

vỏ mức độ nhẹ và không có sang thương.

## VI. KIẾN NGHỊ

Trên thực hành lâm sàng cần theo dõi diễn tiến của các chức năng điều hành, tập trung chú ý và ngôn ngữ trên người bệnh Alzheimer có sang thương chất trắng dưới vỏ. Vai trò của sang thương chất trắng dưới vỏ trong việc làm suy giảm nhận thức thể Alzheimer trên người Việt Nam cần được tiến hành nghiên cứu thêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Morrison C, Dadar M, Villeneuve S, et al, White matter lesions may be an early marker for age-related cognitive decline, *Neuroimage Clin*, 2022, 35: p. 103096.
2. Hoàng Minh Lợi, Nguyễn Trần Ngọc Trinh, Phùng Hưng, Nghiên cứu mối liên quan giữa suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ với tổn thương não trên cộng hưởng từ, *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, 2022(46): p. 32-45.
3. Kozberg M. G, Perosa V, Gurol M. E, et al, A

- practical approach to the management of cerebral amyloid angiopathy, *Int J Stroke*, 2021. 16(4): p. 356-369.
4. Abraham H. M, Wolfson L, Moscufo N, et al, Cardiovascular risk factors and small vessel disease of the brain: Blood pressure, white matter lesions, and functional decline in older person, *J Cereb Blood Flow Metab*, 2016. 36(1): p. 132-42.
  5. Armstrong Richard, Risk factors for Alzheimer's disease. *Folia Neuropathol*, 2019. 57(2): p. 87-105.
  6. Inoue Y, Shue F, Bu G, et al, Pathophysiology and probable etiology of cerebral small vessel disease in vascular dementia and Alzheimer's disease, *Mol Neurodegener*, 2023. 18(1): p. 46.
  7. Chen Y. C, Tsao H. H, Chu Y. C, et al, Exploring the Spectrum of Subcortical Hyperintensities and Cognitive Decline. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2018. 30(2): p. 130-138.
  8. Vandenberg E, Geerlings M. I, Biessels G. J, et al, White Matter Hyperintensities and Cognition in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease: A Domain-Specific Meta-Analysis, *J Alzheimers Dis*, 2018. 63(2): p. 515-527.

## KHẢO SÁT NHIỄM TRÙNG DA, NHIỄM TRÙNG HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN MỦ TOÀN THÂN

Nguyễn Thùy Ái Châu<sup>1</sup>, Văn Thế Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tình trạng nhiễm trùng da (NTD), nhiễm trùng huyết (NTH) trên bệnh nhân vảy nến mủ toàn thân (VNMTT) tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca bệnh nhân VNMTT nội viện trong khoảng thời gian từ 10/2019 – 09/2020. Chẩn đoán vảy nến mủ dựa vào lâm sàng và xét nghiệm mô học khi cần thiết. Chẩn đoán nhiễm trùng dựa vào lâm sàng, xét nghiệm, cấy dịch, cấy máu, procalcitonin (PCT). Khảo sát tình trạng nhạy cảm kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ. **Kết quả:** Có 32 bệnh nhân VNMTT, tỉ lệ cấy dịch mủ dương tính là 62,5%. Tỉ lệ NTD ở bệnh nhân VNMTT có và không tình trạng rỉ dịch khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,049$ ). Tỉ lệ cấy máu dương tính là 3,1%. Tỉ lệ NTH/nghi NTH trên bệnh nhân VNMTT là 18,75%. Tỉ lệ NTH/nghi NTH khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh nhân VNMTT có và không có sốt ( $p = 0,019$ ), có và không có mạch nhanh ( $p = 0,003$ ), có và không có thở nhanh (OR = 16,7,  $p = 0,011$ ), nồng độ hs-CRP huyết thanh tăng (OR = 1,23,  $p = 0,002$ ), nồng độ albumin huyết thanh giảm (OR = 21 lần,  $p = 0,006$ ), VNMTT mức độ nặng (OR = 13,57,  $p = 0,018$ ). Nhiệt độ là yếu tố liên quan độc lập với

