TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yamane S, Sato S, Maruyama-Inoue M, Kadonosono K.** Flanged Intrascleral Intraocular Lens Fixation with Double-Needle Technique. Ophthalmology. 2017;124(8):1136-1142.
2. **Kelkar A, Kelkar J, Kothari A, et al.** Comparison of Two Modified Sutureless Techniques of Scleral Fixation of Intraocular Lens. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina. 2018;49(10):e129-e134.
3. **Stem MS, Wa CA, Todorich B, Woodward MA, Walsh MK, Wolfe JD.** 27-Gause Sutureless Intrascleral Fixation Of Intraocular Lenses With Haptic Flanging: Short-Term Clinical Outcomes and a Disinsertion Force Study. Retina Phila Pa. 2019;39(11):2149-2154.
4. **Kim S, Kim JT.** The simply modified intrascleral fixation using round flange (SMURF) technique for intrascleral intraocular lens fixation. Sci Rep. 2021;11(1):3904.
5. **Lê Đức Phương.** Đánh gi kết quả cố định k nội nhãn vào củng mạc không khâu tại Bệnh viện Mắt TPHCM. In: Hội nghị dịch kính võng mạc lần thứ 10.; 2022:3.
6. **Yamane S, Inoue M, Arakawa A, Kadonosono K.** Sutureless 27-gauge needle–guided intrascleral intraocular lens implantation with lamellar scleral dissection. Ophthalmology. 2014;121(1):61-66.
7. **Ishikawa H, Fukuyama H, Komuku Y, Araki T, Gomi F.** Flanged intraocular lens fixation via 27-gauge trocars using a double-needle technique decreases surgical wounds without losing its therapeutic effect. Acta Ophthalmol (Copenh). 2020;98(4):e499-e503.
8. **Nguyễn Thu Hà, Thẩm Trương Khánh Vân.** Đánh giá kết quả treo thể thủy tinh nhân tạo theo phương pháp YAMANE. In: Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa Việt Nam năm 2018. ; 2018:119.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI NẶNG TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2023

Nguyễn Thị Bích Liên[1], Lê Thị Văn[3], Nguyễn Hà Thương[2], Đinh Khánh Huyền[2], Thái Bằng Giang[2], Ngô Thị Thu Hương[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng nghiên cứu:** 97 trẻ sơ sinh viêm phổi có suy hô hấp nằm điều trị tại khoa Sơ sinh bệnhviện Xanh Pôn năm 2023. P**hương pháp nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tỉ lệ nam/nữ là 2,7/1, trẻ đủ tháng chiếm 73,2% và đẻ non 26,8%. Tỷ lệ trẻ khỏi (xuất viện) là 94,8%, không hiệu quả là 5,2% (1,1% chuyển viện,4,1% tử vong). Suy hô hấp nặng là 17,5%, Tỉ lệ thiếu máu ở nhóm khỏi (xuất viện) và không hiệu quả lần lượt là 13% và 60%. Rối loạn tri giác ở nhóm khỏi (xuất viện) là 4,3% và 40% ở nhóm không hiệu quả. Thời gian sử dụng oxy trung bình ở nhóm điều trị không hiệu quả là 19,2 ngày, nhóm khỏi bệnh là 5,3 ngày **Kết luận:** Nhóm trẻ điều trị khỏi và xuất viện chiếm tỷ lệ cao 94,8%, nhóm không hiệu quả là 5,2%, trong đó tử vong là 4,1%, và chuyển viện là 1,1%. ***Từ khóa:*** viêm phổi, suy hô hấp, sơ sinh

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA IN NEWBORS WITH RESPIRATORY FAILURE AT SAINT PAUL HOSPITAL IN 2023

Objective: Review some factors related to the results of treatment of severe pneumonia in newborns at Saint Paul General Hospital. **Research subjects:** 97 newborns with pneumonia and respiratory failure treated at the Neonatal Department of Saint Paul Hospital in 2023. **Research methods:** Description of a series of cases. **Results:** The male/female ratio was 2.7/1, full-term babies accounted for 73.2% and premature babies accounted for 26.8%. The rate of children cured (discharged from hospital) is 94.8%, ineffective is 5.2% (1.1% transferred to hospital, 4.1% died). Severe respiratory failure was 17.5%, the rate of anemia in the recovered (discharged) and ineffective groups was 13% and 60%, respectively. Consciousness disorders in the recovered group (discharged from hospital) were 4.3% and 40% in the ineffective group. The average time of oxygen use in the ineffective treatment group is 19.2 days, the cured group is 5.3 days **Conclusion:** There is a difference between the cured (discharged from hospital) and ineffective treatment groups in terms of rate. incidence of anemia, mental status and duration of oxygen support. However, there was no difference in manifestations of respiratory failure and hospital stay.

