

#### IV. KẾT LUẬN

Kết quả chung sau nghiên cứu của chúng tôi đạt 96,0%, dựa trên các tiêu chí về chức năng và thẩm mỹ; Chiều cao khe mi trong nghiên cứu của chúng tôi tăng từ trung bình 7,4mm lên 9.2 mm sau phẫu thuật 1 tuần, 9.3 mm sau phẫu thuật 1 tháng và 9.4mm sau phẫu thuật 3 tháng, kết quả này có ý nghĩa thống kê. Chỉ số MRD1 trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt đáng kể so với thời điểm trước mổ, tăng từ 1,52 mm đến 3,30 mm và tiếp tục tăng tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng, ( $p < 0,05$ ); Sau thời gian 1 tháng và 3 tháng theo dõi, không còn mắt nào hở củng mạc khi nhìn xuống, không ghi nhận trường hợp nào có mất đồng vận mi mắt nhãn cầu sau thời gian theo dõi 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Sau 1 tháng tỉ lệ rất hài lòng tăng lên 96,0% và giữ nguyên sau 3 tháng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lim JM, Hou JH, Singa RM, Aakalu VK,

- Setabutr P. Relative incidence of blepharoptosis subtypes in an oculoplastics practice at a tertiary care center. *Orbit*. 2013;32(4):231-234.
2. Couch SM. Correction of Eyelid Crease Asymmetry and Ptosis. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016;24(2):153-162.
3. Đỗ Thanh Huyền. Đánh giá kết quả điều trị sụp mi bẩm sinh bằng phương pháp cắt ngắn cân cơ nâng mi có định lượng. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2015.
4. Couch SM. Correction of Eyelid Crease Asymmetry and Ptosis. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016;24(2):153-162.
5. Pan E, Chen W li, Zhang S chang, Chen Y, Yu J gang. Mild to moderate blepharoptosis correction. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(12).
6. Querol L. and Illa I. (2013), Myasthenia gravis and the neuromuscular junction. *Current opinion in neurology*, 26(5): p. 459-465.
7. Ashizawa T. and Sarkar P.S. (2011), Myotonic dystrophy types 1 and 2. *Handb Clin Neurol*, 101: p. 193-237.
8. Bùi Đào Quân. Nghiên cứu phẫu thuật gấp cơ nâng mi trên điều trị sụp mi có biên độ cơ nâng mi tốt. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2013

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG TIỂU Ở BỆNH NHI TỪ 2 THÁNG ĐẾN 16 TUỔI

Trần Văn Sơn<sup>1</sup>, Cao Thị Vui<sup>1</sup>,  
Trần Quang Khải<sup>1</sup>, Lê Văn Khoa<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** nhiễm trùng tiểu (NTT) là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến ở trẻ em. Chẩn đoán và điều trị kịp thời NTT ở trẻ em và các yếu tố liên quan đóng vai trò quan trọng giúp giảm thiểu các biến chứng và dự phòng tái phát trong tương lai. **Mục tiêu:** nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị NTT ở trẻ từ 2 tháng đến 16 tuổi và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhi NTT đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong thời gian từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** tổng cộng có 52 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ khoảng 1/2, tuổi trung bình là  $5,6 \pm 4,2$ . NTT trên chỉ chiếm 28,8%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất lần lượt là tiểu rắt (63,5%), thay đổi tính chất nước tiểu (48,1%), sốt (34,6%), tiểu buốt (32,7%), tiểu đêm (25,0%). Số lượng bạch cầu trong máu tăng cao, trung bình là  $14,2 \pm 5,8$ ; trong đó bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế ( $65,9 \pm 17,2\%$ ). Xét nghiệm