tình trạng NTH/nghi NTH ở bệnh nhân VNMTT. **Kết luận:** NTD ở bệnh nhân VNMTT chiếm tỉ lệ đáng kể. NTH có thể xảy ra trên bệnh nhân VNMTT. Cần làm xét nghiệm cấy dịch da, cấy máu. Đặc biệt lưu ý nồng độ PCT tăng kèm các dấu hiệu gián tiếp như sốt, mạch nhanh, thở nhanh, hs-CRP tăng, albumin máu giảm, VNMTT mức độ nặng. **Từ khóa:** Vảy nến mủ toàn thân, nhiễm trùng da, nhiễm trùng huyết.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF THE SKIN INFECTIONS AND SEPSIS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PUSTULAR PSORIASIS

**Objective:** To survey the skin infections and sepsis in patients with generalized pustular psoriasis (GPP) at Ho Chi Minh City Hospital of Dermato-Venereology. **Methods:** A descriptive case series was conducted on patients between October 2019 and September 2020. The diagnosis of GPP was relied mainly on clinical features, and histological examination was carried out if needed. The diagnosis of infection was based on clinical features, pustule culture, blood culture, procalcitonin (PCT) levels, and antibiotic susceptibility testing. **Results:** The study included 32 patients with GPP, and the positive pustule culture rate was 62.5%. The prevalence of skin infections was statistically significant ( $p = 0.049$ ) in GPP patients with and without concurrent discharge. The positive blood culture rate was 3.1%, and the prevalence of sepsis or suspected sepsis in GPP patients was 18.75%. The difference in the proportions of sepsis or suspected sepsis between GPP patients with and without fever ( $p = 0.019$ ), with and

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

without rapid heart rate ( $p = 0.003$ ), with and without rapid breathing ( $OR = 16.7$ ,  $p = 0.011$ ), with and without increased hs-CRP levels ( $OR = 1.23$ ,  $p = 0.002$ ), with and without decreased serum albumin ( $OR = 21$  times,  $p = 0.006$ ), and with severe GPP ( $OR = 13.57$ ,  $p = 0.018$ ) was statistically significant. Temperature was an independent factor related to sepsis or suspected sepsis in GPP patients.

**Conclusions:** The incidence of skin infections among patients with GPP is relatively high. Sepsis represents a complication in GPP patients. Pustule culture and blood culture are necessary, particularly with increased PCT levels and indirect signs such as fever, tachycardia, tachypnea, increased hs-CRP levels, decreased serum albumin levels, and severe GPP.

**Keywords:** Generalized pustular psoriasis, skin infection, sepsis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến mủ toàn thân (VNMTT) là một bệnh lý diễn tiến cấp tính hoặc bán cấp với đặc trưng là những đợt phát ban mụn mủ vô trùng lan tỏa. Khác với bệnh nhân viêm da cơ địa dễ nhiễm trùng, da bệnh nhân vảy nến hay vảy nến mủ thường ít có nguy cơ nhiễm trùng. Bác sĩ lâm sàng ít khi điều trị kháng sinh cho bệnh nhân vảy nến. Tuy vậy, biến chứng nhiễm trùng da (NTD) thứ phát và đôi khi tiến triển thành nhiễm trùng huyết (NTH) trên bệnh nhân VNMTT đã được ghi nhận trong các bài báo cũng như trong quá trình thực hành lâm sàng<sup>(2,3)</sup>. Ngược lại, những triệu chứng toàn thân của VNMTT như sốt cao, bạch cầu tăng của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (Systemic inflammatory response syndrome – SIRS) có thể nhầm lẫn với nhiễm trùng huyết làm cho bác sĩ lâm sàng sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm trùng khi chưa có bằng chứng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát tình trạng NTD và NTH trên bệnh nhân VNMTT tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân VNMTT nội viện Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2019 đến tháng 9/2020.

