

5. **Da Silva VM, de Oliveira Lopes MV, de Araujo TL.** Growth and nutritional status of children with congenital heart disease. *J Cardiovasc Nurs.* 2007;22(5):390-396.
6. **Nguyễn Minh An, Nguyễn Thị Lệ Thủy.** Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi mắc tim bẩm sinh điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng.* 2022;5(03):90-98.
7. **Okoromah CAN, Ekure EN, Lesi FEA, Okunowo WO, Tijani BO, Okeiyi JC.** Prevalence, profile and predictors of malnutrition in children with congenital heart defects: a case-control observational study. *Arch Dis Child.* 2011;96(4):354-360.
8. **Đoàn Quốc Hưng, Triệu Thị Huyền Trang.** Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nhi tim bẩm sinh tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng Ngực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp Chí Ngoại Khoa.* 2018;6.

## CĂN NGUYÊN GÂY NHIỄM TRÙNG HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Mai Trọng Hưng<sup>1</sup>, Trần Lương Nhân<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>2</sup>,  
Trần Tuấn Anh<sup>1</sup>, Hoàng Thị Luyến<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm xác định căn nguyên gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 106 trẻ sơ sinh non tháng được chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh và có kết quả cấy máu dương tính tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Căn nguyên chính gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh non tháng là vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ 78.9%, vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ 15.6%, vi nấm chiếm tỷ lệ 5.5%. Ở nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm, vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao nhất, hay gặp nhất là *E. coli* (44%). Ở nhiễm trùng huyết sơ sinh muộn, vi khuẩn Gram âm cũng chiếm tỷ lệ cao nhất, hay gặp nhất là *K. pneumoniae* (36.9%) và *E. coli* (32.1%). Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm gồm có mẹ bị sốt trong chuyển dạ, mẹ bị viêm phụ khoa, thời gian vỡ ối trên 18 giờ, nước ối bẩn. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng huyết sơ sinh muộn gồm có tuổi thai dưới 32 tuần, cân nặng lúc sinh dưới 1500g, có can thiệp đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm. **Kết luận:** Căn nguyên chính gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh non tháng là vi khuẩn Gram âm, hay gặp nhất là *E. coli* và *K. pneumoniae*. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm gồm mẹ bị sốt trong chuyển dạ, mẹ bị viêm phụ khoa, thời gian vỡ ối trên 18 giờ, nước ối bẩn. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng huyết sơ sinh muộn gồm có tuổi thai dưới 32 tuần, cân nặng lúc sinh dưới 1500g, có can thiệp đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm.

**Từ khóa:** Nhiễm trùng huyết sơ sinh, sơ sinh non tháng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

### SUMMARY

#### THE CAUSES OF SEPSIS IN PRETERM NEWBORNS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS

**Objective:** This study aimed to determine the causes of sepsis in preterm newborns at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital and some related factors. **Subject and method:** A descriptive study of 106 preterm newborns diagnosed with neonatal sepsis and had positive blood culture results at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from August 2022 to May 2024. **Results:** The main cause of sepsis in preterm newborns was Gram – negative bacteria accounting for 78.9%, Gram – positive bacteria accounted for 15.6%, fungi accounted for 5.5%. In early onset neonatal sepsis, Gram – negative bacteria accounted for the highest proportion, the most common was *E. coli* (44%). In late onset neonatal sepsis, Gram – negative bacteria also accounted for the highest proportion, the most common were *K. pneumoniae* (36.9%) and *E. coli* (32.1%). Some factors associated with early onset neonatal sepsis included maternal fever in labor, vaginitis, prolonged rupture of membranes more than 18 hours, dirty amniotic fluid. Some factors associated with late onset neonatal sepsis included gestational age less than 32 weeks, birth weight less than 1500g, insertion of central venous catheter. **Conclusion:** The main cause of sepsis in preterm newborns was Gram – negative bacteria, the most common were *E. coli* and *K. pneumoniae*. Some factors associated with early onset neonatal sepsis included maternal fever in labor, vaginitis, prolonged rupture of membranes more than 18 hours, dirty amniotic fluid. Some factors associated with late onset neonatal sepsis included gestational age less than 32 weeks, birth weight less than 1500g, insertion of central venous catheter.