nước tiểu ghi nhận hồng cầu và bạch cầu niệu chiếm tỷ lệ lần lượt là 63,5% và 48,5%, tuy nhiên tỷ lệ nitrit dương tính thấp chỉ 7,7%. 31 trường hợp có kết quả nhuộm gram, tỷ lệ gram âm là 74,2%. Kết quả cấy nước tiểu cho thấy 44,2% trường hợp phân lập được vi khuẩn, trong đó tác nhân kháng thuốc chiếm 30,4%. Tỷ lệ điều trị thành công là 84,6%. Trong phân tích đơn biến, NTT trên (OR = 31,5; KTC95%: 3,4-293,2;  $p < 0,001$ ) và nhiễm tác nhân kháng thuốc (OR = 20,0; KTC95%: 1,6-248,0;  $p = 0,017$ ) có liên quan đến tỷ lệ điều trị thất bại cao hơn. **Kết luận:** nhiễm trùng tiểu ở trẻ em đa phần có sốt và triệu chứng rối loạn tiểu tiện, số lượng bạch cầu trong máu tăng cao, ưu thế đa nhân trung tính, đồng thời, tỷ lệ xuất hiện hồng cầu và bạch cầu niệu cao nhưng nitrite nước tiểu dương tính ít gặp. Hầu hết điều trị thành công, tuy nhiên trẻ mắc NTT trên và nhiễm tác nhân đề kháng kháng sinh có liên quan đến nguy cơ thất bại điều trị. **Từ khóa:** nhiễm trùng tiểu, rối loạn tiểu tiện, trẻ em.

#### SUMMARY

#### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 16 YEARS OLD

**Background:** urinary tract infections (UTIs) is one of popular bacterial infection in children. Timely

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Sơn

Email: bsck1son77@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

diagnosis and treatment of urinary tract infections in children and related factors play a crucial role in minimizing complications and preventing recurrence in the future. **Objective:** the study aims to describe the clinical and subclinical characteristics, evaluate the treatment outcomes of UTIs in children aged 2 months to 16 years with some related factors. **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study was conducted on pediatric patients with UTIs who were examined and treated at Can Tho Children's hospital from April 2023 to April 2024. **Results:** a total of 52 patients were included in the study, with a male/female ratio of about 1/2, and the average age was  $5.6 \pm 4.2$ . Upper UTIs accounted for 28.8%. The predominant clinical symptoms associated with urinary tract infections in pediatric patients are frequent urination (63.5%), urine characteristics change (48.1%), fever (34.6%), dysuria (32.7%), nocturia (25.0%), respectively. Regarding laboratory characteristics, the leukocyte count was elevated, with an average of  $14.2 \pm 5.8$ , predominantly neutrophils ( $65.9 \pm 17.2\%$ ). Urinalysis revealed erythrocytes and leukocytes in 63.5% and 48.5% of the samples respectively, yet only 7.7% tested positive for nitrites. A total of 31 cases had gram stain results, the percentage of gram negative was 74.2%. Bacterial growth was detected in 44,2% (23/52) of the urine cultures, drug-resistant pathogens account for 30.4%. The treatment success rate stood at 84.6%. Univariate analysis indicated that an elevated neutrophil count (OR = 31.5; 95%CI: 3.4-293.2;  $p < 0.001$ ) and infections caused by drug-resistant pathogens (OR = 20.0; 95%CI: 1.6-248.0;  $p = 0.017$ ) were associated with higher rate of treatment failure. **Conclusion:** urinary tract infections in children mostly involve fever and urinary disorders, a high increase in white blood cell count with a predominance of neutrophils, and relatively high appearance rate of urinary erythrocytes and leukocytes but urine nitrites (+) are rare. Most treatments are successful, but children with upper UTIs and antibiotic-resistant pathogens are associated with risk of treatment failure.

**Keywords:** urinary tract infection, urinary disorders, children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng tiểu (NTT) là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến ở trẻ em, gặp ở mọi lứa tuổi [9], [10]. Tỷ lệ hiện mắc chung của NTT có triệu chứng ở trẻ là 7,8%. Có đến 8% trẻ em bị NTT ít nhất một lần trong độ tuổi từ 1 tháng đến 11 tuổi và có đến 30% trẻ bị nhiễm trùng tái phát trong 6 đến 12 tháng đầu sau NTT lần đầu [9]. NTT nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại những hậu quả nghiêm trọng đặc biệt là đối tượng trẻ em. NTT làm gia tăng tình trạng nghỉ học của trẻ, nhu cầu nghỉ phép của cha mẹ để chăm sóc trẻ, tần suất thường xuyên phải đến các trung tâm chăm sóc sức khỏe và làm tăng chi phí điều trị. Đây được coi là một gánh nặng đáng lo ngại cho các quốc gia trên toàn thế giới [8]. Do đó, việc chẩn đoán và