### **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán VNMTT dựa vào đặc điểm lâm sàng như mụn mủ nông trên nền hồng ban, kích thước nhỏ, đỉnh phẳng, ngoài nang lông, màu trắng đục, tập trung thành từng đám, có thể tạo hồ mủ, lan tỏa toàn thân. Có thể kèm sang thương vảy nến mảng, tổn thương vảy nến móng như tăng sừng dưới móng, rỗ móng, vết đầu loang. Thực hiện xét nghiệm mô học trong những trường hợp không rõ.

- Bệnh nhân hoặc người bảo trợ (đối với trẻ em) đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc các

bệnh khác có thể làm thay đổi nồng độ procalcitonin như:

- Suy thận giai đoạn cuối không điều trị.  
- Phồng, chấn thương phẫu thuật bụng, phẫu thuật lồng ngực

- Carcinoma tuyến giáp dạng tủy.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca

**Các bước tiến hành nghiên cứu.** Bệnh nhân được khám và làm xét nghiệm trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện để loại trừ nhiễm trùng trong quá trình nằm bệnh viện.

Các xét nghiệm được thực hiện: công thức máu, ALT, AST, albumin huyết thanh, hs-CRP, cấy dịch, cấy máu, kháng sinh đồ, procalcitonin huyết thanh.

Kỹ thuật lấy mẫu cấy vi khuẩn: kỹ thuật viên vi sinh lấy mẫu tại giường bệnh. Khử khuẩn vị trí lấy, dùng que gòn vô trùng lấy dịch mủ trong mụn mủ. Chuyển ngay bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm của bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh để thực hiện xét nghiệm nuôi cấy trong vòng 2 giờ. Cách xử lý mẫu: Khảo sát trực tiếp. Cấy phân lập trên môi trường: BA – EMB – NA. Tiến hành theo quy trình định danh vi khuẩn.

Định lượng procalcitonin: xét nghiệm tại Trung tâm Y khoa Medic, PCT được định lượng bằng phương pháp miễn dịch sandwich sử dụng công nghệ điện hóa phát quang.

Những bệnh nhân trong quá trình nằm viện nếu có triệu chứng lâm sàng sốt, hạ thân nhiệt, thở nhanh, mạch nhanh, tụt huyết áp, rối loạn tri giác sẽ tiến hành xét nghiệm PCT lần 2 và cấy máu lần 2.

Triệu chứng rỉ dịch: tình trạng tự chảy dịch mủ ra da từ sang thương.

PCT huyết thanh tăng khi  $\geq 0,5$  ng/mL.

Chẩn đoán NTH khi có 1 trong các triệu chứng lâm sàng: sốt, hạ thân nhiệt, thở nhanh, mạch nhanh, tụt huyết áp, rối loạn tri giác và cấy máu dương tính<sup>(1)</sup>.

Chẩn đoán nghi NTH khi có 1 trong các triệu chứng lâm sàng: sốt, hạ thân nhiệt, thở nhanh, mạch nhanh, tụt huyết áp, rối loạn tri giác và nồng độ PCT  $\geq 0,5$  ng/mL.

Chẩn đoán nhiễm trùng da khi cấy dịch da dương tính.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 14.0. Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu trong y học:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 590/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 4/11/2019.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tình trạng NTD, NTH của bệnh nhân VNMTT trong nhóm nghiên cứu.** Có 32 bệnh nhân VNMTT tham gia nghiên cứu, bao gồm 10 bệnh nhân nam và 22 bệnh nhân nữ. Tuổi trung vị trong nhóm nghiên cứu là 36 tuổi, tuổi nhỏ nhất 11 tuổi và tuổi lớn nhất 69 tuổi.

