

cuối cùng là trisomy X và monosomy X. Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả khác tìm được trên nhóm bệnh nhân có dị tật tim bẩm sinh trên siêu âm trước sinh như của tác giả C.Vedel [2].

Trong các trường hợp phát hiện bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể, bất thường phổ biến nhất là hội chứng DiGeorge hay mất đoạn 22q11.2, chiếm 37.5% (6/16 trường hợp). Theo các nghiên cứu khác như của tác giả Van Nesselrooij và cộng sự vào năm 2020, mất đoạn 22q11.2 cũng được tìm thấy như đột biến cấu trúc nhiễm sắc thể phổ biến nhất trên những trường hợp bất thường cấu trúc tim với tần suất mắc 41.62% [1].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bất thường di truyền ở những bệnh nhân có bất thường cấu trúc tim mạch là 10.65%.

Bất thường di truyền phổ biến nhất trong nhóm bất thường số lượng nhiễm sắc thể là hội chứng Down (trisomy 21) và bất thường phổ

biến nhất trong nhóm bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể là hội chứng DiGeorge (mất đoạn 22q11.2).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bruneau BG. The developmental genetics of congenital heart disease. *Nature*. 2008; 451(7181):943-948.
2. Rychik J, Ayres N, Cuneo B, et al. American Society of Echocardiography guidelines and standards for performance of the fetal echocardiogram. *J Am Soc Echocardiogr*. 2004;17(7):803-810.
3. Yagel S, Weissman A, Rotstein Z, et al. Congenital heart defects: natural course and in utero development. *Circulation*. 1997;96(2):550-555.
4. Carvalho JS, Allan LD, Chaoui R, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic screening examination of the fetal heart.
5. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**. 2013;41(3):348-359. Cirigliano V, Voglino G, Ordoñez E, et al. Rapid prenatal diagnosis of common chromosome aneuploidies by QF-PCR, results of 9 years of clinical experience. *Prenat Diagn*. 2009;29(1):40-49.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC CỦA VIÊM PHỔI TÁI DIỄN NẶNG TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG 2021-2022

Vũ Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Đặng Văn Chức<sup>1</sup>,  
Phạm Văn Thức<sup>1</sup>, Đinh Dương Tùng Anh<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng của bệnh viêm phổi tái diễn (VPTD) nặng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021 - 2022. (2) Mô tả một số đặc điểm vi khuẩn học của viêm phổi tái diễn nặng ở các trẻ nói trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Có 99 bệnh nhân VPTD nặng trong nghiên cứu này với đa số trẻ dưới 12 tháng tuổi. VPTD nặng gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (nam/nữ: 1,74/1). Có 79,8% trẻ mắc dưới 3 đợt viêm phổi. Triệu chứng thường gặp là thở nhanh (100%), ho (100%), sốt (68,7%), rút lõm lồng ngực (64,6%), khó khè (51,5%), ran ẩm (92,9%). Cận lâm sàng cho thấy có 64,6% trẻ tăng số lượng bạch cầu; 58,9% trẻ tăng CRP. Tổn thương chủ yếu trên Xquang ngực: nốt mờ rải rác (52,5%) và tổn thương kẽ (28,3%). Những vi khuẩn đã phân lập được ở trẻ viêm

phổi tái diễn nặng là *S. pneumoniae* (19/60), *M. catarrhalis* (13/60), *S. aureus* (13/60) và HI (10/60). **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp ở trẻ mắc viêm phổi tái diễn nặng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, qua đó góp phần cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị viêm phổi tái diễn nặng ở trẻ em. **Từ khóa:** viêm phổi tái diễn nặng, khó khè, trẻ em.