Keywords: pneumonia, respiratory failure, newborn

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị Lạc Việt Phúc Yên*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thi Thu Hương
Email: thuhuong0380@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024
Ngày duyệt bài: 29.10.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp do viêm phổi là bệnh thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao là 68,7%. Tùy theo các nghiên cứu mà tỷ lệ trẻ sơ sinh bị viêm phổi dao động khoảng 1-35% trong đó hay gặp nhất là 1% đối với trẻ sơ sinh đủ tháng và khoảng 10% đối với sơ sinh non tháng. Nghiên

cứu của Duke (2005) có khoảng 750.000 đến 1,2 triệu trẻ sơ sinh tử vong hàng năm do viêm phổi nặng trong đó nhóm trẻ sơ sinh chiếm 10% tỷ lệ tử vong ở trẻ em toàn cầu.[1] Biểu hiện lâm sàng viêm phổi nặng ở nhóm trẻ sơ sinh thường nghèo nàn, ít triệu chứng mà bệnh tiến triển nhanh do vậy phát hiện sớm, điều trị sớm sẽ giúp trẻ tránh được biến chứng suy hô hấp và phát triển toàn diện.

Khoa Sơ Sinh Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn là một trung tâm sơ sinh hàng đầu của Hà Nội, mỗi năm, khoa tiếp nhận và điều trị cho các trẻ sơ sinh ở tuyến quận, huyện chuyển đến, trong đó phần lớn là trẻ bị viêm phổi nặng kèm theo suy hô hấp để giúp cho các bác sĩ lâm sàng điều trị hiệu quả và giúp tiên lượng bệnh cho bệnh nhân chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu: *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi nặng tại khoa Sơ sinh bệnh viện Xanh Pôn năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 97 trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp do viêm phổi nằm điều trị tại khoa Sơ sinh bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ được chẩn đoán viêm phổi có suy hô hấp theo WHO 2013[2]

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc kèm theo bệnh khác gây suy hô hấp: tổn thương não, bệnh tim mạch, bệnh màng trong, thoát vị hoành, hội chứng hít phân su.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Thời gian: Từ tháng 01/2023 đến hết tháng 12/2023

Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm nhóm nghiên cứu: tuổi thai, giới tính, cân nặng, cách thức sinh,
- Dấu hiệu lâm sàng trước và sau điều trị suy hô hấp: nhịp thở, rút lõm lồng ngực, tím, ho, sốt, vàng da, khí máu, Xq ngực, công thức máu, sinh hóa, phân loại suy hô hấp,…
- Biện pháp điều trị: hỗ trợ hô hấp, thời gian hỗ trợ hô hấp, thời gian nằm viện, hiệu quả điều trị

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức bệnh viện đa khoa Xanh Pôn thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2023 có 97 trẻ sơ sinh bị viêm phổi nặng có suy hô hấp vào điều trị tại khoa Sơ sinh bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n=97	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai (tuần)	< 37tuần	26	26,8
	≥37 tuần	71	73,2
Giới	Nam	71	73,2
	Nữ	26	26,8
Cách thức sinh	Sinh thường	39	40,2
	Sinh mổ	58	59,8

Tỉ lệ trẻ nam trong nhóm nghiên cứu cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ 2,7: 1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Trẻ đủ tháng (≥37 tuần) có tỷ lệ là 73,2%, trẻ < 37 tuần là 26,8%. Tỷ lệ trẻ sinh mổ và sinh thường là 59,8%: 40,2%.