**Bảng 3.1. Tác nhân nhiễm trùng da ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	VNMTT (n=32) n (%)
<b>Vi khuẩn</b>	
S.aureus	13 (56,5)
S.haemolyticus	4 (17,4)
S.epidermidis	1 (4,4)
Streptococcus β	2 (8,7)
Streptococcus D	1 (4,4)
E.coli	1 (4,4)
P.aeruginosa	1 (4,4)
Streptococcus A	0 (0)

**Nhận xét:** Tỷ lệ NTD của bệnh nhân VNMTT là 62,5%, hầu hết là vi khuẩn gram dương với S.aureus chiếm ưu thế (56,5%).

Về tình trạng NTH, 1 bệnh nhân (3,1%) VNMTT cấy máu dương tính lần 2 (sau 9 ngày điều trị), với tác nhân là P.aeruginosa. Sáu bệnh

nhân (18,75%) VNMTT có tăng nồng độ PCT, trong số đó 5 bệnh nhân tăng nồng độ PCT lần 1. Có 3 bệnh nhân được thực hiện đo PCT lần 2, trong số đó 1 bệnh nhân có tăng nồng độ PCT. Như vậy, có 6 bệnh nhân được chẩn đoán NTH/ngi NTH (chiếm 18,75%).

**3.2. Môi liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với tình trạng NTD của bệnh nhân VNMTT.** Có 10 bệnh nhân có rỉ dịch da và 22 bệnh nhân không có rỉ dịch da. Trong 100% bệnh nhân VNMTT có sang thương da rỉ dịch, có 90% bệnh nhân NTD. Tỷ lệ NTD ở nhóm không rỉ dịch da là 50%. Tỷ lệ NTD ở bệnh nhân VNMTT có và không tình trạng rỉ dịch khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,049). Tỷ lệ NTD ở bệnh nhân VNMTT khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi phân tích với các đặc điểm: sốt, mạch nhanh, thở nhanh, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, hồ mủ, đóng mài, số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu đa nhân trung tính, nồng độ hs-CRP, nồng độ albumin, tăng AST, tăng ALT, nồng độ PCT.

**3.3. Môi liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với tình trạng NTH/ngi NTH của bệnh nhân VNMTT**

**Bảng 3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với tình trạng NTH/ngi NTH của bệnh nhân VNMTT**

Đặc điểm	NTH/ngi NTH, n (%)		OR (KTC 95%)	p
	Không	Có		
Nhiệt độ (°C)	37,7 ± 0,6	39,2 ± 0,4	1,57(1,09 – 2,27)	<0,001 <sup>a</sup>
Sốt	11 (64,7)	6 (35,3)	KXĐ	0,019 <sup>b</sup>
Mạch (l/ph)	96 ± 6	122 ± 7	1,3(1,02 – 1,6)	<0,001 <sup>c</sup>
Mạch nhanh	8 (57,1)	6 (42,9)	KXĐ	0,003 <sup>b</sup>
Nhịp thở (l/ph)	18 ± 1	22 ± 2	1,97(1,16 – 3,35)	0,002 <sup>c</sup>
Thở nhanh	6 (54,6)	5 (45,4)	16,7(1,6 – 171,8)	0,011 <sup>b</sup>
SIRS	13 (68,4)	6 (35,6)	KXĐ	0,059 <sup>b</sup>
Hồ mủ	19 (79,2)	5 (20,8)	1,8(0,2 – 18,7)	1 <sup>b</sup>
Rỉ dịch	6 (60)	4 (40)	6,7 (0,97 – 45,8)	0,06 <sup>b</sup>
Đóng mài	12 (80)	3 (20)	1,2(0,2 – 6,9)	1 <sup>b</sup>
BC (K/mm <sup>3</sup> )	13,33 ± 3,7	17,21 ± 8,22	1,2 (0,97 – 1,4)	0,317 <sup>a</sup>
Tăng BC	20 (80)	5 (20)	1,5(0,1 – 15,5)	1 <sup>b</sup>
BCĐNTT (K/mm <sup>3</sup> )	10,09 ± 3,3	14,53 ± 7,76	1,2 (0,99 – 1,5)	0,224 <sup>a</sup>
Tăng BCĐNTT	21 (80,8)	5 (19,2)	1,2(0,1 – 12,6)	1 <sup>b</sup>
Hs-CRP (mg/dL)	10,36 ± 6,72	20,63 ± 7,03	1,23(1,04 – 1,45)	0,002 <sup>a</sup>
Albumin (mg/L)	4,04 ± 0,52	3,37 ± 0,39	0,03(0,001 – 0,67)	0,006 <sup>a</sup>
Albumin HT giảm	5 (50)	5 (50)	21(1,99 – 222)	0,006 <sup>b</sup>
Tăng AST	3 (75)	1 (25)	1,5(0,1 – 18)	1 <sup>b</sup>
Tăng ALT	5 (62,5)	3 (37,5)	4,2(0,6 – 27,4)	0,125 <sup>b</sup>
Điểm độ nặng	9,5 ± 1,881	12 ± 2,828	1,73(1,06 – 2,83)	0,012 <sup>a</sup>
Độ nặng, n (%)				
Trung bình	19 (95)	1 (5)	13,57(1,34 – 137,5)	0,018 <sup>b</sup>
Nặng	7 (58,33)	5 (41,67)		