## SUMMARY

### CLINICAL, PARACLINICAL AND BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SEVERE RECURRENT PNEUMONIA IN CHILDREN AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL 2021 - 2022

**Objective:** (1) To describe the clinical and paraclinical characteristics of severe recurrent pneumonia at Hai Phong Children's Hospital in 2021 - 2022. (2) To describe some bacteriological characteristics of severe recurrent pneumonia in the above children. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study suitable for research. **Results:** There were 99 patients with severe recurrent pneumonia in this study with the majority of children under 12 months old. Severe recurrent pneumonia was more common in boys than in girls

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

(male/female: 1.74/1). 79.8% of children had less than 3 episodes of pneumonia. Common symptoms were: rapid breathing (100%), cough (100%), fever (68.7%), chest indrawing (64.6%), wheezing (51.5%), moist rales (92.9%). Paraclinical tests showed that 64.6% of children had increased white blood cell counts; 58.9% of children had increased CRP. Main lesions on chest X-ray were scattered opacities (52.5%) and interstitial lesions (28.3%). The bacteria isolated in children with severe recurrent pneumonia were *S. pneumoniae* (19/60), *M. catarrhalis* (13/60), *S. aureus* (13/60) and HI (10/60). **Conclusion:** Our study has identified some clinical and paraclinical symptoms in children with severe recurrent pneumonia at Hai Phong Children's Hospital, thereby contributing to improving diagnosis and treatment of severe recurrent pneumonia in children.

**Keywords:** severe recurrent pneumonia, wheezing, children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi tái diễn (VPTD) là viêm phổi (VP) xảy ra trên một cá thể bệnh nhi ít nhất 2 lần trong vòng 1 năm hoặc có bất kỳ 3 đợt VP và hình ảnh X-quang tim phổi giữa các lần hoàn toàn bình thường. Đây là một bệnh lý phức tạp, lâm sàng đa dạng, phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh ở các đợt tái diễn và tổn thương hệ hô hấp[1]. Trẻ VPTD nặng nhiều lần có thể mắc các bệnh lý nền phức tạp và kèm theo tình trạng suy giảm các chức năng sống, suy đa tạng, hoặc mắc các biến chứng nặng của bệnh (tràn dịch, tràn khí màng phổi, viêm phổi hoại tử...)[2]. Để góp phần giảm thiểu khả năng bỏ sót chẩn đoán, hoặc chẩn đoán muộn dẫn tới thất bại trong điều trị, làm tăng tỉ lệ biến chứng, tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị, gây nên gánh nặng cho gia đình bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm vi khuẩn học của viêm phổi tái diễn nặng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng 2021-2022" với mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng của bệnh viêm phổi tái diễn nặng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021 - 2022 và (2) Mô tả một số đặc điểm vi khuẩn học của viêm phổi tái diễn nặng ở các trẻ nói trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán VPTD nặng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTEHP) thỏa mãn các tiêu chí:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi nặng[2]: Ho, sốt, thở nhanh; rút lõm lồng ngực, ran phổi

và có ít nhất 1 trong số các triệu chứng sau: dấu hiệu toàn thân nặng, dấu hiệu suy hô hấp nặng, trẻ < 02 tháng tuổi.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi tái diễn[1]:** trẻ mắc  $\geq 02$  đợt VP trong vòng 01 năm hoặc có bất kỳ 03 đợt VP bất kỳ và X-quang tim phổi giữa các đợt viêm phổi cho kết quả hoàn toàn bình thường.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các đợt viêm phổi tái diễn của bệnh nhân không có hồ sơ đầy đủ; gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian lấy mẫu từ ngày 01/10/2021 đến 30/9/2022. Phương pháp thu thập số liệu: thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0 (IBM). Tất cả các thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng (theo quyết định số 722/QĐ-YDHP ngày 18 tháng 4 năm 2022) và được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 99 bệnh nhi viêm phổi tái diễn điều trị nội trú tại BVTEHP. Kết quả nghiên cứu chính được trình bày sau đây.

