* (4 ca, chiếm 11,8%) đều là MRSA, có 3 (8,8%) trường hợp cấy dương tính với *H.influenzae* non type b. Theo nghiên cứu PERCH ở Gambia,⁷ trong các trường hợp viêm phổi rất nặng có tổn thương trên Xquang, nguyên nhân vi khuẩn chiếm ưu thế (77%), trong đó *S.pneumoniae* (41%) là nguyên nhân hàng đầu. Theo Ngô Chí Quang,⁵ kết quả nuôi cấy định danh tác nhân ghi nhận *S.pneumoniae* là tác nhân có tỉ lệ nuôi cấy thành công cao nhất (chiếm 25,5%), kế đến là *E. coli* và MRSA với tỉ lệ tương đương nhau (17,6%).

Từ sau thập niên 1990, đã xuất hiện các trường hợp nhiễm cộng đồng MRSA hoàn toàn không có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện; và ngày nay đang có nhiều nhận biết mới về chủng kháng thuốc cộng đồng này (gọi là CA-MRSA: community-associated MRSA). Với trẻ dưới 3 tháng tuổi, tác nhân vi khuẩn gram âm (như *E.coli*) cũng là nguyên nhân gây viêm phổi mắc phải tại cộng đồng quan trọng.⁸

4.2. Tác nhân phát hiện qua RT-PCR tìm tác nhân. Trong tổng số 120 bệnh nhi được lấy mẫu NTA gửi xét nghiệm RT-PCR, có 117 trường hợp phát hiện tác nhân, có 3 trường hợp không phát hiện tác nhân. Đồng nhiễm vi khuẩn – siêu vi chiếm tỉ lệ chủ yếu trong các trường hợp nhập viện (63,3%), kế đến là đồng nhiễm vi khuẩn – vi khuẩn (14,2%), đơn nhiễm vi khuẩn (10%), chỉ nhiễm 1 siêu vi là 6,7%. Ngô Chí Quang⁵ ghi nhận, tỉ lệ đồng nhiễm tác nhân gây bệnh lên đến 82,1%, trong đó đồng nhiễm siêu vi – vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%), kế đến là đồng nhiễm vi khuẩn – vi khuẩn (9,0%) và đồng nhiễm siêu vi – siêu vi là 6,4%, tỉ lệ đơn nhiễm siêu vi là 10,2% và đơn nhiễm vi khuẩn là 5,1%. Theo Nguyễn Thị Thu Sương,⁶ chỉ vi khuẩn chiếm 21%, chỉ siêu vi chiếm 6,5%, vi khuẩn kết hợp siêu vi là 68,8%, không phát hiện tác nhân chiếm 3,7%, đồng nhiễm vi khuẩn – siêu vi chiếm tỷ lệ cao trong viêm phổi ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi (cả trên cấy NTA và PCR) cho thấy *S. pneumoniae*, *E. coli*, *Klebsiella* spp, *Acinetobacter* spp là các tác nhân vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất; kế đến là *H.influenza* non type b và *Staphylococcus* spp. Theo Cao Phạm Hà Giang,⁴ *H.influenza* (22,3%), *S.pneumoniae* (21,9%), *E.coli* (6,8%) là ba tác nhân vi khuẩn thường gặp nhất. Theo Nguyễn Thị Thu Sương,⁶ *S.pneumoniae* (49,8%), *E.coli* (18,8%), *Staphylococcus aureus* (13,1%), MRSE (10,6%), *C.trachomatis* (13,1%) là các tác nhân vi khuẩn thường gặp nhất. Như vậy, nghiên cứu chúng tôi tương đồng với hai tác giả trên, đều có