(a) Kiểm định t-test; (b) Kiểm định chính xác Fisher; (c) Kiểm định Mann Whitney U

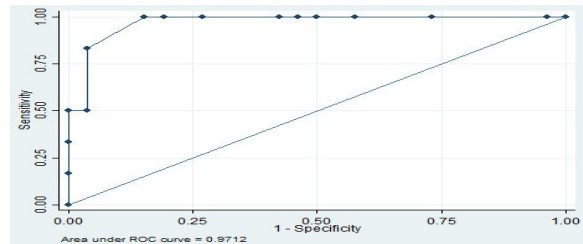
**Nhận xét:** Tỷ lệ NTH/ngi NTH khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh nhân VNMTT có và không có sốt ( $p = 0,019$ ), có và không có mạch nhanh ( $p = 0,003$ ), có và không có thở nhanh ( $OR = 16,7, p = 0,011$ ), nồng độ hs-CRP huyết thanh tăng ( $OR = 1,23, p = 0,002$ ), nồng độ albumin huyết thanh giảm ( $OR = 21$  lần,  $p = 0,006$ ), VNMTT mức độ nặng so với mức độ trung bình ( $OR = 13,57, p = 0,018$ ).

**3.4. Phân tích hồi quy logistic đa biến (Kiểm định Wald).** Chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy logistic đa biến, bao gồm các biến: nhiệt độ, nồng độ hs-CRP, nồng độ albumin huyết thanh, độ nặng.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố với tình trạng NTH/ngi NTH trên bệnh nhân VNMTT khi phân tích đa biến**

Đặc điểm	OR (KTC 95%)	p*
Độ nặng		0,63
Albumin		0,44
Hs-CRP		0,37
Nhiệt độ	1,57 (1,09 – 2,27)	0,015

**Nhận xét:** Nhiệt độ là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT.



**Hình 3.1. Đường cong ROC mối liên hệ giữa nhiệt độ và NTH/ngi NTH**

Theo chỉ số Youden để tìm điểm cắt tối ưu, chúng tôi chọn 38,5° C là nhiệt độ dự báo NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 84,6%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. NTD ở bệnh nhân VNMTT và mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với tình trạng NTD ở bệnh nhân VNMTT.** Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện cấy mủ ở tất cả bệnh nhân VNMTT, tỉ lệ cấy dương tính là 62,5%. Tỷ lệ này cao hơn so với những nghiên cứu được ghi nhận trước đây (5 – 21,5%)(3,6,7). Tỷ lệ khác nhau này có thể do nơi tiến hành nghiên cứu khác nhau, dẫn đến các đặc điểm vi sinh khác nhau. Hơn nữa, các nghiên cứu thực hiện trên các đối tượng nghiên cứu khác nhau, ví dụ như chỉ thực hiện trên bệnh nhân không có cơ địa suy giảm miễn dịch (bệnh toàn thân nặng, thuốc), chỉ thực hiện ở trẻ em hoặc người lớn... dẫn đến các kết

quả nghiên cứu không đồng nhất. Ngoài ra, thói quen sinh hoạt, vệ sinh cá nhân cũng ảnh hưởng đến tình trạng nhiễm trùng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần nhấn mạnh biến chứng NTD thứ phát trên các sang thương mụn mủ vô trùng ở VNMTT là không nhỏ, đặc biệt trên bệnh nhân có sang thương da rỉ dịch ( $p = 0,049$ ). Từ đó, các bác sĩ cần chú ý đến biến chứng này khi thực hành lâm sàng, đưa ra chỉ định xét nghiệm thích hợp và quyết định điều trị kịp thời nhằm ngăn ngừa các biến chứng nặng hơn như NTH, hoặc thậm chí là tử vong.