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của trẻ viêm phổi tái diễn nặng**

| Đặc điểm của trẻ VPTD nặng |                     | Số bệnh nhân (n=99)    | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------|
| Nhóm tuổi                  | $\leq 12$ tháng     | 62                     | 62,6      |
|                            | $>12$ tháng         | 37                     | 37,4      |
|                            | Trung bình $\pm$ SD | 15,46 $\pm$ 9,52 tháng |           |
| Giới                       | Nam                 | 63                     | 63,6      |
|                            | Nữ                  | 36                     | 36,4      |
| Bệnh kèm theo              | Không               | 52                     | 52,5      |
|                            | Bệnh lý hô hấp      | 25                     | 25,3      |
|                            | Khác                | 22                     | 22,2      |
| Số đợt tái nhiễm VP        | $< 3$ lần           | 79                     | 79,8      |
|                            | $\geq 3$ lần        | 20                     | 20,2      |

**Nhận xét:** Trẻ VPTD nặng tỉ lệ nam/nữ: 1,74/1. Chủ yếu trẻ dưới 12 tháng tuổi. Tuổi trung bình khi vào viện là 15,46  $\pm$  9,52 tháng. Tỉ lệ bệnh kèm theo là 47,5%. 79,8% trẻ có dưới 3 lần tái nhiễm viêm phổi.

**3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của viêm phổi tái diễn nặng.** Chúng tôi khảo sát một số triệu chứng cơ năng và thực thể của trẻ mắc viêm phổi tái diễn nặng và thu được một số kết quả sau:

**Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của viêm phổi tái diễn nặng**

| Nhóm triệu chứng | Biểu hiện         |         | Số BN (n=99) | Tỉ lệ (%) |
|------------------|-------------------|---------|--------------|-----------|
| Hô hấp           | Ho                |         | 99           | 100,0     |
|                  | Thở nhanh         |         | 99           | 100,0     |
|                  | Rút lõm lồng ngực |         | 64           | 64,6      |
|                  | Khò khè           |         | 51           | 51,5      |
|                  | Ran phổi          | Ran ẩm  | 92           | 92,9      |
|                  |                   | Ran rít | 29           | 29,3      |
|                  |                   | Ran rã  | 33           | 33,3      |
| Ngoài hô hấp     | Nhịp tim nhanh    |         | 59           | 59,6      |
|                  | Nôn               |         | 28           | 28,3      |
|                  | Ăn/bú kém         |         | 25           | 25,3      |
|                  | Tiêu chảy         |         | 22           | 22,2      |

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng nổi trội của trẻ VPTD nặng là: ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, khò khè và phổi có ran ẩm. Một số triệu chứng khác như: nhịp tim nhanh, một số triệu chứng tiêu hóa (nôn, tiêu chảy) gặp ở tỉ lệ thấp hơn.

### 3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của trẻ viêm phổi tái diễn nặng

**Bảng 3. Đặc điểm về một số xét nghiệm trẻ viêm phổi tái diễn nặng**

|                                    | Số bệnh nhân (n=99) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|---------------------|-----------|
| Số lượng bạch cầu tăng             | 64                  | 64,6      |
| Tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính tăng | 73                  | 73,7      |
| CRP tăng $\geq 6\text{mg/l}$       | 58                  | 58,9      |
| X-quang ngực: Nốt mờ rải rác       | 52                  | 52,5      |
| X-quang ngực: Tổn thương kẽ        | 28                  | 28,3      |

**Nhận xét:** Xét nghiệm phản ánh đa số trẻ VPTD nặng có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng: BC tăng (64,6%), tỉ lệ BC hạt trung tính tăng (73,7%), CRP định lượng tăng (58,9%), X-quang tổn thương nốt mờ rải rác (52,5%), X-quang tổn thương kẽ (28,3%).

