

triệu chứng gặp ở 100% bệnh nhân. Dấu hiệu cảnh báo hay gặp nhất là đau bụng ở vùng gan và xuất huyết dưới da. Tỷ lệ bệnh nhân SXHD nặng là 4,24%, trong đó chủ yếu là sốc SXHD. Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu thấp, Hct cao, men GPT cao, Albumin thấp thường có tỷ lệ SXHD nặng cao hơn. Hình ảnh bất thường trên kết quả siêu âm ổ bụng rất đa dạng, hay gặp nhất là hình ảnh tràn dịch ổ bụng và dày thành túi mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gubler, D. J.** Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. *Clin Microbiol Rev*, 11 (3), 480–496.
2. **Guha-Sapir, D.; Schimmer, B.** Dengue Fever: New Paradigms for a Changing Epidemiology. *Emerging Themes in Epidemiology*, 2 (1), 1. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-2-1>.
3. **Feitoza, H. A. C.; Koifman, S.; Koifman, R. J.; Saraceni, V.** Dengue infection during pregnancy and adverse maternal, fetal, and infant health outcomes in Rio Branco, Acre State, Brazil, 2007-2012. *Cad Saude Publica* 2017, 33 (5), e00178915. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178915>.
4. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán điều trị sốt xuất huyết Dengue, Nhà xuất bản Y học. 2019
5. **Đặng Quang Nhật.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và ý nghĩa của thang điểm ESDI trong tiên lượng sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em. *Tạp chí y dược học*. 2021.
6. **Mishra, S.; Ramanathan, R.; Agarwalla, S. K.** Clinical Profile of Dengue Fever in Children: A Study from Southern Odisha, India. *Scientifica (Cairo)*, 2016, 6391594. <https://doi.org/10.1155/2016/6391594>.
7. **Huỳnh Công Thanh, Tạ Văn Trâm, Đỗ Văn Dũng.** Một số yếu tố tiên lượng sớm sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em trong 72h đầu. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2018
8. **Adam AS, Pasaribu S, Wijaya H, Pasaribu AP.** Clinical profile and warning sign finding in children with severe dengue and non-severe dengue. *IOP Conf Ser: Earth Environ*. 2018.

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

Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Hữu Việt Anh¹

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, Klebsiella pneumoniae, Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An

SUMMARY

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

Objectives: Evaluating the antibiotic resistance of Klebsiella pneumoniae bacteria 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 septicemia due to Klebsiella pneumoniae accounts for 17.1%. By source of infection: Respiratory 19.4%; digestion 22.5%; urinary tract 6.1%; soft tissue 8.3%; biliary tract 20%; blood 25%. Antibiotic resistance of Klebsiella pneumoniae bacteria: meropenem resistance 19%; Piperacillin 21.4%; Cotrimoxazole 40%; doxycycline 39%; levofloxacin 25%; ciprofloxacin 28.6%; Cefepime 30%. The MDR rate of Klebsiella pneumoniae is 40.2% and the ESBL (+) production rate of Klebsiella pneumoniae is 19%. **Conclusion:** Antibiotic resistance in patients with septicemia caused by Klebsiella pneumoniae when first hospitalized for treatment at Nghe An General Friendship Hospital is on the rise.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn Klebsiella pneumoniae 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 Klebsiella pneumoniae chiếm 17,1%. Theo nguồn nhiễm khuẩn: Hô hấp 19,4%; tiêu hoá 22,5%; tiết niệu 6,1%; mô mềm 8,3%; đường mật 20%; máu 25%. Kháng kháng sinh của vi khuẩn Klebsiella pneumoniae: kháng meropenem 19%; Piperacillin 21,4%; Cotrimoxazol 40%; doxycycline 39%; levofloxacin 25%; ciprofloxacin 28,6%; Cefepime 30%. Tỷ lệ MDR của Klebsiella pneumoniae là 40,2% và tỷ lệ sinh ESBL (+) của Klebsiella pneumoniae là 19%. **Kết luận:** Tình trạng đề kháng kháng sinh của những bệnh nhân đã có nhiễm khuẩn huyết do Klebsiella pneumoniae lúc mới nhập viện điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An đang có xu hướng gia tăng.