điều trị kịp thời cũng như đánh giá kết quả điều trị NTT ở trẻ em và các yếu tố liên quan đóng vai trò quan trọng giúp giảm thiểu các biến chứng, định hướng điều trị và dự phòng tái phát trong tương lai. Những năm trở lại đây, ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về NTT ở trẻ em. Tuy nhiên hiện nay, tại Cần Thơ còn ít các nghiên cứu đánh giá về vấn đề này. Từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm trùng tiểu ở bệnh nhi từ 2 tháng đến 16 tuổi*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị NTT tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhi từ 2 tháng - 16 tuổi.

Dựa vào hướng dẫn chẩn đoán NTT của Bộ Y tế 2015 [1] và Hội Tiết niệu Nhi khoa Châu Âu 2016:

- Lâm sàng: có triệu chứng gợi ý NTT gồm sốt cao, tiểu đục, tiểu nhiều lần, tiểu buốt, tiểu đục, tiểu máu, đau lưng, đau bụng.

- Cận lâm sàng:

+ Cấy nước tiểu dương tính: xuất hiện  $> 10^5$  khuẩn lạc/1 ml (nước tiểu giữa dòng) hoặc  $> 10^4$  khuẩn lạc/1 ml (thông tiểu); và

+ Bạch cầu niệu dương tính:  $\geq 10$  bạch cầu/vi trường tương đương bạch cầu niệu  $\geq 2+$  (khi soi bằng kính hiển vi ở độ phóng đại 400 lần).

- Bệnh nhân có bạch cầu niệu dương tính và có triệu chứng gợi ý NTT hoặc có yếu tố nguy cơ mà cấy nước tiểu âm tính thì vẫn chẩn đoán NTT.

Bệnh nhi và/hoặc người nhà/người giám hộ của bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhi được xác định đang mắc các bệnh lý khác có triệu chứng trùng lặp với NTT.

Bệnh nhi đã được điều trị bằng kháng sinh trước khi nhập viện.

Bệnh nhi có tiền sử dị ứng với kháng sinh.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu.

Z: trị số phân phối chuẩn,  $\alpha$  là sai lầm loại 1, chọn  $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .

d: sai số tuyệt đối, chọn  $d = 0,1$ .

p: tỷ lệ đáp ứng lâm sàng trong điều trị bệnh nhi mắc NTT theo nghiên cứu của Bradley và cộng sự là 92% [5].

Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu tính toán được là 44 bệnh nhi. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 52 đối tượng thỏa tiêu chuẩn đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, địa dư, dân tộc.

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

- Vị trí NTT (trên/dưới) [1]:

+ NTT trên: là bệnh cảnh viêm thận-bể thận cấp, có biểu hiện nhiễm trùng rõ như sốt cao thậm chí rét run, đau vùng lưng nếu trẻ lớn, có thể có rối loạn tiểu tiện và sốt cao > 38,5°C, CRP > 40 mg/l, bạch cầu máu > 15000/mm<sup>3</sup> hoặc NTT có thể không sốt ở trẻ nhỏ.

+ NTT dưới: là bệnh cảnh viêm bàng quang, có biểu hiện rối loạn tiểu tiện như tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu, tiểu máu... và sốt < 38,5°C hoặc không sốt, CRP < 40 mg/l, bạch cầu máu < 15000/mm<sup>3</sup>.

- Các đặc điểm khác: Sốt (có/không), rối loạn tiểu tiện: tiểu khó (có/không), tiểu rắt (có/không), tiểu buốt (có/không), tiểu đêm (có/không), thiếu niệu/vô niệu (có/không), tiểu đục (có/không), tiểu máu (có/không).

Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: số lượng bạch cầu (G/L, trung bình), phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính trong máu (%), tổng phân tích nước tiểu: nitrit (âm tính/dương tính), bạch cầu (âm tính/dương tính), hồng cầu (âm tính/dương tính), gram (âm, dương), kết quả cấy nước tiểu (âm tính/dương tính), kháng thuốc (có [bao gồm đa kháng, kháng mở rộng và toàn kháng]/không).