S. pneumoniae và *E. coli* chiếm tỉ lệ cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, *H. influenza* non type b có tỉ lệ thấp hơn Cao Phạm Hà Giang, vi khuẩn gram âm (*E. coli*, *Klebsiella* spp, *Acinetobacter* spp) trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn các tác giả. Sự khác biệt này có lẽ do độ tuổi lấy mẫu NTA của các nghiên cứu khác nhau. Cao Phạm Hà Giang nghiên cứu trên trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi. Trong khi đó, chúng tôi lấy mẫu ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi và trên đối tượng có tiền căn sinh non, đồng thời chúng tôi lấy cả những ca có tiền căn từng nhập viện trong vòng 15 ngày qua nên có thể là lý do làm tỉ lệ nhiễm vi khuẩn gram âm mà cụ thể là *E. coli* cao hơn các tác giả khác.

Chúng tôi ghi nhận RSV là một trong các tác nhân siêu vi chiếm tỉ lệ cao, cũng tương tự như các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu chúng tôi, RSV có tỉ lệ 19,7%, đứng sau CMV (21,4%), kế đến là Rhinovirus (16,2%), Parainfluenzavirus (10,3%), Adenovirus (10,3%). Theo Cao Phạm Hà Giang,⁴ Rhinovirus chiếm tỉ lệ cao nhất (28,5%), kế đến là RSV (21,9%), Parainfluenzavirus (13,9%), không có ca nhiễm CMV. Theo Nguyễn Thị Thu Sương,⁶ RSV chiếm 31,8%, kế đến là CMV (25,3%), Bocavirus (20,2%). Tỉ lệ các loại siêu vi phát hiện được qua PCR có khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do đối tượng nghiên cứu và thời điểm nghiên cứu khác nhau.

4.3. Tình hình đề kháng với kháng sinh.

Trong 34 trường hợp cấy dương tính, có tới 19 trường hợp (55,9%) vi khuẩn kháng với kháng sinh ban đầu. Tác nhân qua cấy NTA của 19 ca kháng kháng sinh ban đầu là *Staphylococcus coagulase* (-), *Staphylococcus aureus*, *Chryseobacterium indologenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* và *Acinetobacter* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. Kết quả cấy NTA cũng phù hợp với kết quả RT – PCR. Trong đó, có 6 ca (31,5% trong số 19 ca) tiếp tục sử dụng Cefotaxime hoặc Ceftriaxone và bệnh nhân khỏi bệnh; 6 ca này có kết quả cấy NTA là *Acinetobacter* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella*, *Staphylococcus coagulase* (-).

Ngô Chí Quang⁵ ghi nhận (ở trẻ viêm phổi nặng) có đến 70,5% trường hợp không đáp ứng điều trị với cephalosporin thế hệ thứ 3 cần phải đổi hoặc thêm kháng sinh khác. Nghiên cứu của Cao Phạm Hà Giang⁴ thì tỉ lệ này là 28,7% ở trẻ viêm phổi nặng.

4.4. Tình hình đề kháng của *Streptococcus pneumoniae*.

Hơn 50% *S.*

pneumoniae kháng với Penicillin và Clarithromycin; 66,7% kháng với Cefotaxime; 44,4% kháng với Ceftriaxone và Clindamycin; với Chloramphenicol, tỉ lệ nhạy đến 77,8%. Xuất hiện 2 trường hợp *S. pneumoniae* kháng với Levofloxacin. Chưa có trường hợp nào kháng với Linezolid và Vancomycin. Nghiên cứu của Cao Phạm Hà Giang⁴ năm 2014 tại bệnh viện Nhi Đồng 2 cho thấy *S.pneumoniae* nhạy 85% với Clindamycin, nhạy 100% với Vancomycin và Levofloxacin. Theo Ngô Chí Quang,⁵ các chủng *S.pneumoniae* phân lập được kháng 100% với Penicillin, Erythromycin, Clarithromycin; kháng cao với Clindamycin (76,9%); với Ceftriaxone, tỉ lệ nhạy khá thấp (38,5%); nhạy khá cao với Levofloxacin (92,3%) và nhạy hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm *Streptococcus pneumoniae* vẫn cao nhất trong dân số nghiên cứu, kể đó là *E. coli*, *K. pneumoniae* và *Acinetobacter* spp. Tác nhân siêu vi chiếm tỉ lệ cao nhất là CMV, RSV và rhinovirus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Nghĩa, Phạm Thị Tâm.** Mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em tại một số Bệnh viện Tỉnh Vĩnh Long từ năm 2010 đến 2014. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ - số 19/2019.
2. **Pryhuber GS.** Postnatal Infections and Immunology Affecting Chronic Lung Disease of