**4.2. NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT và mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với tình trạng NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT.** Trong 32 bệnh nhân VNMTT, chúng tôi ghi nhận 6 bệnh nhân (18,75%) NTH/ngi NTH. Năm trong sáu bệnh nhân NTH/ngi NTH được ghi nhận có các bệnh đi kèm như hội chứng Cushing, tăng huyết áp, đái tháo đường, suy dinh dưỡng, lao phổi cũ, viêm dạ dày, u nang buồng trứng. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận tình trạng NTH ở bệnh nhân VNMTT với tỉ lệ từ 4,21% – 14,3%(2,3,5). Như vậy, kết quả của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu thế giới. Điều này có thể lí giải là do tiêu chuẩn chẩn đoán NTH/ngi NTH khác nhau trong các nghiên cứu, vì hầu hết nghiên cứu đều không đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, vấn đề NTH/ngi NTH trên bệnh nhân VNMTT thực sự cần được cảnh giác và quan tâm hơn, không những ở bệnh nhân mới nhập viện, mà cần theo dõi ở tất cả bệnh nhân đang điều trị nội trú.

Tỷ lệ NTH/ngi NTH khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh nhân VNMTT có và không có sốt ( $p = 0,019$ ), có và không có mạch nhanh ( $p = 0,003$ ), có và không có thở nhanh ( $OR = 16,7, p = 0,011$ ), nồng độ hs-CRP huyết thanh tăng ( $OR = 1,23, p = 0,002$ ), nồng độ albumin huyết thanh giảm ( $OR = 21$  lần,  $p = 0,006$ ), VNMTT mức độ nặng so với mức độ trung bình ( $OR = 13,57, p = 0,018$ ). Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận chỉ có nhiệt độ là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT. Nhiệt độ 38,5°C dự báo NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 84,6%. Kết quả này cho thấy sốt là một triệu chứng gợi ý tình trạng NTH/ngi NTH ở bệnh nhân VNMTT, đặc biệt khi bệnh nhân sốt cao. Sự khác biệt này có thể do sốt ở bệnh nhân NTH là sự tương tác của cả chất gây sốt ngoại sinh (vi sinh vật) và chất gây sốt nội sinh (các cytokine như IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$ ) lên vùng dưới đồi làm tăng sản xuất