Kết quả điều trị tổng thể:

- Thành công hoặc khỏi bệnh: triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm nước tiểu trở về bình thường hoặc cải thiện hoàn toàn mà không

cần điều trị kháng sinh bổ sung/can thiệp chuyên sâu khác.

- Thất bại: triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm nước tiểu không cải thiện hoặc xấu đi hoặc xuất hiện các dấu hiệu/triệu chứng mới yêu cầu điều trị kháng sinh bổ sung, hoặc tử vong liên quan đến NTT.

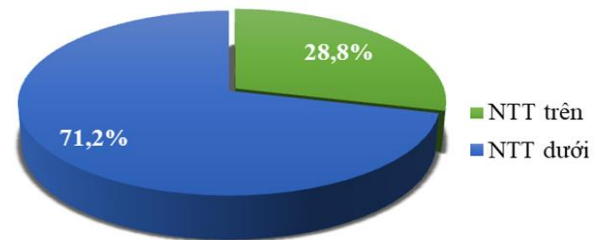
**Thu thập dữ liệu:** Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập đầy đủ thông tin cá nhân, bệnh sử và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết vào một phiếu thu thập số liệu thống nhất.

Các đối tượng nghiên cứu được điều trị bệnh nhân theo phác đồ, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan.

**Xử lý và phân tích dữ liệu:** Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 52 đối tượng thỏa tiêu chuẩn được tuyển chọn và theo dõi đến cuối thời điểm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của trẻ là 5,6 ± 4,2, trong đó nhóm < 5 tuổi chiếm 51,9%. Bệnh nhi nữ chiếm ưu thế với 67,3%. Phần lớn trẻ cư trú ở khu vực nông thôn (76,9%)



**Biểu đồ 1. Phân loại nhiễm trùng tiểu**

**Nhận xét:** Trong tổng số 52 trẻ mắc NTT tham gia nghiên cứu, NTT dưới chiếm đa số (71,2%) và NTT trên chỉ chiếm 28,8%.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng tiểu**

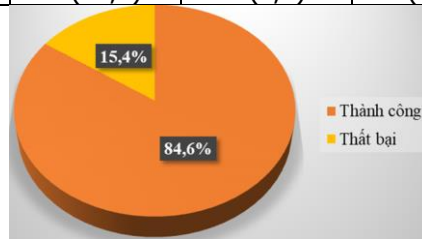
Đặc điểm		NTT trên	NTT dưới	Tổng	
Sốt	Sốt đơn thuần	n (%)	6 (16,2)	2 (13,3)	8 (15,4)
	Sốt kèm rét run	n (%)	9 (24,3)	1 (6,7)	10 (19,2)
	Không sốt	n (%)	22 (59,5)	12 (80,0)	34 (65,4)
Rối loạn tiểu tiện	Tiểu khó	n (%)	1 (6,7)	3 (8,1)	4 (7,7)
	Tiểu rắt	n (%)	6 (40,0)	27 (73,0)	33 (63,5)
	Tiểu buốt	n (%)	4 (26,7)	13 (35,1)	17 (32,7)
	Tiểu đêm	n (%)	2 (13,3)	11 (29,7)	13 (25,0)
Tính chất nước tiểu	Thiếu niệu/vô niệu	n (%)	2 (13,3)	4 (10,8)	6 (11,5)
	Tiểu đục	n (%)	1 (6,7)	6 (16,2)	7 (13,5)
	Tiểu máu	n (%)	10 (66,7)	8 (21,6)	18 (34,6)
Rối loạn tiêu hoá	Bình thường	n (%)	4 (26,7)	23 (62,2)	27 (51,9)
	Có	n (%)	0 (0,0)	2 (5,4)	2 (3,8)
	Không	n (%)	15 (100)	35 (94,6)	50 (96,2)

**Nhận xét:** Các triệu chứng rối loạn tiểu tiện rất phổ biến bao gồm tiểu rắt (63,5%), tiểu buốt (32,7%), tiểu đêm (25,0%). Sốt cũng là một triệu chứng lâm sàng thường gặp (34,6%), chủ yếu ở NTT trên. Bên cạnh đó, thay đổi tính chất nước tiểu hiện diện ở 48,1% số trẻ bị NTT.