**3.4. Căn nguyên gây viêm phổi tái diễn nặng và tính kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp.** Để xác định căn nguyên gây VPTD nặng, các bệnh nhân được thu thập mẫu dịch tỵ hầu tại thời điểm bắt đầu điều trị nội trú. Mẫu bệnh phẩm này sau đó được làm nuôi cấy định danh vi khuẩn. Bên cạnh đó, các test cúm A, B, test nhanh RSV và test nhanh SARS-CoV2 cũng được làm trên các mẫu bệnh phẩm này. Kháng sinh đồ được tiến hành trong bước tiếp theo đối với các mẫu bệnh phẩm mọc vi khuẩn.

**Bảng 4. Căn nguyên gây viêm phổi tái diễn nặng**

| Căn nguyên |               |                | Số bệnh nhân<br>(n=99) | Tỷ lệ (%) |
|------------|---------------|----------------|------------------------|-----------|
| Vi khuẩn   | Gram âm       | M. catarrhalis | 13                     | 13,1      |
|            |               | H. influenzae  | 10                     | 10,1      |
|            |               | S. mascescens  | 2                      | 2,0       |
|            |               | P. aeruginosa  | 1                      | 1,0       |
|            |               | E. coli        | 1                      | 1,0       |
|            | K. pneumoniae | 1              | 1,0                    |           |
|            | Gram dương    | S. pneumoniae  | 19                     | 19,2      |
|            |               | S. aureus      | 13                     | 13,1      |
| RSV        |               |                | 33                     | 33,3      |

**Nhận xét:** Trong 99 bệnh nhân VPTD nặng, 60 bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn (Gram âm 28/60; Gram dương 32/60), 33 trẻ dương tính với virus RSV, trong đó có 20 trẻ RSV(+) đồng nhiễm với 1 loại vi khuẩn đã phân lập được.

**Bảng 5. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của một số vi khuẩn gây viêm phổi tái diễn nặng**

| Kháng sinh                 | S. pneumoniae (n=19) | S. aureus (n=13) | M. catarrhalis (n=13) | HI (n=10) |
|----------------------------|----------------------|------------------|-----------------------|-----------|
| Imipenem                   | 18 (94,7%)           | 5 (38,5%)        | - (*)                 | 9 (90%)   |
| Amoxicilin/Acid clavulanic | 17 (89,5%)           | 3 (23,1%)        | 12 (92,3%)            | 5 (50%)   |
| Meropenem                  | 16 (84,2%)           | 5 (38,5%)        | -                     | 10 (100%) |
| Cefotaxim                  | 16 (84,2%)           | 4 (30,8%)        | -                     | 5 (50%)   |
| Ceftriaxon                 | 16 (84,2%)           | 5 (38,5%)        | -                     | 5 (50%)   |
| Amikacin                   | 2 (10,5%)            | 10 (76,9%)       | -                     | -         |
| Ceftazidim                 | 2 (10,5%)            | 5 (38,5%)        | -                     | 6 (60%)   |
| Ciprofloxacin              | 1 (5,3%)             | 6 (46,2%)        | 0 (0%)                | 9 (90%)   |
| Ampicillin/Sulbactam       | 1 (5,3%)             | 5 (38,5%)        | -                     | 1 (10%)   |
| Azithromycin               | 0 (0%)               | 2 (15,4%)        | 0 (0%)                | 1 (10%)   |
| Erythromycin               | 0 (0%)               | 2 (15,4%)        | 0 (0%)                | 1 (10%)   |

(\*): (-) không áp dụng

**Nhận xét:** S. pneumoniae và HI còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh cephalosporin nhưng ít nhạy cảm với macrolid. Tỉ lệ kháng kháng sinh của S. aureus và M. catarrhalis rất cao.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của trẻ viêm phổi tái diễn nặng.** Trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi, có 62,6% trẻ VPTD nặng < 12 tháng tuổi và tuổi trung bình là  $15,46 \pm 9,52$  tháng.