¹Bệnh 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: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

Keywords: Sepsis, Klebsiella pneumoniae, Nghe An General Friendship Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết vẫn luôn là một mối lo ngại hàng đầu đặc biệt trong tình trạng sử dụng bữa bãi kháng sinh ở ngoài cộng đồng và ở các bệnh viện tuyến cơ sở [1]. Kháng sinh đã trở thành một trong những thứ vũ khí hữu hiệu nhất trong việc chống lại vi khuẩn và các bệnh nhiễm khuẩn do chúng gây ra. Tuy nhiên, hiện tượng đề kháng kháng sinh ngày càng lan rộng khiến cho cuộc chiến chống lại vi khuẩn trở nên khốc liệt. Do đó chúng ta cần phát hiện vi khuẩn kháng thuốc càng sớm càng tốt nhằm giúp bác sĩ lâm sàng có hướng điều trị chọn lựa kháng sinh thích hợp [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn Klebsiella pneumoniae ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết mới nhập viện điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết (sepsis) theo tiêu chuẩn của ESICM/SCCM 2016 [3] gồm:

- Có ổ nhiễm trùng hoặc cấy máu dương tính.
- Có biểu hiện của giảm tưới máu tổ chức hoặc rối loạn chức năng ít nhất một cơ quan (rối loạn ý thức, thiếu niệu, toan chuyển hoá...).
- SOFA \geq 2.

- Căn nguyên nhiễm trùng: Viêm phổi, viêm màng phổi, áp xe phổi; Nhiễm khuẩn tiêu hóa: Áp xe gan, viêm túi mật, viêm ruột, viêm đại tràng, thủng ruột hay các ổ áp xe khác; Nhiễm khuẩn tiết niệu: Viêm đài bể thận, áp xe thận, sỏi thận có biểu chứng, áp xe tuyến tiền liệt; Nhiễm khuẩn mạch máu: do các đường truyền tĩnh mạch, các catheter mạch máu, thiết bị nhân tạo nhiễm khuẩn; Nhiễm khuẩn thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não; Nhiễm khuẩn da, mô mềm.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sốc phản vệ, sốc mất máu, sốc tim, sốc do tắc nghẽn;
- Bệnh nhân chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết ra viện chưa có kết quả nuôi cấy;
- Bệnh nhân chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết kèm theo lao phổi, cúm A, B, Dengue, COVID-19, HIV/AIDS;
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Nghiên cứu 246 Bệnh nhân chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết, nuôi cấy bệnh phẩm máu 2 vị trí có vi khuẩn gây bệnh dương tính mới nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 9/2021 đến 09/2023

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ Thời gian: Từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2023

+ Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

2.5. Quy trình lấy bệnh phẩm và phân tích số liệu

- Lấy bệnh phẩm nuôi cấy được áp dụng theo quy trình của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

- Nuôi cấy và kháng sinh đồ được thực hiện tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Kỹ thuật nuôi cấy: Định danh bằng hệ thống Vitek 02 compact của Biomerieux

- Kháng sinh đồ: Vitek 02 compact và khoanh giấy khuếch tán

- MIC của các vi khuẩn đa kháng làm bằng phương pháp E test.

- Kháng sinh đồ được bằng phương pháp khoanh giấy khuếch tán và hệ thống tự động Vitek 02 compact. Mức độ nhạy của vi khuẩn với kháng sinh được chia làm 3 nhóm: nhạy cảm (S = Sensitive), trung gian (I = Intermediate) và kháng (R = Resistant).

