107877-107885. doi: 10.18632/ oncotarget.14112. PMID: 29296209; PMCID: PMC5746111
2. **Köbel M, Kalloger SE, Boyd N, McKinney S, Mehl E, Palmer C, Leung S, Bowen NJ, Ionescu DN, Rajput A, Prentice LM, Miller D, Santos J, Swenerton K, Gilks CB, Huntsman D.** Ovarian carcinoma subtypes are different diseases: implications for biomarker studies. PLoS Med. 2008 Dec 2;5(12):e232. doi: 10.1371/ journal.pmed.0050232. PMID: 19053170; PMCID: PMC2592352
3. **Mayr D, Diebold J.** Grading of ovarian carcinomas. Int J Gynecol Pathol. 2000 Oct;19(4): 348-53. doi: 10.1097/00004347-200010000-00009. PMID: 11109164
4. **Rambau PF, Vierkant RA, Intermaggio MP, Kelemen LE et al.** Association of p16 expression with prognosis varies across ovarian carcinoma histotypes: an Ovarian Tumor Tissue Analysis consortium study. J Pathol Clin Res. 2018 Oct; 4(4):250-261. doi: 10.1002/cjp2.109. Epub 2018 Sep 21. PMID: 30062862; PMCID: PMC6174617
5. **Sallum LF, Andrade L, Ramalho S, Ferracini AC, de Andrade Natal R, Brito ABC, et al.** WT1, p53 and p16 expression in the diagnosis of low- and high-grade serous ovarian carcinomas and their relation to prognosis. Oncotarget. 2018;9(22):15818-27
6. **Sato Y, Shimamoto T, Amada S, Asada Y, Hayashi T.** Prognostic value of histologic grading of ovarian carcinomas. Int J Gynecol Pathol. 2003 Jan;22(1):52-6. doi: 10.1097/00004347-200301000-00011. PMID: 12496698
7. **Silverberg SG.** Histopathologic grading of ovarian carcinoma: a review and proposal. Int J Gynecol Pathol. 2000 Jan;19(1):7-15. doi: 10.1097/00004347-200001000-00003. PMID: 10638449

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Tuyết Minh[1], Khổng Thị Ngọc Mai[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023 - 2024. **Đối tượng:** 139 bệnh nhân từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và 278 bệnh nhân tương đồng về tuổi, giới tính, có triệu chứng sốt với nhóm bệnh theo tỉ lệ bệnh: chứng là 1:2. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu bệnh chứng. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ NKTN gặp ở nữ 70,5% cao hơn nam 29,5%. Tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là nhóm < 2 tuổi chiếm 47,5%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là sốt cao ≥38,5°C (91,4%), thường gặp sốt cao kèm rét run ở trẻ lớn hoặc kích thích quấy khóc ở trẻ nhỏ chiếm 79,1%, triệu chứng rối loạn tiểu tiện ít gặp 15.8%, các triệu chứng của cơ quan bị bệnh kèm theo gặp tương đối nhiều là triệu chứng cơ quan tiêu hoá 45,2%, triệu chứng cơ quan hô hấp 28,1%. Các yếu tố đóng bỉm ở nữ, đái dầm, uống ít nước, suy dinh dưỡng vừa và nặng, hẹp bao quy đầu, dị dạng tiết niệu, nhiễm trùng đường hô hấp dưới và táo bón là các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa khi phân tích đơn biến. Khi phân tích đa biến chỉ có yếu tố suy dinh dưỡng nặng là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc NKTN (OR = 2,65, 95%CI = 1,08 - 6,55). ***Từ khoá:*** Nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em, yếu tố nguy cơ

[1]*Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên*
[2]*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuyết Minh
Email: tuyetminh0396@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024
Ngày duyệt bài: 22.11.2024