Trẻ nam chiếm 63,6% và tỉ lệ nam/ nữ là 1,74/1. NC của Phạm Ngọc Toàn thấy tuổi trung bình là  $13,34 \pm 8,65$  tháng, tỉ lệ trẻ nam/nữ là 1,78/1[3]. NC của Çapanoğlu cho thấy tuổi trung bình là  $10,37 \pm 6,45$  tháng[4].

Kết quả NC của chúng tôi thấy 52,5% trẻ VPTD nặng không có bệnh kèm theo và 79,8% trẻ mắc dưới 3 lần tái nhiễm viêm phổi. Theo NC của Huỳnh Văn Tường tại BV Nhi trung ương, 53,5% bệnh nhân có 2 đợt viêm phổi chiếm và 3 đợt chiếm 39,5%[2].

**4.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm phổi tái diễn nặng.** VPTD nặng rất đa dạng về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong nghiên cứu này, các triệu chứng hô hấp là thường gặp nhất (bảng 2). Triệu chứng thường gặp là thở nhanh (100%), ho (100%), sốt (68,7%), RLLN (64,6%), khô khè (51,5%), ran ẩm (92,9%). Kết quả này tương đồng với một số NC trước đây như NC của Phạm Thị Thanh Tâm thấy rằng, 98,9% trẻ VPTD thở nhanh[5]. Theo nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương thấy triệu chứng ho chiếm 98,3%, 64,4% trẻ có sốt, 46,6% trẻ RLLN và ran ẩm 91,4%[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng ngoài cơ quan hô hấp thường gặp là nhịp tim nhanh (59,6%) và nôn (28,3%), ăn/bú kém (25,3%), và tiêu chảy (22,2%). NC của Phạm Ngọc Toàn cho thấy trẻ VPTD thường kèm theo các triệu chứng ở hệ tim mạch (42,1%), tiêu hóa (66,2%) và thần kinh (29,0%)[3]. Theo Lê Văn Tráng nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa cho thấy tỷ lệ viêm phổi kèm rối loạn tiêu hóa là 38,4%[7].

**4.3. Một số triệu chứng cận lâm sàng của viêm phổi tái diễn nặng.** NC của chúng tôi thấy xét nghiệm về chỉ số viêm tăng rõ, có 64,6% trẻ tăng số lượng bạch cầu và 58,9% trẻ tăng CRP. NC của Phạm Ngọc Toàn thấy 73,1% bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng[3]. Một số tổn thương chủ yếu trên Xquang của trẻ VPTD trong NC này là tổn thương nốt mờ rải rác (52,5%) và tổn thương kẽ (28,3%). Một số nghiên cứu khác đều thấy rằng, trong viêm phổi tổn thương dạng nốt mờ rải rác là tổn thương thường gặp nhất[3, 6].

**4.4. Các căn nguyên gây viêm phổi tái diễn nặng và tính kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp.** Trong 99 bệnh nhân VPTD nặng của chúng tôi, 60 bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn (Gram âm 28/60; Gram dương 32/60), 33 trẻ dương tính với virus (100% RSV) trong đó có 20 trẻ đồng nhiễm RSV và 1 loại vi khuẩn. Căn nguyên vi khuẩn gây VPTD trong NC của Phạm Ngọc Toàn là 27,6% và 60%

trẻ dương tính với virus[3]. Nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Tâm thấy tỉ lệ vi khuẩn trong nhóm nghiên cứu là 80%, tỉ lệ nhiễm virus là 49,4% và 23,2% đồng nhiễm[5]. Theo Tural-Kara có rất ít nghiên cứu xác định được tác nhân gây bệnh ở trẻ em viêm phổi tái nhiễm và tỉ lệ đồng nhiễm trong NC đó là 26,5%[1].