Bảng 2. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Kết quả điều trị		n	Tỷ lệ %
Khỏi, xuất viện		92	94,8
Không hiệu quả	Chuyển viện	1	1,1
	Tử vong	4	4,1
Tổng số		**97**	**100**

Tỷ lệ trẻ điều trị khỏi, khỏi (xuất viện) xuất viện chiếm tỷ lệ cao 94,8%, có 5 trường hợp diễn biến nặng, không đáp ứng với điều trị trong đó có 1 trường hợp phải chuyển viện và 4 trường hợp tử vong với tỷ lệ lần lượt là 1,1%: 4,1%.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng với kết quả điều trị

Triệu chứng (n=97)		Khỏi, xuất viện		Không hiệu quả		p OR (95% CI)
		n= 92	Tỷ lệ %	n=5	Tỷ lệ %	
Suy hô hấp	Nhẹ, trung bình	77	83,7	3	60,0	>0,05*
	Nặng	15	16,3	2	40,0	
Vàng da	Có	7	7,7	0	0	>0,05*
	Không	85	92,3	5	100,0	
Tinh thần	Tỉnh	88	95,7	3	60,0	<0,05* 14,7 (1,9-114,0)
	Rối loạn tri giác	4	4,3	2	40,0	
Thân nhiệt	Bình thường	73	79,3	5	100,0	>0,05**
	Rối loạn thân nhiệt	19	20,7	0	0	
Thiếu máu	Không	80	87,0	2	40,0	<0,05* 10(1,5-66,1)
	Có	12	13,0	3	60,0	

**Fisher exact test, ** test χ^2*

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn tri giác ở nhóm điều trị không hiệu quả cao hơn ở nhóm khỏi (xuất viện) đáng kể (40,0% so với 4,3%) với OR = 14,7.

Tỷ lệ trẻ thiếu máu là khác nhau giữa nhóm khỏi (xuất viện) và nhóm không hiệu quả, sự khác biệt có ý nghĩa với (p <0,05)

Bảng 4. Hỗ trợ hô hấp ban đầu và kết quả điều trị

Hỗ trợ hô hấp ban đầu	Thở oxy mask		Thở CPAP		Thở máy		Tổng
	n=76	%	n=10	%	n=11	%	
Khỏi, xuất viện	75	81,5	9	9,8	8	8,7	92
Không hiệu quả	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5

Tỷ lệ trẻ thở máy ngay từ khi cần hỗ trợ hô hấp có 11 trẻ chiếm tỷ lệ 11/97 (11,3%), trong nhóm điều trị không hiệu quả, thở máy chiếm tỷ lệ cao nhất 60%, phần lớn trẻ được điều trị hỗ trợ ban đầu abừng oxy mask và CPAP, đáp ứng tốt cao.

Bảng 5. Thời gian diễn biến bệnh và kết quả điều trị

Yếu tố	Khỏi, xuất viện (n=92)	Không hiệu quả (n=5)	p*
Thời gian nằm viện (ngày)	10,46±4,77	18,60±18,6	>0,05
Thời gian sử dụng oxy[a] (ngày)	5,28±3,47	19,20±17,96	0,012