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RISK FACTORS FOR URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 15 YEARS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Describing the clinical characteristics and some risk factors for urinary tract infections (UTI) in children aged 2 months to 15 years old at the Pediatric Center, Thai Nguyen National Hospital during 2023-2024. **Subjects:** 139 patients aged 2 months to 15 years old diagnosed with urinary tract infections treated as inpatients at the Pediatric Center, Thai Nguyen National Hospital and 278 patients of similar age, gender, symptoms of fever with disease group according to case-control ratio of 1:2. **Methods:** Cross-sectional descriptive study combined with case-control study. **Results and conclusion:** The frequency of UTI in female is 70.5% higher than in male 29.5%. The most common age group with the disease is the group < 2 years old, accounting for 47.5%. The common clinical symptom is high fever ≥ 38.5°C (91.4%), often high fever with chills in older children or irritability and crying in young children accounting for 79.1%. Urinary disorders symptoms are uncommon at 15.8%, unurinary symptoms are relatively numerous include gastrointestinal symptoms are 45.2%, and respiratory symptoms are 28.1%. Factors such as diaper wearing in female, enuresis, drinking less water, severe and moderate malnutrition, phimosis, urinary malformations, lower respiratory tract infections and constipation were statistically

significant in univariate analysis. When multivariate logistics regression analysis, only the factors severe malnutrition was a factor that increased the risk of UTI (OR = 2,65, 95%CI = 1,08 - 6,55). ***Keywords:*** Pediatric Urinary Tract Infection, Risk Factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu là một trong các bệnh nhiễm khuẩn phổ biến và là một vấn đề lâm sàng khá quan trọng ở trẻ em, chỉ đứng sau bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp và bệnh tiêu hóa. Theo phân tích tổng hợp của bốn nghiên cứu của Nader Shaikh (2008) ở trẻ em <19 tuổi, tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn tiết niệu là 7,8%[1]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền và cộng sự tại bệnh viện, tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ 2 tháng đến 15 tuổi có sốt là 11,4%[2].

Nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng phác đồ, thường có tiến triển tốt, ít biến chứng lâu dài. Tuy nhiên, việc chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ nhỏ khó khăn do các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu không điển hình như ở trẻ lớn, thường khó phát hiện do trẻ chưa biết nói nên dễ bị bỏ sót và chẩn đoán muộn. Gây hậu quả đối với đời sống bệnh nhân và gánh nặng cho xã hội. Có các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu hay gặp là các yếu tố về xã hội, yếu tố vệ sinh hoặc bệnh kèm theo ở trẻ,... Để tìm hiểu đặc điểm lâm sàng nào nổi bật và yếu tố nào là yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023 - 2024

2. Phân tích một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 139 bệnh nhân từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và 278 bệnh nhân tương đồng về tuổi, giới tính, có triệu chứng sốt với nhóm bệnh theo tỉ lệ bệnh: chứng là 1:2.

+ Chọn nhóm bệnh: Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu về Nhi khoa cập nhật năm 2024[3]:

Lâm sàng gợi ý NKTN: Sốt, rét run (có thể co giật hoặc quấy khóc, kích thích với trẻ nhỏ), triệu chứng tiết niệu (tiểu buốt, tiểu đau đối đối trẻ nhỏ quấy khóc hoặc sờ tay bộ phận sinh dục khi đi tiểu, tiểu rắt, tiểu máu,…), đau bụng vùng hạ vị ở trẻ lớn,…

Xét nghiệm nước tiểu thỏa mãn ít nhất một trong hai tiêu chuẩn:

- BC niệu ≥ 10 tế bào/vi trường (≥ 1+, soi cặn tế bào dưới kính hiển vi có vật kính x10).
- VK niệu ≥10^5 CFU/ml (cấy nước tiểu giữa dòng).

+ Chọn nhóm chứng: Các trẻ không NKTN nhưng tương đồng với nhóm bệnh về tuổi, giới tính, có triệu chứng sốt. Bố mẹ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2023 đến tháng 07/2024

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu bệnh chứng.

- Tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng theo công thức:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{\{1/[p_1(1-p_1)]+1/[p_0(1-p_0)]\}}{[\ln(1-\varepsilon)]^2}$$

n: cỡ mẫu;

ε: mức độ chính xác mong đợi của OR là 0,4;

α: mức sai lầm loại 1 là 0,05 vậy $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; Theo nghiên cứu của Reetu Koirala và cộng sự tại Mỹ (2017) cho thấy tỉ lệ trẻ NKTN trong số ca nghi ngờ là 36,6% (p_0 = 0,366) và tỉ lệ trẻ không NKTN trong số ca nghi ngờ chiếm 63,4% (p_1 = 0,634)[4].