**Keywords:** Neonatal sepsis, preterm newborns.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng huyết sơ sinh (NTHSS) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh

tật và tử vong ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc NTHSS trên thế giới ước tính là 2202 trẻ trên 100.000 ca sinh sống với tỷ lệ tử vong giao động từ 11% đến 19% [3]. Căn nguyên gây NTHSS rất đa dạng, có thể do các vi khuẩn Gram âm, vi khuẩn Gram dương hoặc do vi nấm xâm nhập vào máu gây nên. Bệnh không chỉ gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh mà còn để lại những di chứng nặng nề về phát triển tinh thần vận động về sau này và là gánh nặng đối với y tế cộng đồng của mỗi quốc gia.

Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2013, tỷ lệ tử vong do NTHSS là 16.7%, nguyên nhân chủ yếu là do vi khuẩn Gram âm gây bệnh [4]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018 – 2019, căn nguyên gây NTHSS chủ yếu là các vi khuẩn *S. marcescens* và Coagulase – negative Staphylococcus [1].

Trong mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thì NTHSS là căn nguyên chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh non tháng có căn nặng lúc sinh rất thấp và cực thấp. Việc chẩn đoán sớm, tìm ra căn nguyên gây bệnh cũng như tuân thủ điều trị kháng sinh đối với NTHSS sẽ giúp làm giảm tỷ lệ bệnh nặng, hạ thấp tỷ lệ tử vong và giảm chi phí điều trị. Xuất phát từ vấn đề nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Căn nguyên gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và một số yếu tố liên quan"*.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả trẻ sơ sinh non tháng điều trị tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2024 được chẩn đoán NTHSS và có kết quả cấy máu dương tính.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Chẩn đoán NTHSS dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Cơ quan Y tế Châu Âu EMA (European Medicines Agency) năm 2010 [5]. Trẻ sơ sinh có ≥ 2 biểu hiện lâm sàng cùng với ≥ 2 dấu hiệu cận lâm sàng và có kết quả cấy máu dương tính.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Kết quả cấy máu dương tính do ngoại nhiễm.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả.  
- Phương pháp chọn mẫu: Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Sử dụng

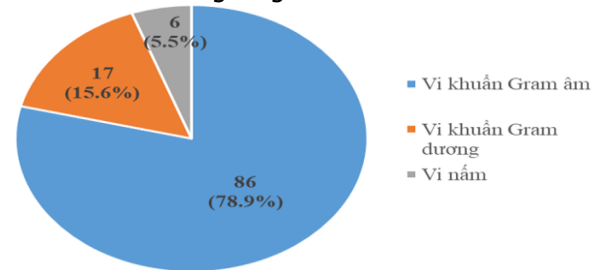
phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

Các biến số được trình bày dưới dạng biểu đồ, bảng thông qua tần số, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính được tính theo tỉ lệ. So sánh hai tỉ lệ sử dụng Test  $\chi^2$  hoặc Fisher's exact test.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (mã số HĐĐĐ: CS/PSHN/ DC/24/02) chấp nhận và thông qua. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2024, tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chúng tôi thu thập được 106 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.



**Biểu đồ 1. Phân bố theo nhóm vi sinh vật gây NTHSS**

**Nhận xét:** Trong 106 trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng huyết có kết quả cấy máu dương tính thì có 3 trẻ cấy ra 2 loại vi sinh vật khác nhau. Nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao nhất 78.9%, nhóm vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ 15.6%, nhóm vi nấm chiếm tỷ lệ thấp 5.5%.