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhiễm trùng tiểu**

Đặc điểm		NTT trên	NTT dưới	Tổng	
Số lượng bạch cầu máu (G/L)		TB ± ĐLC	10,1 ± 1,6	13,5 ± 6,7	12,5 ± 5,9
Phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính		TB ± ĐLC	61,2 ± 14,2	58,3 ± 19,9	59,2 ± 18,3
Nitrit niệu	Dương tính	n (%)	3 (20,0)	1 (2,7)	4 (7,7)
	Âm tính	n (%)	12 (80,0)	36 (97,3)	48 (92,3)
Hồng cầu niệu	Dương tính	n (%)	9 (60,0)	24 (64,9)	33 (63,5)
	Âm tính	n (%)	6 (40,0)	13 (35,1)	19 (36,5)
Bạch cầu niệu	Dương tính	n (%)	12 (80,0)	13 (35,1)	25 (48,1)
	Âm tính	n (%)	3 (20,0)	24 (64,9)	27 (51,9)
Nhuộm gram	Gram dương	n (%)	4 (80,0)	4 (15,4)	8 (25,8)
	Gram âm	n (%)	1 (20,0)	22 (84,6)	23 (74,2)
Cấy nước tiểu	Dương tính	n (%)	3 (20,0)	20 (54,1)	23 (44,2)
	Âm tính	n (%)	12 (80,0)	17 (45,9)	29 (55,8)
Tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn	Không kháng thuốc	n (%)	2 (40,0)	14 (77,8)	16 (69,6)
	Đa kháng	n (%)	0 (0,0)	3 (16,7)	3 (13,0)
	Kháng mở rộng	n (%)	3 (60,0)	1 (5,5)	4 (17,4)

**Nhận xét:** Trẻ mắc NTT có bạch cầu trong máu tăng cao, trung bình là 12,5 ± 5,9 (G/L) và ưu thế bạch cầu đa nhân trung tính (59,2 ± 18,3%). Các thông số nước tiểu ghi nhận hồng cầu và bạch cầu niệu chiếm tỷ lệ cao (63,5% và 48,1%), tuy nhiên tỷ lệ nitrit dương tính chỉ là 7,7%. Có 31 trường hợp nhuộm gram dương tính, với tỷ lệ gram âm và gram dương tương ứng là 74,2% và 25,8%. Về cấy nước tiểu, 44,2% trường hợp phân lập được vi khuẩn, trong đó tác nhân kháng thuốc chiếm 30,4%.



**Biểu đồ 2. Kết quả điều trị nhiễm trùng tiểu**  
**Nhận xét:** Hầu hết trẻ mắc NTT được điều trị tốt, tỷ lệ thành công đạt 84,6%.

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nhiễm trùng tiểu**

Đặc điểm		Thất bại	Thành công	p	OR (KTC95%)
Phân loại NTT	NTT trên	7 (46,7)	8 (53,3)	< 0,001	31,5 (3,4-293,2)
	NTT dưới	1 (2,7)	36 (97,3)		
Cấy nước tiểu	Âm tính	7 (24,1)	22 (75,9)	0,064	7,0 (0,8-61,7)
	Dương tính	1 (4,3)	22 (95,7)		
Tình trạng kháng thuốc	Kháng thuốc	4 (57,1)	3 (42,9)	0,017	20,0 (1,6-248,0)
	Không kháng thuốc	1 (6,3)	15 (93,7)		

**Nhận xét:** Các yếu tố liên quan đến điều trị thất bại bao gồm NTT trên (OR = 31,5; KTC95%: 3,4-293,2; p < 0,001) và nhiễm tác nhân kháng thuốc (OR = 20,0; KTC95%: 1,6-248,0; p = 0,017). Ngoài ra, nhóm cấy nước tiểu âm tính có tỷ lệ thất bại trong điều trị NTT cao hơn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,064).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng cộng 52 trẻ từ 2 tháng - 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị NTT. Biểu hiện bệnh đa dạng gồm sốt, rối loạn tiểu tiện và thay đổi tính chất nước tiểu.