**Mann Whitney test, [a]thở oxy,nCPAP và thở máy*

Có sự khác biệt giữa nhóm khỏi (xuất viện) và nhóm không hiệu quả về thời gian hỗ trợ hô hấp khi nằm viện với p< 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2023, chúng tôi có 97 trẻ sơ sinh được chẩn đoán Viêm phổi có suy hô hấp vào điều trị đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu có tỷ lệ trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ là 2,7:1. tương tự với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (2021) tại khoa Sơ sinh bệnh viện Nhi Trung ương tỉ lệ nam/nữ là 1,45:1 và phần lớn trẻ được sinh đủ tháng (84,7%). Uzzaman và cộng sự chỉ ra tỷ lệ viêm phổi sơ sinh ở trẻ nam là 67%[3]. Tuổi thai đủ tháng (≥ 37 tuần) là 73,2%, đẻ non (< 37tuần) là 26,8%, kết quả của chúng tôi tỷ lệ đẻ non thấp hơn các nghiên cứu khác, do khoa sơ sinh của bệnh viện đa khoa Xanh pôn là nơi chăm sóc trẻ em thành phố Hà Nội, do vậy tỷ lệ thai phụ được theo dõi, chăm sóc tốt, nên tỷ lệ đẻ non có giảm so với các nghiên cứu ở bệnh viện Trung ương. Kết quả điều trị chung (bảng 2) cho thấy tỷ lệ khỏi và xuất viện, chiếm tỷ lệ cao 94,8% có 5 trường hợp (5,2%) điều trị không hiệu quả, trong đó có 4 trường hợp tử vong (4,1%) và 1 (1,1%) trường hợp chuyển viện lên tuyến trên. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2022) ở bệnh viện Tiền Giang trên 157 trẻ sơ sinh bị suy hô hấp tỷ lệ tử vong là 1,91%, chuyển viện là 12,74%, khỏi (xuất viện) là 78,9%, tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu với kết quả điều trị, trẻ có rối loạn tri giác ở nhóm điều trị không hiệu quả cao hơn ở nhóm khỏi (xuất viện) đáng kể tỷ lệ lần lượt là 40,0%: 4,3% (OR = 14,7). Trẻ có thiếu máu gặp ở nhóm điều trị không hiệu quả cao hơn nhóm khỏi bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa với (p <0,05). Hồng cầu tham gia vào quá trình vận chuyển cả O_2 và CO_2 trong máu. Vì vậy trong trường hợp trẻ bị suy hô hấp có kèm theo thiếu máu, chức năng vận chuyển O_2 và CO_2 của hồng cầu bị suy giảm có thể làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp.

Tỷ lệ trẻ có suy hô hấp nặng là 17/98 (17,5%), tỷ lệ của chúng tôi có tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Tuệ[4] năm 2023 là 25,3%. Suy hô hấp gây giảm O_2 và/hoặc tăng CO_2 trong máu đều ảnh hưởng đến não bộ gây thay đổi trạng thái tinh thần của trẻ. Giai đoạn đầu bệnh nhân thường có biểu hiện kích thích, vật vã. Nếu suy hô hấp nặng hoặc kéo dài sẽ chuyển sang li bì hoặc hôn mê. Chúng tôi nhận thấy rằng tình trạng rối loạn tri giác của trẻ ở nhóm không hiệu quả cao hơn rõ rệt so với nhóm điều trị khỏi (xuất viện), với tỷ lệ lần lượt là 40% và 4,3% (p < 0,05 và OR = 14,7). Như vậy dấu hiệu tinh thần là một trong những dấu hiệu quan trọng để đánh giá mức độ suy hô hấp, tiên lượng điều trị. Các nghiên cứu trên đối tượng trẻ sơ sinh và các nghiên cứu khác ở nước ngoài hầu như không đánh giá sự thay đổi về tinh thần.

Phương thức hỗ trợ hô hấp ban đầu có ảnh hưởng rõ rệt tới kết quả điều trị (p< 0,05). Bảng 4 cho thấy 81,5% trẻ cần thở oxy lúc nhập viện đáp ứng tốt. Có 11,3% trẻ cần thở máy khi nhập viện và 5 trẻ điều trị không hiệu quả.

Thời gian hỗ trợ hô hấp, số ngày nằm viện cũng là các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị suy hô hấp do viêm phổi. Có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm điều trị khỏi (xuất viện) và nhóm không hiệu quả về thời gian sử dụng oxy bao gồm thở oxy, CPAP và thở máy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Theo nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu, số ngày nằm viện ở nhóm khỏi và nhóm nặng hơn là khác nhau với p <0,01.[5] Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt đáng kể về thời gian điều trị giữa nhóm khỏi (xuất viện) và không hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi có suy hô hấp ở trẻ sơ sinh gặp ở nam nhiều hơn ở nữ, trong năm 2023, nhóm trẻ