Nghiên cứu của chúng tôi nuôi cấy được 60 mẫu vi khuẩn (60,6%), trong đó phân lập được vi khuẩn Gram âm 28 trẻ (46,7%) và 53,3% trường hợp phân lập được vi khuẩn Gram dương. Những vi khuẩn đã phân lập được ở bệnh nhi viêm phổi tái diễn nặng là *S. pneumoniae* (19/60), *M. catarrhalis* (13/60), *S. aureus* (13/60), HI (10/60), và một số vi khuẩn khác như *S. mascenscens* (2/60), *P. aeruginosa* (1/20), *E. coli* (1/60), *K. pneumoniae* (1/60). NC của De Schutter I và CS tại Bỉ, thấy vi khuẩn Gram âm gây bệnh chủ yếu là HI (51,2%) và *M. catarrhalis* (21,1%); nhóm vi khuẩn Gram dương gặp chủ yếu là *S. pneumoniae* và *S. aureus*[8].

Đối với các bệnh nhiễm khuẩn nói chung và viêm phổi nói riêng, người ta thường cố gắng tìm nguyên nhân gây bệnh. Xác định được nguyên nhân gây bệnh sau đó đánh giá sự nhạy cảm của chúng với kháng sinh thì việc điều trị đem lại hiệu quả tốt hơn. Lựa chọn kháng sinh điều trị theo kết quả vi sinh vật học kèm theo đánh giá đáp ứng điều trị hàng ngày của bác sĩ là rất cần thiết, thay đổi và/hoặc kết hợp kháng sinh kịp thời, giảm thời gian và biến chứng của bệnh.

NC của chúng tôi nhận thấy *S. pneumoniae* còn nhạy cảm cao với nhiều kháng sinh như amoxicilin/acid clavulanic (89,5%), cefotaxim (84,2%), ceftriaxon (84,2%), imipenem (94,7%), meropenem (84,2%) và đề kháng cao với amikacin, ciprofloxacin, ampicillin/sulbactam, azithromycin và erythromycin (89,5%-100%). Theo nghiên cứu của Lê Thanh Duyên (2021), *S. pneumoniae* nhạy với amoxicilin-clavulanic 98,6%, vancomycin 97,1%, cefotaxime 88,4% và kháng hoàn toàn với erythromycin, azithromycin. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 7/10 trường hợp là tụ cầu vàng kháng methicillin, chỉ nhạy với một số ít kháng sinh trong đó có vancomycin. Tỉ lệ kháng kháng sinh thường dùng của *S. aureus* rất cao. Tụ cầu vàng kháng methicilline (MRSA) là một vấn đề y tế toàn cầu và là một thách thức trong điều trị. Đây là một chủng vi khuẩn nguy hiểm và có thể gây biến chứng nặng, thường xảy ra ở trẻ em và bệnh nhân trưởng thành trẻ tuổi, đặc biệt là gây viêm phổi hoại tử tiến triển nhanh và có thể dẫn tới tử vong với tỷ lệ cao[4]. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy vi khuẩn HI còn nhạy cảm

cao với imipenem (90%), meropenem (100%) và ciprofloxacin (90%) và kháng hầu hết với các kháng sinh thường dùng khác từ 50-100%. Vấn đề sử dụng kháng sinh ngày càng nhức nhối do tỉ lệ đề kháng kháng sinh ngày càng trầm trọng và xuất hiện ngày càng nhiều căn nguyên đa kháng thuốc[2].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên thường gặp ở viêm phổi tái diễn nặng tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng như: thở nhanh, ho, sốt, RLLN, khô khè, ran ẩm. 53,3% trường hợp VPTD nặng phân lập được vi khuẩn Gram dương. Những vi khuẩn đã phân lập được ở viêm phổi tái diễn nặng là *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus* và *HI*. Các vi khuẩn này đều thể hiện tính đề kháng cao với một số loại kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tural-Kara, T., et al., Underlying Diseases and Causative Microorganisms of Recurrent Pneumonia in Children: A 13-Year Study in a University Hospital. *J Trop Pediatr*, 2019. 65(3): p. 224-230.
2. Huỳnh Văn Tường, Phan Hữu Nguyệt Diễm, and Trần Anh Tuấn, Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của viêm phổi cộng đồng nặng ở trẻ từ 2-59

tháng tuổi. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2012. 16(1): p. 76-80.