**Bảng 1. Phân bố các chủng vi sinh vật gây NTHSS**

Vi sinh vật	n	%
Escherichia coli	38	34.9%
Klebsiella pneumoniae	33	30.3%
Staphylococcus aureus	11	10.1%
Candida albicans	6	5.5%
Enterobacter cloacae	5	4.6%
Group B streptococcus	3	2.8%
Proteus mirabilis	2	1.8%
Stenotrophomonas maltophilia	2	1.8%
Các vi sinh vật khác	9	8.2%
<b>Tổng</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>

**Ghi chú:** \*Các vi sinh vật khác bao gồm Elizabethkingia meningoseptica, Serratia marcescens, Sphingomonas paucimobilis, Achromobacter denitrificans, Achromobacter xylosoxidans, Acinetobacter baumannii, Steptococcus mitis, Listeria monocytogene,

*Streptococcus gallolyticus*

**Nhận xét:** Trong các chủng vi sinh vật phân lập được, *Escherichia coli* chiếm tỷ lệ cao nhất 34.9%, đứng thứ 2 là *Klebsiella pneumoniae* chiếm tỷ lệ 30.3%, tiếp theo là *Staphylococcus aureus* với 10.1%, nấm *Candida albicans* chiếm tỷ lệ 5.5%, các vi sinh vật còn lại ít gặp hơn.

**Bảng 2. Phân bố vi sinh vật gây NTHSS theo thời điểm khởi phát**

Vi sinh vật	NTHSS sớm		NTHSS muộn	
	n	%	n	%
<b>Vi khuẩn Gram âm</b>	20	80%	66	78.6%
<i>Escherichia coli</i>	11	44%	27	32.1%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	8%	31	36.9%
<i>Enterobacter cloacae</i>	0	0	5	6%
<i>Proteus mirabilis</i>	2	8%	0	0
<i>Serratia marcescens</i>	0	0	1	1.2%
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	0	0	2	2.4%
Vi khuẩn Gram âm khác*	5	20%	0	0
<b>Vi khuẩn Gram dương</b>	4	16%	13	15.5%
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	4%	10	11.9%
Group B streptococcus	0	0	3	3.6%
<i>Streptococcus mitis</i>	1	4%	0	0
<i>Listeria monocytogenes</i>	1	4%	0	0
<i>Streptococcus gallolyticus</i>	1	4%	0	0
<b>Nấm <i>Candida albicans</i></b>	1	4%	5	6%

**Nhận xét:** - Vi sinh vật gây NTHSS sớm và NTHSS muộn chủ yếu là vi khuẩn Gram âm, hay gặp nhất là *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae*.

- Vi khuẩn Gram dương gây NTHSS chủ yếu là *Staphylococcus aureus* và Group B streptococcus - Nhóm vi nấm trong nghiên cứu có 6 trường hợp với duy nhất chủng *Candida albicans*.

**Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm giới tính, cân nặng và tuổi thai với NTHSS**

Đặc điểm		NTHSS		Giá trị P
		sớm n (%)	muộn n (%)	
Giới tính	Nam	12(50%)	53(64.6%)	0.236
	Nữ	12(50%)	29(35.4%)	
Cân nặng khi sinh (gram)	<1500	14(58.3%)	67(81.7%)	0.028
	≥1500	10(41.7%)	15(18.3%)	
Tuổi thai (tuần)	<32	16(66.7%)	72(87.8%)	0.027
	≥32	8(33.3%)	10(12.2%)	

**Nhận xét:** - Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và tỷ lệ NTHSS.

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 1500g, tuổi thai lúc sinh dưới 32 tuần mắc NTHSS muộn cao hơn có ý nghĩa thống kê (P < 0.05).

**Bảng 4. Liên quan giữa các đặc điểm sản khoa với NTHSS**

Đặc điểm sản khoa	NTHSS sớm	NTHSS muộn	Giá trị P
-------------------	-----------	------------	-----------

		n (%)	n (%)	P
Mẹ sốt trong chuyển dạ	Có	9(37.5%)	5(6.1%)	<0.01
	Không	15(62.5%)	77(93.9%)	
Mẹ bị viêm phụ khoa	Có	10(41.7%)	9(11%)	<0.01
	Không	14(58.3%)	73(89%)	
Phương pháp sinh	Sinh thường	14(58.3%)	53(64.6%)	0.63
	Sinh mổ	10(41.7%)	29(35.4%)	
Điểm apgar	< 7	17(70.8%)	64(78%)	0.58
	≥ 7	7(29.2%)	18(22%)	
Thời gian vỡ ối > 18 giờ	Có	10(41.7%)	11(13.4%)	<0.01
	Không	14(58.3%)	71(86.6%)	
Nước ối bẩn	Có	5(20.8%)	5(6.1%)	0.045
	Không	19(79.2%)	77(93.9%)	

**Nhận xét:** - Tỷ lệ mắc NTHSS sớm ở trẻ sơ sinh có mẹ bị sốt trong chuyển dạ, mẹ bị viêm phụ khoa, thời gian vỡ ối trên 18 giờ, nước ối bẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê (P < 0.05).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp sinh và điểm apgar với tỷ lệ NTHSS.