prostaglandin E<sub>2</sub>, dẫn đến giảm tốc độ các sợi thần kinh nhạy cảm nhiệt gây tăng nhiệt độ cơ thể. Chất gây sốt ngoại sinh có thể tác động gián tiếp bằng cách kích thích sản xuất các cytokine hoặc tác động trực tiếp lên vùng dưới đồi. Ngoài ra, lipopolysaccharide ở vi khuẩn gram âm cũng có thể kích thích sản xuất prostaglandin E<sub>2</sub> ngoại biên từ tế bào Kupffer ở gan và góp phần gây sốt. Trong khi đó, sốt ở bệnh nhân VNMTT chỉ do tác động của các cytokine, là kết quả của quá trình đáp ứng viêm hệ thống thông qua con đường viêm liên quan NF-κB trong cơ chế bệnh sinh của bệnh<sup>(4)</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Biến chứng NTD thứ phát trên các sang thương mụn mủ vô trùng ở VNMTT chiếm tỉ lệ không nhỏ. Các bác sĩ cần chú ý đến biến chứng này khi thực hành lâm sàng, đưa ra chỉ định xét nghiệm thích hợp và quyết định điều trị kịp thời nhằm ngăn ngừa các biến chứng nặng hơn như NTH, hoặc thậm chí là tử vong. Chúng tôi kiến nghị tất cả bệnh nhân VNMTT cần được tầm soát tình trạng NTD, NTH tại thời điểm nhập viện và theo dõi sát trong quá trình nằm viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), "Nhiễm khuẩn huyết", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm.
2. **Borges-Costa J., Silva R., Goncalves L., et al.** (2011), "Clinical and laboratory features in acute generalized pustular psoriasis", American journal of clinical dermatology, 12 (4), pp. 271-276.
3. **Choon S. E., Lai N. M., Mohammad N. A., et al.** (2014), "Clinical profile, morbidity, and outcome of adult-onset generalized pustular psoriasis: analysis of 102 cases seen in a tertiary hospital in Johor, Malaysia", International journal of dermatology, 53 (6), pp. 676-684.
4. **Hoegler K., John A., Handler M., et al.** (2018), "Generalized pustular psoriasis: a review and update on treatment", Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 32 (10), pp. 1645-1651.
5. **Tay Y. K., Tham S. N.** (1997), "The profile and outcome of pustular psoriasis in Singapore: a report of 28 cases", International journal of dermatology, 36 (4), pp. 266-271.
6. **Wang Q., Liu W., Zhang L.** (2017), "Clinical features of von Zumbusch type of generalized pustular psoriasis in children: a retrospective study of 26 patients in southwestern China", Anais Brasileiros de Dermatologia, 92 (3), pp. 319-322.
7. **Wang S., Xie Z., Shen Z.** (2019), "Serum procalcitonin and C-reactive protein in the evaluation of bacterial infection in generalized pustular psoriasis", Anais Brasileiros de Dermatologia, 94 (5), pp. 542-548.

## TỶ LỆ SUY HÔ HẤP SƠ SINH NẶNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI HẬU GIANG NĂM 2023

Trang Kim Phụng<sup>1</sup>, Phạm Minh Hoàng Gia<sup>2</sup>,  
Nguyễn Việt Khánh<sup>2</sup>, Trần Minh Nghĩa<sup>2</sup>, Trần Đỗ Thanh Phong<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Khảo sát tỷ lệ gặp phải suy hô hấp sơ sinh nặng ở Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang năm 2023 (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng ở Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang năm 2023. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang, sử dụng số liệu hồi cứu trên 133 bệnh nhi sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang năm 2023. **Kết quả:** Về giới tính của trẻ mắc suy hô hấp sơ sinh, trẻ trai là 51,8% và trẻ gái là 48,2%. Nguyên nhân suy hô hấp phổ biến nhất là do bệnh màng trong chiếm tỷ lệ 57,1%. Tỷ lệ trẻ sinh non là 59,1% và tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 40,9%. Phân loại theo thang điểm

Silveman cho thấy tỷ lệ suy hô hấp nhẹ là 61,3% và suy hô hấp nặng chiếm tỷ lệ 38,7%. Các yếu tố liên quan đến suy hô hấp nặng là sơ sinh nhẹ cân, tuổi của mẹ và thứ tự sinh ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Bệnh màng trong là nguyên nhân phổ biến nhất của suy hô hấp sơ sinh, các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của suy hô hấp là sơ sinh nhẹ cân, thứ tự sinh, tuổi của mẹ. **Từ khóa:** suy hô hấp, yếu tố liên quan, bệnh màng trong

### SUMMARY

#### RATE OF SEVERE NEWBORN RESPIRATORY DEFICIT AND SOME RELATED FACTORS AT HAU GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2023

**Objectives:** (1) Survey the rate of severe neonatal respiratory failure at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2023 (2) Find out some factors related to severe neonatal respiratory failure at Obstetrics and Pediatrics Hospital. Children of Hau Giang province in 2023. **Method:** cross-sectional study design, using retrospective data on 133 newborn patients diagnosed with neonatal

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trang Kim Phụng

Email: tkphungbv@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024