3. Phạm Ngọc Toàn, Đặc điểm dịch tễ học lâm, tình trạng miễn dịch và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. 2019, Đại học Y Hà Nội: Luận văn Tiến sĩ Y học.
4. Çapanoğlu, M., et al., The Etiology of Recurrent Pneumonia with Onset During Infancy, and the Effect of Risk Factors on Age at First Episode and Episode Frequency. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 2017.
5. Phạm Thị Thanh Tâm, Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn, virus và các yếu tố liên quan của viêm phổi tái diễn có suy hô hấp ở trẻ em nhập khoa Cấp cứu-chống độc bệnh viện Nhi Trung ương. 2020, Đại học Y Hà Nội: Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II.
6. Lưu Thị Thùy Dương and Khổng Thị Ngọc Mai, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2 - 36 tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học và công nghệ - Đại học Thái Nguyên*, 2019. 207(14): p. 67-72.
7. Lê Văn Tráng, Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. 2012, Đại học Y Hà Nội: Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II.
8. De Schutter, I., et al., Microbiology of bronchoalveolar lavage fluid in children with acute nonresponding or recurrent community-acquired pneumonia: identification of nontypeable *Haemophilus influenzae* as a major pathogen. *Clin Infect Dis*, 2011. 52(12): p. 1437-44.

# KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ KẾT HỢP TÁI TẠO VÚ TỨC THÌ BẰNG VẬT TRAM TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Công Huy<sup>1,2</sup>, Lê Hồng Quang<sup>2</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật tái tạo vú tức thì sau phẫu thuật cắt toàn bộ vú bằng vật da cơ thẳng bụng tại Bệnh viện K. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng dựa trên bệnh nhân ung thư vú được tái tạo vú sử dụng vật cơ thẳng bụng tại khoa Ngoại vú, Bệnh viện K từ năm 2018 đến năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44. Cắt tuyến vú kinh điển 32,6%, cắt tuyến vú bảo tồn da và cắt tuyến vú bảo tồn núm lần lượt 26,3% và 41,1%, 16 bệnh nhân (16,8%) can thiệp cân chỉnh vú đối bên. Thời gian phẫu thuật trung bình 210 phút, thời gian hậu phẫu trung bình 11 ngày. Biến chứng thường gặp nhất là hoại tử một phần vật chiếm 10,5%. Kết quả vú đẹp, tốt, trung bình lần lượt 37,9%; 60 % và 2,1%. **Kết**

**luận:** Phẫu thuật có tính khả thi về mặt kỹ thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng ở mức chấp nhận được và đem lại kết quả thẩm mỹ tốt.

**Từ khóa:** ung thư vú, vật cơ thẳng bụng.

## SUMMARY

### PRELIMINARY RESULTS OF BREAST RECONSTRUCTION WITH THE TRAM FLAP AFTER SURGERY FOR BREAST CANCER IN K HOSPITAL

**Objective:** Evaluate preliminary results of immediate breast reconstruction surgery after total mastectomy with TRAM flap at K Hospital. **Methods:** A study based on 95 breast cancer patients underwent breast reconstruction using TRAM flap at the Breast surgery Department, K Hospital from 2018 to 2022. **Results:** Mean age was 44. Standard mastectomy, skin-sparing mastectomy and nipple-sparing mastectomy were performed in 32,6%; 26,3% and 41,1%. 16 patients (16,8%) underwent contralateral procedure. The average time of operation was 210 minutes, partial flap necrosis was the most common complication with 10,5%. Excellent, good and average cosmetic results were 37,9%; 60% and 2,1%,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Huy

Email: dr.huynghuynhcong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 7.3.2025