**Bảng 5. Liên quan giữa tỷ lệ NTHSS với các can thiệp sau sinh**

Can thiệp sau sinh		NTHSS sớm n (%)	NTHSS muộn n (%)	Giá trị P*
Thở máy xâm nhập	Có	7(29.2%)	34(41.5%)	0.34
	Không	17(70.8%)	48(58.5%)	
Đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm	Có	9(37.5%)	60(73.2%)	0.02
	Không	15(62.5%)	22(26.8%)	

**Nhận xét:** - Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc NTHSS muộn ở trẻ sơ sinh có đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm cao hơn có ý nghĩa thống kê (P < 0.05).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thở máy xâm nhập với tỷ lệ NTHSS (P > 0.05).

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 106 trẻ sơ sinh non tháng được chẩn đoán NTHSS và có kết quả cấy máu dương tính tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, kết quả cho thấy căn nguyên gây bệnh chủ yếu là các vi khuẩn Gram âm (78.9%), nhóm vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ thấp hơn (15.6%), nhóm vi nấm chiếm tỷ lệ thấp nhất (5.5%). Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của P. Panigrahi trên 84 trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng huyết tại Ấn Độ, trong đó vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao nhất 69%, vi khuẩn Gram dương chiếm 26% và vi nấm chiếm 3.6% [6]. Trong các chủng vi sinh vật phân lập được nói chung, vi khuẩn *E. coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (34.9%), vi khuẩn *K. pneumoniae* đứng ở vị trí thứ hai (30.3%), tiếp theo đến vi khuẩn *S. aureus*

(10.1%) và nấm *Candida albicans* (5.5%).

Về sự phân bố của vi sinh vật trong nhóm NTHSS sớm, vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao nhất, hay gặp nhất là *E. coli* (44%), vi khuẩn Gram dương gặp với tỷ lệ ít hơn. Về sự phân bố của vi sinh vật trong nhóm NTHSS muộn, vi khuẩn Gram âm cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Vi khuẩn Gram âm hay gặp nhất trong nhóm này là *K. pneumoniae* (36.9%), tiếp theo là *E. coli* (32.1%). Các vi khuẩn Gram dương gặp với tỷ lệ thấp hơn như *S. aureus* (11.9%) và Group B streptococcus (3.6%). Có 5 trường hợp nhiễm *Candida albicans* chiếm tỷ lệ 6%. Chúng tôi thấy rằng căn nguyên chính gây NTHSS nói chung vẫn là các vi khuẩn Gram âm. Nghiên cứu của Dipen Patel trên 226 trẻ sơ sinh bị NTH tại Ấn Độ cho thấy vi khuẩn Gram âm là căn nguyên chủ yếu cả ở NTHSS sớm và NTHSS muộn, trong đó căn nguyên hay gặp nhất là *K. pneumoniae*, Coagulase negative staphylococci, Enterobacter và *E. coli* [7].

Các bệnh lý nói chung và tình trạng nhiễm khuẩn nói riêng của bà mẹ trong quá trình mang thai ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến nguy cơ nhiễm trùng khi chào đời của trẻ. Khi đánh giá yếu tố này chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ NTHSS với tình trạng nhiễm khuẩn của bà mẹ. Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc NTHSS sớm có mẹ bị sốt trong chuyển dạ, mẹ bị viêm phụ khoa cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $P < 0.01$ ). Theo nghiên cứu của Santhanam và cộng sự trên trẻ sơ sinh bị NTH khởi phát sớm do Group B streptococcus tại Ấn Độ từ năm 2004 đến 2014. Các yếu tố mẹ sốt trong chuyển dạ và mẹ bị nhiễm trùng tiết niệu có liên quan tới NTHSS khởi phát sớm do Group B streptococcus [8].