2.6. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Quá trình nghiên cứu và thu thập thông tin được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ vi khuẩn Klebsiella pneumoniae gây nhiễm khuẩn huyết theo vị trí nhiễm khuẩn tiên phát

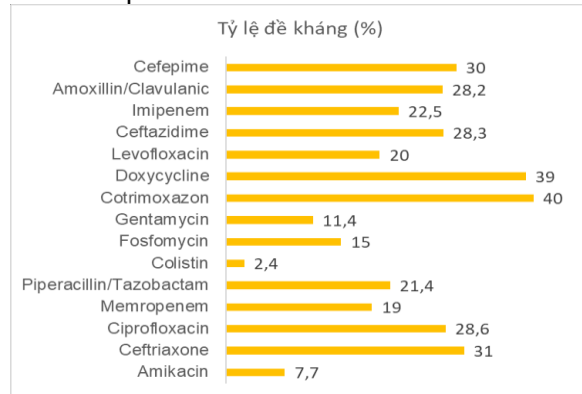
Vị trí nhiễm khuẩn tiên phát	Klebsiella pneumoniae		Vi khuẩn khác		Tổng
	n	%	n	%	
Tiêu hóa	16	22,5	55	77,5	71
Hô hấp	13	19,4	54	80,6	67
Đường mật	4	20	16	80	20
Tiết niệu	2	6,1	31	93,9	33
Da, mô mềm	2	8,3	22	91,7	24
Khác	5	16,1	26	83,9	31
Tổng cộng	42	17,1	204	82,9	246

Nhận xét: Vị trí nhiễm khuẩn tiên phát: hô hấp 19,4%; Tiêu hoá 22,5%; Tiết niệu 6,1%; Đường mật 20%.

Bảng 2. Tỷ lệ vi khuẩn Klebsiella pneumoniae sinh Beta-lactamase phổ rộng (ESBL) và đa kháng thuốc (MDR) theo phân loại của Magiorakos

Klebsiella pneumoniae		n	%
ESBL	ESBL (+)	8	19,1
	ESBL (-)	34	80,9
	Tổng	42	100
Đa kháng thuốc (MDR)	MDR	19	45,2
	Không MDR	23	54,8
	Tổng	42	100

Nhận xét: Tỷ lệ sinh men ESBL (+) của Klebsiella pneumoniae là 19%. Tỷ lệ MDR của Klebsiella pneumoniae 40.5%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đề kháng sinh kháng sinh do Klebsiella pneumoniae

Nhận xét: Klebsiella pneumoniae đề kháng với hầu hết các kháng sinh thử nghiệm. Đề kháng các kháng sinh nhóm Carbapenem, Piperacillin/tazobactam từ 19 - 22,5%, đề kháng với Amikacin với 7,7%. Ghi nhận đề kháng Colistin với 2,4%.

IV. BÀN LUẬN

Về sự phân bố vi khuẩn Klebsiella pneumoniae theo vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát. Trong nghiên cứu này, 246 mẫu bệnh phẩm máu được nuôi cấy dương tính, trong đó K. pneumoniae có 42 mẫu chiếm 17,1%, Thống kê Bộ Y tế năm 2008-2009 tỉ lệ vi khuẩn Klebsiella pneumoniae chiếm 17,1% [4]. Nga .T.T.T cho thấy Klebsiella spp chiếm 8% [5]. Trần Thanh Minh ghi nhận tác nhân Klebsiella pneumoniae chiếm 12,2% [6]. Nguyễn Thị Thủy, tình hình nhiễm khuẩn của bệnh nhân mới vào khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai Klebsiella pneumoniae là 34,1% [7]

Trong nghiên cứu này, vi khuẩn Klebsiella pneumoniae phân lập được hay gặp nguồn nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu, tiêu hoá, hô hấp, đường mật. Tương tự Ivan S ghi nhận, nguồn nhiễm khuẩn Klebsiella pneumoniae

thường gặp từ đường tiêu hoá, tiết niệu, đường mật. [8]

Tỷ lệ Klebsiella pneumoniae sinh Beta-lactamases phổ rộng (ESBL+). Tỷ lệ sinh ESBL(+) của Klebsiella pneumoniae trong nghiên cứu này là 19%. Thấp hơn Nga .T.T.T tỉ lệ sinh ESBL tại Chợ Rẫy là 48% đối với Klebsiella pneumoniae và Tỷ lệ này của Bệnh viện Bạch Mai là 48% [5]. Báo cáo của Bộ Y Tế, Tỷ lệ sinh ESBL(+) của Klebsiella pneumoniae giao động giữa các bệnh viện, cao nhất là ở bệnh viện Nhiệt đới Trung ương 72,7%; Bệnh viện Chợ Rẫy 58,2%; Bệnh viện Việt Đức 48,5%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng Klebsiella pneumoniae khác nhau giữa các bệnh viện, tuy nhiên, nhìn chung, Klebsiella pneumoniae giảm nhạy cảm với một số loại kháng sinh nhất định như Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftazidime), Cotrimoxazol, ciprofloxacin và gentamicin. Một số kháng sinh vẫn còn có hiệu lực bao gồm Carbapenem và Beta-lactamase phối hợp với các chất ức chế Beta lactamase. Tỷ lệ kháng của Klebsiella pneumoniae với imipenem thấp hơn 10%.