Nhìn chung, kết quả điều trị tổng thể đạt tỷ lệ thành công cao (84,6%). Mặt khác, chúng tôi ghi nhận trẻ mắc NTT trên và nhiễm các vi khuẩn kháng thuốc liên quan đến kết quả nguy cơ thất bại điều trị cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần trẻ NTT thuộc nhóm dưới 5 tuổi, nữ giới, và sống ở nông thôn. Điều này cũng đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu ở Việt Nam. Trong nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền và cộng sự [3] cho thấy NTT có xu hướng tăng cao ở những trẻ dưới 5 tuổi (81,7%) là trẻ gái (59,2%) và sống ở nông thôn (63,4%). Trẻ nhỏ có nguy cơ mắc NTT cao hơn do cấu tạo, chức năng của hệ

tiết niệu chưa phát triển hoàn thiện cùng với hệ thống miễn dịch biểu mô tiết niệu và hệ miễn dịch bẩm sinh còn non yếu. Do cấu tạo đường niệu đạo ngắn, dễ bị nhiễm trùng ngược dòng từ hậu môn nên bé gái có nguy cơ NTT cao hơn bé trai.

Nghiên cứu hiện tại ghi nhận tỷ lệ NTT trên thấp hơn so với NTT dưới. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của NTT chủ yếu là nhiễm trùng ngược dòng, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Phương với tỷ lệ NTT trên ghi nhận chỉ 11,6% [4]. Về đặc điểm lâm sàng, chúng tôi ghi nhận đa số trẻ có sốt và các triệu chứng liên quan đến rối loạn tiểu tiện. Kết quả này cũng đồng nhất với phát hiện trong nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền và cộng sự, các tác giả ghi nhận đặc điểm lâm sàng thường gặp ở trẻ em mắc NTT là sốt (64,8%), tiểu đục (53,3), tiểu rắt (33,8%), tiểu buốt (30,9%) và tiểu máu (23,9%) [3]. Tương tự, tác giả Tô Văn Hải cũng ghi nhận tỷ lệ tiểu rắt là 45,6%, tiểu buốt 24,4% và tiểu đục 17,8% [2]. Qua đó có thể thấy, tình trạng sốt kèm với các triệu chứng rối loạn tiểu tiện giúp gợi ý cho NTT ở trẻ em. Về đặc điểm cận lâm sàng, kết quả hiện tại cũng phù hợp với báo cáo trước đây. Cụ thể, Lê Thị Thanh Huyền và cộng sự ghi nhận bạch cầu máu tăng cao, ưu thế đa nhân trung tính, tỷ lệ bạch cầu niệu và hồng cầu niệu dương tính chiếm tỷ lệ cao tương tự như kết quả của chúng tôi nhưng tỷ lệ nitrit niệu dương tính (59,2%) cao hơn đáng kể [3]. Bên cạnh sự khác biệt về tác nhân gây bệnh, một phần có lẽ do sự khác biệt về kỹ thuật lấy nước tiểu, thời gian bảo quản mẫu tại các cơ sở y tế làm ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm.

Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở trẻ 2 tháng - 16 tuổi mắc NTT trong nghiên cứu của chúng tôi là 84,6%. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Bradley và cộng sự, tỷ lệ đáp ứng điều trị NTT về mặt lâm sàng nói chung ở trẻ dưới 18 tuổi là 87,0% [5]. Tương tự, Gok và các đồng nghiệp ghi nhận 89% trẻ mắc NTT khỏi bệnh sau khi kết thúc điều trị [6]. Khi phân tích đơn biến, NTT trên và nhiễm tác nhân kháng thuốc cho thấy mối liên quan đến khả năng điều trị thất bại. Chỉ duy nhất 1 trường hợp thất bại thuộc nhóm không kháng thuốc, đáng chú ý là trường hợp này thuộc NTT trên. Thật vậy, theo y văn và các nghiên cứu đã chứng minh rằng NTT trên là một bệnh cảnh nặng, dễ gây nhiễm trùng và tạo sẹo tại nhu mô thận, từ đó gây ra các biến chứng như nhiễm trùng huyết, áp xe thận, suy thận tiên lượng xấu hơn đáng kể so với NTT dưới [7]. Ngoài ra, nhiễm các tác nhân đề kháng kháng

sinh ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị ở bệnh nhi NTT cũng là điều dễ hiểu.