Vỡ ối kéo dài trên 18 giờ và màu sắc nước ối bẩn được biết đến là các yếu tố nguy cơ của NTHSS, đặc biệt là NTHSS sớm [2]. Khi màng ối bị vỡ, vi sinh vật từ âm đạo có thể xâm nhập vào túi ối khiến thai nhi bị nhiễm trùng ngay trong tử cung. Qua phân tích kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc NTHSS sớm có thời gian vỡ ối trên 18 giờ, nước ối bẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $P < 0.05$ ). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Santhanam và cộng sự [8]. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp sinh, điểm apgar thấp với tỷ lệ NTHSS ( $P > 0.05$ ).

Qua phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ NTHSS với cân nặng và tuổi thai chúng tôi thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc NTHSS muộn có cân nặng dưới 1500g, tuổi thai dưới 32 tuần cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $P < 0.05$ ). Tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, trẻ sơ sinh bệnh lý

phần lớn là non tháng có cân nặng lúc sinh rất thấp và cực thấp nên thời gian điều trị và sử dụng các thủ thuật xâm lấn thường kéo dài làm tăng nguy cơ mắc NTHSS, đặc biệt là do nhiễm các tác nhân từ bệnh viện. Vì vậy việc tuân thủ các quy định phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện, thực hiện các thủ thuật an toàn, hạn chế các thủ thuật xâm lấn sẽ làm giảm nguy cơ mắc NTHSS.

Đối với các can thiệp sau sinh, trẻ sơ sinh được đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm làm tăng nguy cơ mắc NTHSS muộn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0.05$ . Tuy nhiên khi phân tích mối liên quan giữa thở máy xâm nhập với tỷ lệ NTHSS chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P > 0.05$ . Điều này có thể được giải thích là do trong những năm qua việc quản lý thai nghén tại bệnh viện của chúng tôi đã được tốt hơn, các bà mẹ có nguy cơ sinh non được dùng corticoid trước sinh, ngoài ra trẻ sinh non bị suy hô hấp do bệnh màng trong đã được dùng surfactant rộng rãi hơn với liều tối ưu hơn. Do đó, việc can thiệp thở máy xâm nhập và thời gian thở máy đã giảm hơn nhiều so với trước đây.

## V. KẾT LUẬN

Căn nguyên gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh non tháng rất đa dạng bao gồm các vi khuẩn Gram âm, vi khuẩn Gram dương và nấm *Candida albicans*. Trong đó căn nguyên chủ yếu là do các vi khuẩn Gram âm gây bệnh, hay gặp nhất là *E. coli* và *K. pneumoniae*. Các yếu tố liên quan đến NTHSS sớm gồm có mẹ sốt trong chuyển dạ, mẹ bị viêm phụ khoa, thời gian vỡ ối trên 18 giờ, nước ối bẩn. Các yếu tố liên quan đến NTHSS muộn gồm có tuổi thai dưới 32 tuần, cân nặng lúc sinh rất thấp dưới 1500g, có can thiệp đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Đức Dũng, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác và cộng sự.** (2020). Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Học, (131(07)), 93–98.
2. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Nguyễn Thị Vân, và Nguyễn Thu Vân** (2020). Nhiễm khuẩn sơ sinh, Bài giảng Nhi khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học, 119–129.
3. **Fleischmann-Struzek C., Goldfarb D.M., Schlattmann P. và cộng sự.** (2018). The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. *Lancet Respir Med*, 6(3), 223–230.
4. **Kruse A.Y., Thieu Chuong D.H., Phuong C.N. và cộng sự.** (2013). Neonatal bloodstream infections in a pediatric hospital in Vietnam: a cohort study. *J Trop Pediatr*, 59(6), 483–488.
5. **European Medicine Agency Report on the**