Về mức độ kháng kháng sinh của Klebsiella Pneumoniae. Kháng kháng sinh của vi khuẩn Klebsiella pneumoniae, mức độ đề kháng với các nhóm kháng sinh có xu hướng đồng đều hơn với tỉ lệ kháng kháng sinh từ 20% đến 40%, trong đó kháng cao nhất với Trimethoprim/Sulfamethoxazol (40%), Doxycycline (39%), Ciprofloxacin (31%). Trong nghiên cứu này, có 19% số chủng đã kháng Meropenem và 22,5% kháng Imipenem; 2,4% kháng Colistin cho thấy sự phức tạp của nhóm vi khuẩn này được dự báo trong tương lai là nhóm vi khuẩn gây kháng thuốc phức tạp nhất và chiếm tỉ lệ cao. Tỷ lệ đa kháng từ nhiễm khuẩn huyết của bệnh nhân mới nhập viện này là tương đối cao và đáng báo động tới các bác sỹ điều trị, các nhà xây dựng chính sách, các nhà nghiên cứu khoa học trong việc tìm hiểu sâu về nguy cơ và sự lây lan của Klebsiella spp. đa kháng và giảm thiểu sự lan truyền của chủng này.

Theo báo cáo của Bộ Y Tế, Klebsiella spp khoảng 30 - 70% kháng các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 và 4, xấp xỉ 40-60% kháng với các kháng sinh nhóm Aminoglycosides và Fluoroquinolones [4]. Theo Trần Thanh Minh Klebsiella pneumoniae đề kháng cao với tất cả các kháng sinh như Imipenem 57,9%; Ciprofloxacin 57,9%, Colistin 58% [6]. Tác giả Danielle J.I thấy rằng 65% kháng Ampicillin, 67% kháng Trimethoprim, 66% kháng Trimethoprim/ Sulphamethoxazole, kháng với các Aminoglycoside khác rất hiếm (3%) [9].

Theo I.L. Tseng cho thấy 100% vi khuẩn *Klebsiella* spp. kháng với Amoxicilin [10], tỉ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khác trong khu vực như ở Đài Loan, Trung Quốc, Ấn Độ, 100% các chủng vi khuẩn *Klebsiella* spp. phân lập được đều kháng với kháng sinh này. Trong khi nhóm Amoxicillin + Clavunian trong nghiên cứu này là 66.7% và khá cao so với các nghiên cứu khác, mặc dù tỉ lệ này khác nhau ở các quốc gia khác nhau, Bosnia and Herzegovina (44,5%) Mexico (43,5%), Uganda (36%), Ethiopia (32,1%), Tây Phi (30,3%), Iran (30%) Bồ Đào Nha (12%) và Đài Loan (10,5%). Tỉ lệ kháng với kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 là 37,3% cao hơn so với nghiên cứu tại Mexico (35,8%), Bosnia and Herzegovina (20,3%), Ethiopia (17,9%), Đài Loan (12,7%), Bồ Đào Nha (6%). Trong khi ở Thụy Sĩ tỉ lệ kháng với Cephalosporin thế hệ 3,4 là 2,9% năm 2009 và 4,4% năm 2016. Tỉ lệ kháng còn cao hơn ở Ceftazidime 49% và tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại các quốc gia đang phát triển khác như Iran (42,7%), Bosnia and Herzegovina (29,33%). Mexico, Ethiopia (17,9%) và Đài Loan 10,7%. Trong khi đó 25,5% *Klebsiella* spp. kháng với nhóm kháng sinh quinolon, tương đương với nghiên cứu ở Ethiopia (25%), cao hơn so với nghiên cứu tại Iran (16,1%), Uganda (10,7%) và Đài Loan là 15%, Thụy Sĩ là 11,4% năm 2016. Có 39,2% *Klebsiella* spp. phân lập từ nghiên cứu này kháng với sulfamethoxazole + trimethoprim, cao hơn so với nghiên cứu tại Iran (32,9%) Đài Loan (24,1%), Bosnia and Herzegovina (26,14%), Thụy Sĩ là 10- 11%, tuy nhiên thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tại Uganda (69%) và thấp hơn so với 1 nghiên cứu phân tích tổng hợp tại khu vực Tây Phi (58,4% (95% CI 22,6-89,8%). Đáng quan tâm là nhóm kháng sinh Carbapenem, kết quả từ nghiên cứu này cho thấy 13,7% *Klebsiella pneumoniae* kháng với meropenem, tuy nhiên tỉ lệ trung gian với kháng sinh này rất cao lên tới 31,4% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Đài Loan (0,7%) và Bồ Đào Nha, Bosnia and Herzegovina (1,3%). Trong khi đó nhóm Aminoglycosid có tỉ lệ kháng khác nhau giữa hai loại kháng sinh GEN (47,1%). Tại Mexico, tỉ lệ kháng với kháng sinh này là 17,9%; tại Uganda (11%), Đài Loan 15,5% và Bồ Đào Nha 10%. Tuy nhiên amikacin còn nhạy với vi khuẩn *Klebsiella*, tại các quốc gia khác, amikacin cũng bắt đầu có dấu hiệu kháng, tỉ lệ 2,5% ở Mexico và 5,3% ở Đài Loan [10].