- Prematurity. Clinics in Perinatology. 2015;42(4): 697-718. doi:10.1016/j.clp.2015.08.002
3. **Diggikar S, Paul A, Razak A, Chandrasekaran M, Swamy RS.** Respiratory infections in children born preterm in low and middle-income countries: A systematic review. Pediatric Pulmonology. 2022;57(12):2903-2914. doi:10.1002/ppul.26128
 4. **Cao Phạm Hà Giang, Phạm Thị Minh Hồng.** Đặc điểm lâm sàng, vi sinh và điều trị của trẻ em viêm phổi nặng cần thở oxy tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2014
 5. **Ngô Chí Quang, Phan Hữu Nguyệt Diễm.** Khảo sát tỉ lệ đồng nhiễm tác nhân gây bệnh và kết quả điều trị viêm phổi nặng cần hỗ trợ oxy ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi nhập khoa nội tổng quát 1 và 2 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. 2023
 6. **Nguyễn Thị Thu Sương, Trần Anh Tuấn, Phan Hữu Nguyệt Diễm.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và do vi rút trong viêm phổi nặng trẻ em khoa hô hấp bệnh viện nhi đồng 1. Tạp chí Nhi khoa. 2023;16(4): 18-28. doi:https://doi.org/10.52724/tcnk.v16i4.223
 7. **Deloria Knoll M, Prosperi C, Baggett HC, et al.** Introduction to the Site-specific Etiologic Results From the Pneumonia Etiology Research for Child Health (PERCH) Study. Pediatric Infectious Disease Journal. 2021;40(9S):S1-S6. doi:10.1097/INF.0000000000002778
 8. **Samir S. Shah, John S. Bradley.** Pediatric Community-Acquired Pneumonia. Cherry JD, Kaplan SL, Steinbach WJ, et al, eds. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Eighth edition. Elsevier; 2019: 208-218

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Dương Đại Hà^{1,2}, Nguyễn Mạnh Hùng,³ Nguyễn Đình Hưng³,
Dương Trung Kiên³, Dương Đình Tuấn³, Nguyễn Việt Đức^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá và phân tích một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca lâm sàng thực hiện 64 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não tại Bệnh viện Đa khoa

Xanh Pôn từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024, các bệnh nhân được cá thể hóa điều trị bằng việc tính toán đường mổ và mở xương phù hợp với tổn thương máu tụ và đặc điểm lâm sàng, qua đó 20 bệnh nhân mở xương sọ nhỏ ≤ 5 cm. **Kết quả:** Tuổi trung bình là: $28,17 \pm 17,82$ tuổi, nam giới chiếm: 78,13%, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông: 78,13%. tỷ lệ bệnh nhân có điểm Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 8 điểm trước mổ chiếm 15,63%, Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật trong vòng 24h sau chấn thương chiếm 85,84%. Kết quả điều trị tốt với điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) 4-5 điểm chiếm tới 93,75%. Các yếu tố lâm sàng quan trọng có ý nghĩa tiên lượng kết quả điều trị trên bệnh nhân gồm: điểm GCS trước mổ ≤ 8 điểm, giãn đồng tử trước mổ. Thể tích khối máu tụ lớn gây di lệch đường giữa ≥ 5 mm, có hình ảnh thoát vị não trên CLVT sọ não cũng là các yếu tố tiên

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hùng

Email: md.manhhung87@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024