- Expert Meeting on Neonatal and Paediatric Sepsis**, 8 June 2010.
6. **Panigrahi P., Chandel D.S., Hansen N.I. và cộng sự.** (2017). Neonatal sepsis in rural India: timing, microbiology, and antibiotic resistance in a population-based prospective study in the community setting. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc*, 37(8), 911–921.
7. **Patel D., Nimbalkar A., Sethi A. và cộng sự.** (2014). Blood culture isolates in neonatal sepsis and their sensitivity in Anand District of India. *Indian J Pediatr*, 81(8), 785–790.
8. **Santhanam S., Arun S., Rebekah G. và cộng sự.** (2018). Perinatal Risk Factors for Neonatal Early-onset Group B Streptococcal Sepsis after Initiation of Risk-based Maternal Intrapartum Antibiotic Prophylaxis—A Case Control Study. *J Trop Pediatr*, 64(4), 312–316.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ DÙNG THUỐC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN VIÊM RUỘT MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Chu Thị Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Chi<sup>1</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả sự tuân thủ dùng thuốc và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân viêm ruột mạn tính (IBD) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện những bệnh nhân mắc viêm loét đại trực tràng chảy máu hoặc bệnh Crohn điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với tuổi  $\geq 18$  và thời gian điều trị bệnh  $\geq 1$  tháng. Loại trừ bệnh nhân mắc bệnh lý tâm thần kinh. Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá bằng thang điểm MARS-5 (Medication Adherence Report Scale-5), điểm 23-25 được xác định là tuân thủ. **Kết quả:** 58 bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu và 52 bệnh nhân bệnh Crohn tham gia nghiên cứu. Hầu hết các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ dưới 1 năm đến 3 năm (68,2%) và điều trị bằng dẫn xuất của 5-ASA. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc chiếm 59,1%. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ dùng thuốc thông qua phân tích hồi quy logistic đơn biến bao gồm phân loại bệnh, thời gian mắc bệnh trên 3 năm, sử dụng thuốc sinh học, sử dụng thuốc đường tiêm/truyền và được điều dưỡng tư vấn. Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy có mối liên quan giữa được điều dưỡng tư vấn và tuân thủ dùng thuốc sau khi đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân IBD vẫn còn thấp. Sự tư vấn của điều dưỡng có thể giúp cải thiện tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân IBD.

**Từ khóa:** bệnh viêm ruột mạn tính, viêm loét đại trực tràng chảy máu, bệnh Crohn, tuân thủ dùng thuốc, giáo dục sức khỏe, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

### SUMMARY

#### SURVEY ON MEDICATION ADHERENCE AND SOME RELATED FACTORS OF

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

### INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** This study aimed to assess medication adherence and some related factors of inflammatory bowel disease patients (IBD) at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional study, applying convenient sampling method, selecting patients with ulcerative colitis (UC) or Crohn's disease (CD) treated at Hanoi Medical University Hospital with ages  $\geq 18$  and time to take IBD medications for  $\geq 1$  month. Patients were excluded when they had mental problems. MARS-5 (Medication Adherence Report Scale – 5) was used to measure medication adherence, scores from 23 to 25 are defined as compliance. **Results:** Fifty-eight patients with UC and fifty-two patients with CD participated in the study. Most patients had a disease duration from less than 1 year to 3 years (68.2%) and were treated with 5-ASA derivatives. The medication adherence rate among the study participants was 59.1%. On univariate analysis, factors had significant association with medication adherence included subtype of IBD, disease duration of more than 3 years, using biologics, using parenteral/infusion medications, and receiving advice from nurse. On multivariate analysis, while adjusting for other factors, subjects receiving advice from nurse had a significantly higher chance of medication adherence. **Conclusion:** The rate of medication adherence of IBD patients is still low. Receiving advice from nurse can help improve medication adherence in IBD patients. **Keywords:** inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, medication adherence, health education, Hanoi Medical University Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm ruột mạn tính (Inflammatory Bowel Disease - IBD) được đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính của niêm mạc ruột với cơ chế bệnh sinh khá phức tạp.<sup>1</sup> IBD bao gồm bệnh Crohn (CD) và viêm loét đại trực tràng chảy máu (UC). Điều trị nội khoa với các nhóm thuốc ức chế miễn dịch là nền tảng trong quản lý IBD.<sup>2</sup> Tuân thủ dùng thuốc giúp kiểm soát triệu chứng