điều trị khỏi, xuất viện chiếm tỷ lệ cao 94,8%, tỷ lệ điều trị không hiệu quả có 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,2%, trong đó tử vong là 4,1% và chuyển viện 1,1%. Dấu hiệu rối loạn tri giác và thiếu máu ngay từ khi bắt đầu suy hô hấp là dấu hiệu hay gặp trong nhóm điều trị không hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Duke T.** Neonatal pneumonia in developing countries. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005; 90(3): F211-219. doi:10.1136/adc.2003. 048108
2. **Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. 2nd ed.** World Health Organization; 2013. Accessed April 8, 2023. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK154447/
3. **Uzzaman MN, Khan MAF, Ahmed T, et al.** Neonatal pneumonia in a rural primary care hospital in Bangladesh: prevalence, validation of clinical features and their outcome. Bangladesh Crit Care J. 2016;4(2):74-78.
4. **Phan Thị Thúy Tuệ, Phạm Vân Anh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;529(1).
5. **Nguyễn Phan Trọng Hiếu, Trần Chí Thiện.** Đánh giá kết quả điều trị Suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;515(1).

TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA STAPHYLOCOCCUS AUREUS GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở CÁC BỆNH NHÂN MỚI NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc[1], Nguyễn Hữu Việt Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng kháng kháng sinh của S. aureus gây nhiễm khuẩn huyết ở các bệnh nhân mới nhập viện điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 246 bệnh nhân nhiễm khuẩn mới vào điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An có kết quả nuôi cấy máu dương tính tại thời điểm nhập viện từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết do S. aureus chiếm 20,7%. Theo nguồn nhiễm khuẩn: hô hấp: 37,3%; da, mô mềm 29,4%; từ 2 ổ nhiễm khuẩn 9,8%; máu 5,9%. Tỷ lệ Kháng kháng sinh của vi khuẩn S. aureus kháng ciprofloxacin 23,4%, levofloxacin 21,7%, gentamycin 34,8%, cefoxitin 66%, methicillin 66%. Chưa ghi nhận kháng vancomycin và linezolid. Tỷ lệ MRSA 66,7%, tỷ lệ MDR S. aureus 74,5%, MIC ≥2 pg/l của Vancomycin là 27.5%; mặc dù không có chủng S. aureus kháng Vancomycin, tuy nhiên có 14 chủng có MIC ≥2 pg/l và 3 chủng có MIC 2-16 pg/l với Vancomycin. **Kết luận:** Tình trạng đề kháng kháng sinh của những bệnh nhân đã có nhiễm khuẩn huyết do Staphylococcus aureus lúc mới nhập viện điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An đang có xu hướng gia tăng, tuy nhiên chưa ghi nhận kháng Vancomycin và Linezolid.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, Tụ cầu vàng, Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS CAUSING SEPTIC INFECTION IN PATIENTS NEWLY ADMITTED FOR TREATMENT AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL 2021-2023

Objectives: Assessing the antibiotic resistance of S. aureus causing bacteremia in newly hospitalized patients at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 246 new infectious patients treated at Nghe An General Friendship Hospital with positive blood culture results at the time of admission from September 2021 to September 2023. **Results:** The rate of bacteremia due to S. aureus accounts for 20.7%. By source of infection: respiratory: 37.3%; skin, soft tissue 29.4%; from 2 infected foci 9.8%; blood 5.9%. Antibiotic resistance rate of S. aureus bacteria resistant to ciprofloxacin 23.4%, levofloxacin 21.7%, gentamycin 34.8%, cefoxitin 66%, methicillin 66%. Resistance to vancomycin and linezolid has not been recorded. MRSA rate 66.7%, MDR S. aureus rate 74.5%, Vancomycin MICs ≥2 pg/l is 27.5%; Although there were no S. aureus strains resistant to Vancomycin, there were 14 strains with MICs ≥2 pg/l and 3 strains with MICs 2-16 pg/l with Vancomycin. **Conclusion:** Antibiotic resistance in patients with septicemia caused by Staphylococcus aureus when first hospitalized for treatment at Nghe An General Friendship Hospital is on the rise, but resistance to Vancomycin and Linezolid has not been recorded.

Keywords: Sepsis, Staphylococcus aureus, Nghe An General Friendship Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, nhiễm khuẩn huyết (NKH) vẫn là một nguyên nhân chính gây tử vong trên toàn thế giới [1]. Tình trạng đề kháng kháng sinh ngày càng lan rộng khiến cho cuộc chiến chống

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc
Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024
Ngày duyệt bài: 29.10.2024