## V. KẾT LUẬN

Các phát hiện chính chỉ ra bệnh cảnh nhiễm trùng tiểu ở trẻ em chủ yếu là nhiễm trùng tiểu dưới. Phần lớn trẻ có biểu hiện sốt và triệu chứng rối loạn tiểu tiện, số lượng bạch cầu trong máu tăng cao, tỷ lệ xuất hiện hồng cầu và bạch cầu niệu cao nhưng nitrite nước tiểu dương tính ít gặp. Kết quả điều trị nhìn chung là tốt với tỷ lệ thành công cao. Mặt khác, cần lưu ý các trường hợp nhiễm trùng tiểu trên, dù chiếm tỷ lệ thấp nhưng liên quan đáng kể đến tỷ lệ thất bại điều trị cao. Tương tự, nhiễm tác nhân kháng thuốc (đa kháng, kháng mở rộng) cũng có thể dẫn đến nguy cơ điều trị thất bại nhiễm trùng tiểu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Hà Nội. 2015.
- Tô Văn Hải.** Nhiễm khuẩn về triệu chứng và các yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em từ 1 đến 60 tháng tuổi. Nhi khoa - Hội Nhi khoa. 2003; 11(1):64-69.
- Lê Thị Thanh Huyền, Nguyễn Ngọc Sáng, Hồ Hữu Thọ.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và xét nghiệm của 71 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu do E. Coli tại Bệnh viện Sản-Nhi Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 509(chuyên đề 2021):124-129.
- Lê Quang Phương, Phạm Văn Đềm, Nguyễn Thị Quỳnh Hương.** Thực trạng nhiễm khuẩn đường tiểu trên trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi có sốt tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược. 2016; 32(2):117-123.
- Bradley J.S., Roilides E., Broadhurst H., et al.** Safety and efficacy of ceftazidime-avibactam in the treatment of children  $\geq 3$  months to  $< 18$  years with complicated urinary tract infection: results from a phase 2 randomized, controlled trial. *Pediatr Infect Dis J.* 2019; 38(9):920-928.
- Gok F., Duzova A., Baskin E., et al.** Comparative study of cefixime alone versus intramuscular ceftizoxime followed by cefixime in the treatment of urinary tract infections in children. *J Chemother.* 2001; 13(3):277-80
- Hamid F., Islam M. R., Paul N., Nusrat N., Parveen R.** Urinary tract infection in children: a review. *Delta Med Col J.* 2013; 1(2):51-57.
- Khan A., Jhaveri R., Seed P.C., Arshad M.** Update on associated risk factors, diagnosis, and management of recurrent urinary tract infections in children. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2019; 8(2):152-159.
- Leung A.K.C., Wong A.H.C., Leung A.A.M., Hon K.L.** Urinary tract infection in children. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2019; 13(1):2-18.
- Simões E Silva A.C., Oliveira E.A., Mak R.H.** Urinary tract infection in pediatrics: an overview. *J Pediatr (Rio J).* 2020; 96 Suppl 1(Suppl 1):65-79.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM TAI GIỮA CẤP GIAI ĐOẠN CHẢY MŨ Ở TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI

Đặng Anh Dũng<sup>1</sup>, Mai Quý Hoàng<sup>2</sup>, Phạm Trần Anh<sup>3</sup>, Cao Minh Thành<sup>3</sup>, Nguyễn Đình Phúc<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tai giữa cấp giai đoạn chảy mủ ở trẻ em dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 37 bệnh nhân nhân là trẻ em dưới 6 tuổi được chẩn đoán viêm tai giữa cấp giai đoạn vỡ mủ. **Kết quả:** Viêm tai giữa cấp mủ lần đầu chiếm 38,7%, 61,3% bị tái diễn. Triệu chứng lâm sàng chính là: Đau tai 16,2%; nghe kém 16,2%; ù tai 21,6%; Chảy mủ ở cả 2 bên tai 29,7%; chảy mủ 1 bên tai phải hoặc 1 bên tai trái cùng chiếm 35,1%. Triệu chứng cận lâm sàng chính: 83,8% bệnh nhân có tăng bạch cầu, 10,8% bệnh nhân có hình ảnh viêm phế quản trên X Quang ngực thẳng. **Kết luận:** Trẻ em dưới 6 tuổi thường bị viêm tai giữa mủ tái phát với triệu chứng đau tai và chảy mủ.