Vi khuẩn đa kháng thuốc (MDR) của *Klebsiella pneumoniae* trong nghiên cứu này là

40,5%; tại Mỹ cho thấy tỉ lệ MDR trên người bệnh nhiễm trùng máu mắc tại cộng đồng là 31-36% và giảm vào mùa hè chỉ còn 11 - 14%. Một nghiên cứu tại Đài Loan cho thấy tỉ lệ này 37% [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 246 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có cấy máu dương tính mới nhập viện điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An cho thấy, tỉ lệ nhiễm khuẩn huyết do *Klebsiella pneumoniae* chiếm 17,1%. Theo nguồn nhiễm khuẩn: Hô hấp 19,4%; tiêu hoá 22,5%; tiết niệu 6,1%; mô mềm 8,3%; đường mật 20%; máu 25%. Kháng kháng sinh của vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae*: kháng meropenem 19%; Piperacillin 21,4%; Cotrimoxazol 40%; doxycycline 39%; levofloxacin 25%; ciprofloxacin 28,6%; Cefepime 30%. Tỉ lệ MDR của *Klebsiella pneumoniae* là 40,2% và tỉ lệ sinh ESBL (+) của *Klebsiella pneumoniae* là 19%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fleischmann C., Scherag A., Adhikari NK, et al.** Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;193:259-72.
- Phạm Thị Hoài An và cộng sự:** (2014) Khảo sát sự kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* trên bệnh phẩm phân lập được tại viện Pasteur, tp Hồ Chí Minh
- Kristina E** (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990 - 2017: analysis for the global burden of disease study. *Lancet*. Jan 18; 395 (10219): 200-211.
- Bộ Y Tế.** Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009. Dự án Hợp tác toàn cầu về kháng kháng sinh GARP. 2009.
- Nga T.T.T.,** Tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết và khuynh hướng đề kháng sinh 5 năm từ 2008 - 2012 tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 2014. 18(2): p. 6.
- Trần Thanh Minh và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 2019. 23(3): p. 7.
- Nguyễn Thị Thủy., Vương Xuân Toàn., Đặng Quốc Tuấn** (2022). Tình hình nhiễm khuẩn của bệnh nhân mới vào khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai năm 2021-2022. *Tạp chí y học Việt Nam* tập 523. Tháng 2. Số 2 năm 2023.
- Ivan S., Dian C** (2013). Antibiotic resistance in sepsis patient: evaluation and recommendation of antibiotic use. *Article in North American journal of medical sciences*. June 2013.
- Danielle J.I** (2018). "Dynamics of antimicrobial resistance in intestinal *Escherichia coli* from children in community settings in South Asia and sub-Saharan Africa", *Nature microbiology*. 3(9), tr. 1063-1073.

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SA SINH DỤC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT ĐẶT TẤM NÂNG SÀN CHẬU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng¹, Đỗ Khắc Huỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 63 bệnh nhân chẩn đoán sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 7 năm 2012 đến tháng 7 năm 2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 55 tuổi. Phần lớn đã mãn kinh chiếm tỷ lệ 73%. Đa số có tiền sử đẻ nhiều lần, sinh từ 3-4 con chiếm tỷ lệ cao nhất 65,2%; trong đó đa phần đều sinh theo đường âm đạo, chỉ có 6,3% có tiền sử mổ lấy thai. Thời gian bị sa sinh dục chủ yếu dưới 5 năm chiếm 80,9%, phần lớn sa từ hai cơ quan trở lên, hầu hết là sa thành trước âm đạo kết hợp sa cổ tử cung chiếm 73%. Các bệnh nhân bị sa sinh dục thường tiểu không kiểm soát khi gắng sức chiếm 25%. **Kết luận:** Các bệnh nhân phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu điều trị bệnh lý sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội thường gặp ở độ tuổi trên 50 tuổi, tiền sử đẻ thường nhiều lần, mãn kinh... đa số bị sa từ hai cơ quan trở lên, phần lớn sa thành trước âm đạo và cổ tử cung; phần lớn tiểu không kiểm soát khi gắng sức.

Từ khóa: Triệu chứng lâm sàng sa sinh dục, phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo

SUMMARY

DESCRIPTION OF SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING VAGINAL MESH SURGERY TO TREAT THE GENITAL PROLAPSE AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Describe some clinical characteristics of patients undergoing vaginal mesh surgery to treat the genital prolapse at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** This descriptive study on 63 patients with genital prolapse at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital (from July 2012 to July 2017). **Results:** The mean age of the patients was 55. Percentage of patients having menopause was 73%. The majority (65.2%) of patients often give birth to many children, patients giving birth to 3-4. Most patients gave birth vaginally, with only 6.3% of patients having a history of cesarean section. The duration of genital prolapse is mainly less than 5 years, accounting for 80.9%. Most patients have prolapse from two or more organs, most of them have

anterior wall prolapse combined with cervical prolapse, accounting for 73%. Patients with genital prolapse often have symptoms of stress urinary incontinence, accounting for 25.5%. **Conclusion:** Patients undergoing vaginal mesh surgery to treat the genital prolapse at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital are usually over the age of 50 years old; some risk factors for genital prolapse: multiple births, vaginal birth, and menopause. Patients have prolapse of two or more organs, most of them have anterior wall prolapse combined with cervical prolapse and often have accompanying symptoms of stress urinary incontinence. **Keywords:** Clinical symptoms of genital prolapse, vaginal mesh surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo thành sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau âm đạo và trực tràng [1]. Tuy không phải là một bệnh gây nguy hiểm đến tính mạng người phụ nữ, nhưng sa sinh dục là một bệnh ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, công tác, lao động cũng như tâm sinh lý của bệnh nhân, do đó, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [2]. Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt Nam, tỷ lệ bệnh này gặp ở phụ nữ trong tuổi hoạt động sinh dục khoảng 2%, tăng lên gần 8% ở phụ nữ từ 40-50 tuổi [2]. Một trong những phương pháp điều trị sa sinh dục là phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu. Trong thời gian qua, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã tiến hành phẫu thuật này cho nhiều bệnh nhân, nhằm tìm hiểu kỹ hơn về bệnh lý này, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân được phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu điều trị bệnh lý sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 63 bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 7 năm 2012 đến hết tháng 7 năm 2017.

***Tiêu chuẩn tuyển chọn:** Những bệnh nhân sa sinh dục độ II, độ III. Có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Sa sinh dục có các bệnh lý ác tính đường sinh dục kèm theo. Sa sinh dục kèm viêm nhiễm nặng cổ tử cung.

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: drhung.pshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024