Thay vào công thức ta được n = 127. Thực tế chúng tôi đã chọn được 139 bệnh nhân vào nghiên cứu để mô tả đặc điểm lâm sàng trả lời cho mục tiêu 1. Đối với nghiên cứu bệnh chứng chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu với tỉ lệ nhóm bệnh : nhóm chứng là 1:2, vậy nhóm chứng là 278 bệnh nhân.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 25.0.

Các trường hợp bệnh là biến phụ thuộc, các yếu tố xem xét liên quan là biến độc lập. Một biến số được coi là yếu tố liên quan khi OR > 1, p < 0,05 hoặc OR < 1, p < 0,05. Dùng hồi quy logistic để loại trừ các biến nhiễu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố NKTN theo tuổi và giới tính

Nhóm tuổi / Giới	≥2 - <24 tháng		≥24 - <60 tháng		≥60 tháng - 15 tuổi		Tổng (n=139)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nữ	46	46,9	28	28,6	24	24,5	98	70,5	0,874
Nam	20	48,8	10	24,4	11	26,8	41	29,5	
Tổng số	66	47,5	38	27,3	35	25,2	139	100	

Nhận xét: - Tỷ lệ NKTN ở nữ (70,5%) cao hơn nam (29,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (p < 0,05).

- Sự khác biệt về giới tính giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).
- Nhóm ≥ 2 – < 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 47,5%.

Bảng 3.2. Các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân NKTN theo nhóm tuổi

Triệu chứng lâm sàng / Nhóm tuổi		≥ 2 - < 24 tháng		≥ 24 - < 60 tháng		≥ 60 tháng - 15 tuổi		Tổng (n=139)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Triệu chứng sốt	Sốt ≥ 38,5°C	64	50,4	36	28,3	27	21,3	127	91,4
	Sốt đơn thuần	9	31,0	5	17,2	15	51,7	29	20,9
	Sốt kèm rét run hoặc quấy khóc, kích thích	57	51,8	33	30,0	20	18,2	110	79,1
Triệu chứng rối loạn tiểu tiện	Tiểu buốt	2	20,0	3	30,0	5	50,0	10	7,2
	Tiểu dắt	2	16,7	4	33,3	6	50,0	12	8,6
Triệu chứng cơ quan tiêu hóa	Nôn	4	25,0	4	25,0	8	50,0	16	11,5
	Đau bụng	1	8,3	2	16,7	9	75,0	12	8,6
	Tiêu chảy	24	85,7	1	3,6	3	10,7	28	20,1
	Táo bón	0	0,0	6	85,7	1	13,4	7	5,0
Triệu chứng cơ quan hô hấp	Ho, khò khè	17	43,6	16	41,0	6	15,4	39	28,1
	Thở nhanh	11	55,0	7	35,0	2	10,0	20	14,4

Nhận xét: - Triệu chứng lâm sàng là sốt cao ≥ 38,5°C chiếm 91,4%, thường gặp sốt kèm rét run hoặc quấy khóc, kích thích chiếm 79,1%. Trong đó nhóm tuổi ≥ 2 - < 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất.

- Triệu chứng rối loạn tiểu tiện gặp 15,8% (22/139).

- Các triệu chứng của cơ quan tiêu hoá chiếm 45,2%.

- Triệu chứng cơ quan hô hấp gồm ho, khò khè, có trường hợp kèm theo thở nhanh chiếm 28,1% thường gặp ở nhóm ≥ 2 - < 24 tháng.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu

Bảng 3.3. Một số yếu tố nguy cơ khi phân tích đơn biến

Các yếu tố nguy cơ / Nhóm nghiên cứu		Nhóm bệnh (n=139)	Nhóm chứng (n=278)	OR 95% CI	p
		SL	SL		
Địa dư	Nông thôn	76	146	1,09 (0,73 - 1,64)	0,677
	Thành thị	63	132		
Nguồn nước	Nước không hợp vệ sinh	28	46	1,27 (0,76 - 2,14)	0,365
	Hợp vệ sinh	111	232		
Đóng bỉm	Có đóng bỉm ở nữ	51	74	1,79 (1,1 – 2,92)	0,02
	Không đóng bỉm ở nữ	47	122		
	Có đóng bỉm ở nam	21	30	1,82 (0,85 – 3,89)	0,12
	Không đóng bỉm ở nam	20	52		
Đái dầm	Có	89	134	1,91 (1,26 - 2,91)	0,002
	Không	50	144		
Uống ít nước	Có	40	10	10,828 (5,22 - 22,48)	0,000
	Không	99	268		
Suy dinh dưỡng	SDD nặng (<-3SD)[1]	5	2	1,62 (0,27 – 9,85) [1&2]	0,001

	SDD vừa (<-2SD đến-3SD)$_2$	17	11	3,5 (1,59 – 7,71)$_{2\&3}$	
	Không SDD$_3$	117	265	5,66 (1,08 – 29,6)$_{1\&3}$	
Hẹp bao quy đầu	Có	16	5	9,86 (3,28 - 29,64)	0,000
	Không	25	77		
Dị dạng tiết niệu	Có	4	0	3,06 (2,66 - 3,51)	0,012
	Không	135	278		
Sỏi tiết niệu	Có	1	0	3,01 (2,63 - 3,46)	0,333
	Không	138	278		
Hội chứng thận hư	Có	3	1	6,11 (0,63 - 59,29)	0,11
	Không	136	277		
Nhiễm trùng đường hô hấp dưới	Có	39	108	0,61 (0,4 - 0,96)	0,03
	Không	100	170		
Tiêu chảy	Có	28	58	0,96 (0,58 - 1,59)	0,86
	Không	111	220		
Táo bón	Có	7	2	7,32 (1,5 - 35,71)	0,008
	Không	132	276		

Nhận xét: Các yếu tố đóng bỉm ở nữ, đái dầm, uống ít nước, suy dinh dưỡng vừa và nặng, hẹp bao quy đầu, dị dạng tiết niệu, nhiễm trùng đường hô hấp dưới, táo bón là có ý nghĩa thống kê khi phân tích đơn biến với p < 0,05.

Bảng 3.4. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến

Yếu tố nguy cơ	Hệ số góc	Wald	OR	95% CI	P
Đóng bỉm	-0,66	5,1	0,52	0,29 - 0,92	0,024
Đái dầm	-1,27	14,51	0,28	0,15 - 0,54	0,000
Uống ít nước	-3,18	43,45	0,04	0,02 - 0,11	0,000
Suy dinh dưỡng nặng	0,98	4,48	2,65	1,08 - 6,55	0,034
Hẹp bao quy đầu	-1,64	5,52	0,19	0,05 - 0,76	0,019
Constant	1,17	5,12			

Nhận xét: Trên phân tích hồi quy đa biến chỉ còn lại các yếu tố là đóng bỉm, đái dầm, uống ít nước, suy dinh dưỡng nặng, hẹp bao quy đầu là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Trong các yếu tố này, yếu tố suy dinh dưỡng nặng có OR cao nhất là 2,65 và tương quan thuận.

Phương trình hồi qui: Log NKTN/không NKTN= - 0,66 x Đóng bỉm - 1,27 x Đái dầm - 3,18 x Uống ít nước + 0,98 x Suy dinh dưỡng nặng - 1,64 x Hẹp bao quy đầu + 1,17

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của tôi, bảng 1 cho thấy tỉ lệ NKTN giữa hai giới có khác biệt nhau với nữ: nam là 70,5% : 29,5%, giữa các nhóm tuổi nữ đều cao hơn nam. Kết quả này tương tự với tác giả Đặng Văn Chức điều tra tình hình NKTN trẻ em từ 2 tháng đến 6 tuổi tại cộng đồng (2010) cũng thấy tỉ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam là 3,3%: 2,2%[5]. Các nghiên cứu nước ngoài đều cho thấy tỉ lệ nữ mắc NKTN cao hơn nam rõ rệt. Hellstrom A. và cộng sự (1991) cho thấy 8,4% trẻ gái và 1,7% trẻ trai mắc NKTN trước 7 tuổi[6]. Điều này được lí giải là do ở trẻ gái, niệu đạo ngắn, thói quen vệ sinh không hợp vệ sinh nên dễ bị nhiễm khuẩn ngược dòng.

Trong đó, nhóm bệnh nhân độ tuổi ≥ 2 - < 24 tháng có tỷ lệ mắc cao nhất với 47,5% (66/139). Nghiên cứu của Lương Thu Hương và cộng sự năm 2015, tỷ lệ này là 56%[7], theo Nguyễn Thị Quỳnh Hương và cộng sự năm 2005 tỷ lệ này là 66,67%[8]. Điều này có thể được giải thích bởi thực tế là độ tuổi này trẻ còn đóng bỉm, có thể khi đi vệ sinh không được thay bỉm nên dễ bị nhiễm khuẩn ngược dòng. Các lứa tuổi khác tần suất mắc bệnh thấp hơn, nhóm ≥ 24 - < 60 tháng là 27,3%, ≥ 60 tháng - 15 tuổi là 25,2%. Tuổi càng tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu càng giảm chứng tỏ, sự hoàn thiện về cấu tạo giải phẫu hệ tiết niệu, chức năng hệ miễn dịch và kiến thức về vệ sinh giúp giảm nguy cơ mắc bệnh.

Bảng 2 cho thấy, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là sốt cao ≥ 38,5°C chiếm 91,4%, sốt kèm rét run hoặc kích thích, quấy khóc chiếm 79,1%. Trong đó nhóm tuổi ≥ 2 - < 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 50,4% và 51,8%. Còn các triệu chứng về rối loạn tiểu tiện ít gặp chiếm 15,8% với tiểu buốt (khóc khi đi tiểu hay

sờ tay vào bộ phận sinh dục khi đi tiểu) chiếm 7,2% và tiểu dắt 8,6%. Đây là triệu chứng khó phát hiện ở trẻ nhỏ do trẻ chưa biết nói, hay chưa biết diễn tả. Cũng vì vậy tỷ lệ này rất khác nhau giữa các nghiên cứu. Các triệu chứng của cơ quan bị bệnh kèm theo bao gồm triệu chứng cơ quan tiêu hoá (nôn, đau bụng, tiêu chảy, táo bón) chiếm 45,2%, trong đó nhóm ≥ 2 - < 24 tháng chủ yếu gặp nôn và tiêu chảy, nhóm ≥ 24 - < 60 tháng gặp triệu chứng táo bón, còn nôn và đau bụng gặp ở nhóm ≥ 60 tháng - 15 tuổi. Còn triệu chứng bệnh cơ quan hô hấp bao gồm ho, khò khè có trường hợp kèm theo thở nhanh gặp tương đối nhiều 28,1%, chủ yếu ở nhóm dưới 5 tuổi.

4.2. Về một số yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn tiết niệu. Bảng 4 cho thấy, trẻ nữ được đóng bỉm liên tục mà không được thay ngay khi trẻ đi tiểu tiện hay đại tiện thì nguy cơ mắc NKTN tăng lên 1,79 lần. Sau đái dầm trẻ không được thay tã lót, quần hay bỉm tạo điều kiện cho vi khuẩn định cư trên bề mặt đáy chậu phát triển, xâm nhập ngược dòng vào đường tiết niệu gây bệnh (OR=1,91). Trẻ mắc SDD nặng nguy cơ mắc NKTN tăng lên 5,66 lần, trẻ mắc SDD vừa nguy cơ mắc NKTN tăng lên 3,5 lần. Các bệnh ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và miễn dịch như nhiễm trùng đường hô hấp dưới cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh nhiễm khuẩn trong đó có NKTN. Trẻ uống ít nước gây giảm sự lưu thông nước tiểu, táo bón khiến phân ứ đọng ở đại tràng đè vào niệu quản làm ứ đọng nước tiểu, tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn gây NKTN. Trong nghiên cứu này trẻ trai bị hẹp bao quy đầu nguy cơ mắc NKTN tăng lên 9,86 lần so với trẻ trai không bị hẹp bao quy đầu. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Đặng Văn Chức tại cộng đồng, trẻ bị suy dinh dưỡng, hẹp bao quy đầu, táo bón, đóng bỉm, đái dầm, uống ít nước làm nguy cơ mắc NKTN[5].

Bảng 5 phân tích các yếu tố liên quan theo hồi quy đa biến cho thấy chỉ còn lại biến đóng bỉm, đái dầm, uống ít nước, suy dinh dưỡng nặng, hẹp bao quy đầu là có ý nghĩa thống kê. Trong các yếu tố này, yếu tố suy dinh dưỡng nặng có OR cao nhất là 2,65 và tương quan thuận, còn các yếu tố đóng bỉm, đái dầm, uống ít nước, hẹp bao quy đầu đều có tương quan nghịch.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ NKTN theo giới tính ở trẻ nữ là 70,5%, cao hơn nam là 29,5%. NKTN gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi 47,5%.

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là sốt cao ≥ 38,5°C chiếm 91,4%, thường kèm sốt kèm rét run hoặc kích thích, quấy khóc chiếm 79,1%. Triệu chứng rối loạn tiểu tiện ít gặp 15.8%.

- Triệu chứng về cơ quan tiêu hoá chiếm 45,2%, ở nhóm ≥ 2 - < 24 tháng hay gặp nôn và tiêu chảy, ở nhóm hơn ≥ 24 - < 60 tháng hay gặp triệu chứng táo bón, còn nhóm ≥ 60 tháng - 15 tuổi hay gặp nôn đau bụng. Triệu chứng cơ quan hô hấp tương đối nhiều 28.1 %, chủ yếu ở nhóm dưới 5 tuổi.

- Các yếu tố đóng bỉm ở nữ, đái dầm, uống ít nước, suy dinh dưỡng vừa và nặng, hẹp bao quy đầu, dị dạng tiết niệu, nhiễm trùng đường hô hấp dưới, táo bón là yếu tố nguy cơ gây NKTN khi phân tích đơn biến (p < 0,05). Khi phân tích đa biến chỉ còn suy dinh dưỡng nặng là yếu tố làm tăng nguy cơ NKTN (OR = 2,65, 95%CI = 1,08 - 6,55). Việc nhận diện và xử lý những yếu tố này thông qua giáo dục, cải thiện vệ sinh và chăm sóc y tế phù hợp là rất quan trọng để phòng bệnh NKTN ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shaikh, N., Morone, N. E., Bost, J. E., & Farrell, M. H..** Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. The Pediatric infectious disease journal 27, 302-308, doi:10.1097/INF.0b013e31815e4122 (2008).
2. **Lê Thị Thanh Huyền, Nguyễn Ngọc Sáng, Hồ Hữu Thọ.** Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trên trẻ em có sốt từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, 481, 148-154 (2019).
3. **Radmayr, C. et al.** EAU Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology, 38-46 (2024).
4. **Koirala, R., Nagila, A., Lopchan, M., Dhungana, G., & Sharma, M.**. Incidence and contributing factors of urinary tract infection in children under 6 years. International Journal of Recent Scientific Research 8, 19071-19075, doi:10.24327/ijrsr.2017.0808.0624 (2017).
5. **Đặng Văn Chức.** Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trên trẻ từ 2 tháng đến 6 tuổi tại Hải Phòng và giải pháp can thiệp, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, (2010).
6. **Hellström, A., Hanson, E., Hansson, S., Hjälmås, K., & Jodal, U.**. Association between urinary symptoms at 7 years old and previous urinary tract infection. Archives of disease in childhood 66, 232-234, doi:10.1136/adc.66.2.232 (1991).
7. **Lương Thu Hương và cộng sự**, Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em tại khoa nhi Bệnh viện Xanh Pôn. Tạp chí Y Học Việt Nam 455, 184-191 (2017).
8. **Nguyễn Thị Quỳnh Hương và cộng sự.** Nhận xét triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiểu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 11/2003 đến tháng 10/2004. Tạp chí Y Học Việt Nam số đặc biệt, 37-42 (2005).

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 MẮC KÈM BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Lê Anh Tuấn[1], Lê Thị Kim Chi[1], Lê Thị Uyển[1,2], Lê Thị Thảo[2], Đỗ Thị Hiền[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa, nếu không được kiểm soát tốt sẽ gây ra rất nhiều biến chứng nghiêm trọng trên tim, thận, mắt, thần kinh, là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh thận mạn (BTM) làm gia tăng biến cố tim mạch, thận và tử vong. Việc quản lý bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mắc kèm BTM đứng trước nhiều thách thức như hạn chế trong việc lựa chọn thuốc cũng như liều dùng phù hợp với chức năng thận của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kiểm soát đường huyết và một số biến chứng trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mắc kèm bệnh thận mạn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 525 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 mắc kèm BTM tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương (NTTW) từ 01/07/2023 – 31/12/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 69,1±8,6 tuổi; Giới tính nam nhiều gần gấp 2 lần nữ; Glucose máu trung bình 7,80±2,80 mmol/L; HbA1c trung bình 7,62±1,34%; Đa phần bệnh nhân ở giai đoạn BTM trung bình chiếm 76,37%; Insulin là nhóm thuốc được kê đơn nhiều nhất ở cả 3 giai đoạn BTM; Metformin là thuốc được ghi nhận có 13 trường hợp kê đơn không phù hợp với chức năng thận; 42,09% bệnh nhân được kê đơn nhóm SGLT2i; Nhóm ACEI/ARB và nhóm statin là hai nhóm thuốc kiểm soát huyết áp và lipid máu được kê đơn nhiều nhất với tỷ lệ tương ứng là 94,73% và 95,21%. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc giai đoạn BTM trung bình, insulin là nhóm thuốc được kê đơn ở hầu hết các bệnh nhân. Bên cạnh đó, metformin là thuốc có nhiều trường hợp kê đơn vượt quá mức liều khuyến cáo theo chức năng thận nhất. Ngoài ra, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai bệnh mắc kèm gặp với tỷ lệ cao và thường được bác sỹ kê đơn nhóm thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin và nhóm statin.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, bệnh thận mạn

SUMMARY

SURVEY ON DRUG USE AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND CHRONIC KIDNEY DESEASE AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Background: Diabetes is a metabolic disorder, if not fully controlled, it will cause a lot of serious complications especially on the heart, kidneys, eyes and nerves, this is the leading cause of chronic kidney. The management of type 2 diabetes patients with chronic kidney diabetes faces many challenges such as choosing the right medication and dosege for the patient's kidney function. **Objectives:** Survey on the drug use of blood sugar control and some complications in type 2 diabetes patients with chronic kidney desease at the National hospital of Endocrinology. **Materials and methods:** Retrospective descriptive study including 525 patients diagnosed with type 2 diabetes and chronic kidney disease at the National hospital of endocrinology from July 01st, 2024 to December 31st, 2024. **Results:** The average age of patients in the study was 69.1±8.6 years old; There are nearly twice as many males as females; Average blood glucose 7.80±2.80 mmol/L; Average HbA1c 7.62±1.34%; Most patients are in the moderate stage of CKD, accounting for 76.37%; Insulin is the most commonly prescribed drug group in all 3 stages of CKD; There were 13 cases of metformin prescriptions that were inappropriate for renal function; ACEI/ARB and statin groups are the two most prescribed blood pressure and lipid control drug groups (respectively 94.73% and 95.21%). **Conclusion:** The majority of patients in the study were in the intermediate stage of CKD, and insulin was the drug group prescribed in most patients. Metformin was prescribed in the highest number of prescriptions exceeding the recommended dose based on renal function. In addition, hypertension and dyslipidemia were two comorbidities with high rates and were often prescribed by doctors with ACE inhibitors or angiotensin receptor blockers and statins.

Keywords: Type 2 Diabetes, Chronic kidney desease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ĐTĐ là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh [1].

Với tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ngày càng tăng, bệnh ĐTĐ typ 2 đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây ra BTM có tới 40% số người mắc bệnh ĐTĐ phát triển thành BTM (theo IDF 2021) làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch, thận và tử vong [6]. Quản lý bệnh nhân ĐTĐ cũng như

[1]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Nội tiết Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn
Email: anhtuan048@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024
Ngày duyệt bài: 25.11.2024