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, viêm tai giữa cấp chảy mủ, trẻ dưới 6 tuổi.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE OTITIS MIDDLE IN THE PURUS STAGE IN CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD

**Objective:** describe the clinical and paraclinical characteristics of acute otitis media in the purulent stage in children under 6 years old at the National Ear, Nose and Throat Hospital. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study design on 37 patients, including children under 6 years old, diagnosed with acute otitis media with purulent rupture stage. **Results:** First-time acute purulent otitis media accounted for 38.7%, 61.3% had recurrence. The main clinical symptoms are ear pain 16.2%; hearing loss 16.2%; tinnitus 21.6%; Purulent discharge in both ears 29.7%; Purulent discharge from one right ear or one left ear accounts for 35.1%. Main paraclinical symptoms: 83.8% of patients had leukocytosis, 10.8% of patients had bronchitis on plain chest X-ray. **Conclusion:** Children under 6 years old often have purulent otitis media with symptoms of ear pain and pus discharge.

**Keywords:** Clinical features, paraclinical, acute purulent otitis media, children under 6 years old.

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Anh Dũng

Email: danganhdung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp mủ là tình trạng viêm cấp và tạo mủ trong tai giữa do nhiễm khuẩn kéo dài  $\leq 12$  tuần<sup>1,2</sup>. Viêm tai giữa cấp mủ là bệnh phổ biến có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là ở trẻ em vì ở trẻ em vòi tai ngắn hơn, có tỷ lệ rộng hơn và nằm ngang hơn so với người lớn vì vậy các chất xuất tiết và vi khuẩn ở vùng mũi họng có thể vào tai giữa và gây viêm.<sup>3,4</sup> Trên thế giới, trẻ em dưới 5 tuổi bị viêm tai giữa cấp chiếm tỉ lệ 51%<sup>5</sup>. Viêm tai giữa cấp vẫn còn là một vấn đề sức khỏe lớn, với 83% trẻ em từng mắc phải ít nhất 1 lần, và 46% từng mắc phải ít nhất 3 lần khi dưới 3 tuổi.<sup>6,7</sup> Ở Anh, khoảng 30% trẻ em dưới 3 tuổi bị viêm tai giữa cấp mỗi năm và 97% số đó phải dùng kháng sinh. Ở Mỹ, viêm tai giữa cấp là nguyên nhân phổ biến nhất trong số phải điều trị kháng sinh ngoại trú.<sup>8,9</sup> Ở Việt Nam viêm tai giữa cấp chiếm tỉ lệ 3-5% các bệnh lý ở trẻ em.<sup>10</sup>

Viêm tai giữa cấp mủ nếu phát hiện sớm được điều trị đúng và kịp thời có thể khỏi hoàn toàn không để lại di chứng gì. Ngược lại nếu không điều trị triệt để có thể dẫn đến viêm tai giữa mạn tính làm ảnh hưởng đến sức nghe, điều trị gặp nhiều khó khăn; nặng hơn nữa là các biến chứng nội sọ có khi ảnh hưởng đến tính mạng như: Viêm màng não mủ, viêm tắc tĩnh mạch bên, abscess não...

Việc nắm bắt rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sẽ giúp nhiều cho các bác sĩ trong quá trình điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tai giữa cấp giai đoạn chảy mủ ở trẻ em dưới 6 tuổi.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu trên 37 bệnh nhân là trẻ em dưới 6 tuổi được chẩn đoán viêm tai giữa cấp giai đoạn vỡ mủ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2022 đến tháng 7/2023.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

#### 2.2.2. Quy trình nghiên cứu:

+ Thiết kế bệnh án nghiên cứu.

+ Khai thác thông tin qua bệnh án lưu trữ: