

thanh ở bệnh nhân rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm từ 21,88 ng/mL trước điều trị lên 60,07 sau điều trị, đồng thời làm giảm nồng độ Cortisol huyết thanh từ 212,35 nmol/L trước điều trị xuống còn 166,3 nmol/L sau điều trị ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association.** (1994). Diagnostic and statistical manual of Mental disorder. fourth edition (DSM-IV).
2. **Trần Nguyễn Ngọc.** (2016). Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa trên bệnh nhân điều trị tại viện sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai.

- Tạp chí nghiên cứu Y học,, 101(3), tr. 166 – 172.
3. **La Đức Cường.** (2009). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân điều trị nội trú. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
 4. **Hoàng Bảo Châu** (2010). Chứng uất. Nội khoa Y học cổ truyền, tr 136 - 145. Nhà xuất bản Thời đại.
 5. **Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M.** (2007). Neuroscience. Lippincott Williams & Wilkins.
 6. **Nguyễn Tài Thu** (1997). Châm cứu sau đại học. Nhà xuất bản Y học.
 7. **World Health Organization (WHO).** (1992). The ICD 10 (pp. 116 - 117). Geneva.

ĐẶC ĐIỂM VI SINH VẬT GÂY NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI TỈNH QUẢNG NINH

Đoàn Thị Huệ¹, Vũ Thị Phương Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày đặc điểm vi sinh vật gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại tỉnh Quảng Ninh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 161 bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu từ tháng 10/2023 đến tháng 09/2024, tại khoa Nhi của 2 bệnh viện: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh và Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh. **Kết quả:** Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính là 12,4%, trong đó E.coli chiếm 50,0%, E.faecalis chiếm 30,0%, và P.mirabilis chiếm 10,0%. Trong nhóm trẻ từ 2 - > 24 tháng tuổi, căn nguyên NKTN do E.coli chiếm (50,0%), E.faecalis chiếm (41,7%), nhóm trẻ từ 24 - 60 tháng căn nguyên NKTN do E.coli chiếm (50,0%), do P.mirabilis chiếm 25,0%. Vi khuẩn E.coli kháng hầu hết Cefoxitin, Ampicillin/Sulbactam, nhưng còn nhạy cao với Amikacin (100%), Meronem (60%). Vi khuẩn E.faecalis kháng hầu hết Gentamycin, Cefoxitin, nhưng nhạy cao với Vancomycin (100%), Amoxicillin/Acid Clavulanic (66,7%), Ampicillin (66,7%). **Kết luận:** Vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở nhóm trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi là E.coli. **Từ khóa:** Căn nguyên vi sinh vật, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, trẻ em.

SUMMARY

MICROBIOLOGY CAUSE URINARY TRACT INFECTION IN CHILDREN 2 MONTHS TO 5 YEARS OLD AT QUANG NINH PROVINCE

Objective: Identify microorganisms causing Urinary Tract Infection in children from 2 months to 5

years old at Quang Ninh Province. **Materials and Methods:** This is a prospective and cross - sectional study was conducted on 161 children from 2 months to 5 years of age who were diagnosed with urinary tract infection from October 2023 to September 2024 at Quang Ninh Hospital for Obstetrics - Pediatrics and Quang Ninh General Hospital in Quang Ninh Province. **Results:** Out of the 161 children 2 months to below 5 years, who presented with urinary tract infection (UTI); 12% children of urinary tract infection had a positive urine culture. The most common isolated pathogen was Escherichia coli, which was found in 50,0% of patients, followed by Enterococcus faecalis in 30% of patients, and P.mirabilis in 10% of patients. The children from 2-> 24 months old, the cause of UTI was E.coli (50.0%), and E.faecalis (41.7%). Children who were 2 to 24 months of age the cause of UTI were E.coli (50.0%), and E.faecalis (41.7%). Children of 24 - 60 months old the cause of UTI were E.coli (50.0%), and P.mirabilis (25.0%). E.coli was maximum sensitive to Amikacin (100%), Meronem (60%), and resistance to most Cefoxitin, Ampicillin/Sulbactam. E.faecalis bacteria were resistant to most Gentamycin, Cefoxitin, but was highly sensitive to Vancomycin (100%), Amoxicillin/Clavulanic Acid (66.7%), Ampicillin (66.7%). **Conclusion:** Bacteria commonly causing UTI from 2 months to 5 years old were E.coli.

Keywords: etiology, microbiology, Urinary Tract Infection, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKTN) là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến nhất ở trẻ em. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là các vi khuẩn E.coli và Proteus. Ngoài ra, có các loại khác như Mycoplasma, virus, tụ cầu [1]. Tuy nhiên, ở trẻ nhỏ nhất là từ 2 tháng đến 5 tuổi do triệu chứng lâm sàng NKTN không đặc hiệu nên gây khó khăn cho việc chẩn đoán [2]. Vì vậy, ngoài khai thác yếu tố dịch tễ, các triệu

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Huệ

Email: doanthihue@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

chứng lâm sàng không đặc hiệu cần thu thập nước tiểu và làm các xét nghiệm nước tiểu không chỉ cần ở trẻ có các triệu chứng NKTN điển hình, mà còn trong các trường hợp sốt không rõ nguyên nhân [3],[4]. Việc chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời sớm thường không gây biến chứng. Một số trường hợp viêm thận bể thận cấp dẫn tới sẹo thận, tăng huyết áp và suy thận giai đoạn cuối [3]. Ngoài ra, NKTN đã được coi là một yếu tố liên quan tới sự tiến triển của suy thận và bệnh thận giai đoạn cuối, mặc dù chỉ có 2% trẻ em bị suy thận có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu [5]. Hiện nay tác nhân vi khuẩn gây NKTN có xu thế kháng thuốc kháng sinh điều trị. Do vậy điều trị dựa trên bằng chứng kháng sinh đồ đạt kết quả tốt hơn [5],[6]. NKTN được quan tâm nghiên cứu ở cộng đồng cũng như trong bệnh viện, ở các độ tuổi khác nhau. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Trình bày đặc điểm vi sinh vật gây bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại tỉnh Quảng Ninh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn chọn.** Trẻ 2 tháng - 5 tuổi được chẩn đoán xác định là NKTN, điều trị nội trú tại khoa Nhi của 2 bệnh viện: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh và bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh có đầy đủ tiêu chuẩn nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán NKTN theo Bộ Y tế ở trẻ em khi [7]:

+ NKTN trên:

Lâm sàng: sốt cao nhiệt độ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, rét run, da nổi vân tím, có thể rối loạn tiểu tiện;

Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng ≥ 15 G/l, nồng độ CRP tăng ≥ 40 mg/l.

+ NKTN dưới:

Lâm sàng: Sốt $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$ hoặc không sốt, có biểu hiện rối loạn tiểu tiện như tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu, tiểu máu,...

Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng ≤ 15 G/l, nồng độ CRP ≤ 40 mg/l.

+ XN nước tiểu:

Vi khuẩn niệu: $> 10^5$ CFU/ml khi cấy nước tiểu giữa dòng. Hoặc

Bạch cầu niệu (+): > 10 /vi trường (khi soi cận li tâm phóng đại 400 lần).

. Nếu trẻ có dấu hiệu lâm sàng gợi ý, BC niệu (++) , vi khuẩn niệu (-) $\rightarrow$ vẫn được chẩn đoán là nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

. Nếu trẻ có dấu hiệu lâm sàng gợi ý, BC niệu (-), vi khuẩn niệu (++) $\rightarrow$ vẫn được chẩn đoán là nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu có can thiệp thủ thuật đường tiểu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu mắc phải tại bệnh viện.

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành từ tháng 01/10/2023 đến tháng 30/09/2024.

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nhi của 2 bệnh viện:

+ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

+ Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Toàn bộ các bệnh nhân đủ các tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, không không xác suất.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch trước khi được nhập trên phần mềm Excel. Số liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 20.0 với việc sử dụng các test thống kê y học.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu đã được sự đồng ý và phê duyệt của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Tỉnh và Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh.

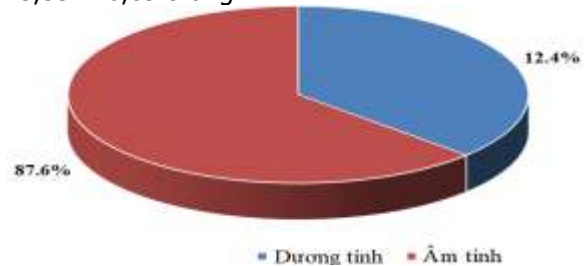
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính và nhóm tuổi

Đặc điểm bệnh nhân		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	61	37,9
	Nữ	100	62,1
	Tỷ lệ nam/nữ	0,61/1	
Nhóm tuổi	Từ 2 tháng - < 2 tuổi	85	52,8
	2 tuổi đến 5 tuổi	76	47,2
	Tuổi trung bình (tháng)	25,35 $\pm$ 6,89(2-59)	

Nhận xét: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ nữ chiếm đa số 62,1%, tỷ lệ nam/nữ: 0,61/1.

Về nhóm tuổi: 52,8% gặp ở trẻ từ 2 tháng - <2 tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 25,35 $\pm$ 6,89 tháng.



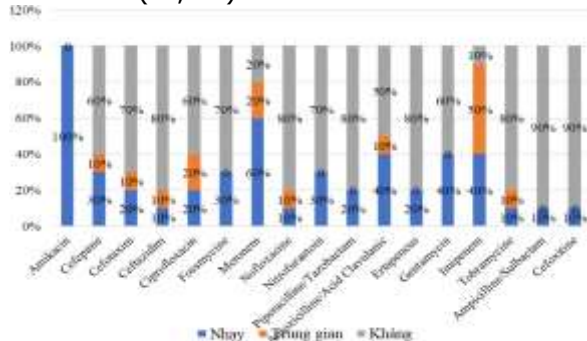
Hình 1. Kết quả cấy nước tiểu (n=161)

Nhận xét: Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính là 12,4%.

Bảng 2. Kết quả vi khuẩn phân lập được

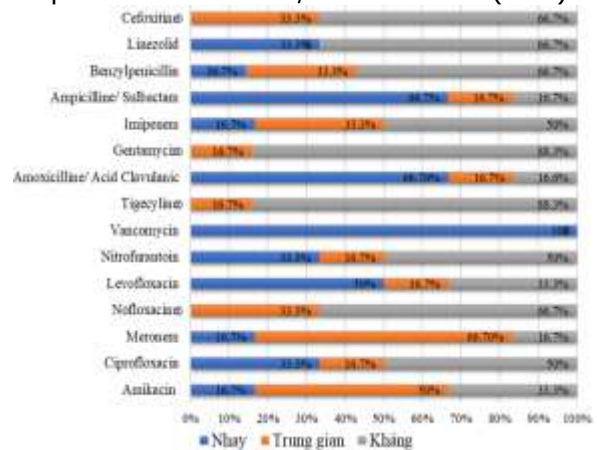
Vi khuẩn phân lập được	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Escherichia Coli	10	50,0
Enterococcus faecalis	6	30,0
Proteus mirabilis	2	10,0
Acinetobacter baumannii complex	1	5,0
Enterococcus gallinatum	1	5,0
Tổng	20	100

Nhận xét: Trong số bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu tìm được vi khuẩn gây bệnh: Vi khuẩn gây bệnh nhiều nhất là E.Coli chiếm (50,0%), tiếp đến là E. Faecalis 6 (30,0%), P.Mirabilis (10,0%).



Hình 2. Kháng kháng sinh của E.coli (n=10)

Nhận xét: Vi khuẩn E.coli kháng hầu hết Cefoxitin, Ampicillin/Sulbactam, nhưng còn nhạy cao với Amikacin (100%), Meronem (60%), Imipenem và Amoxicillin/Acid Clavulanic (40%).



Hình 3. Kháng kháng sinh của E.faecalis (n=6)

Nhận xét: Vi khuẩn E.faecalis kháng hầu hết Gentamycin, Trigecilin, Cefoxitin. Nhưng còn nhạy cao với Vancomycin (100%), Amoxicillin/Acid Clavulanic (66,7%), Ampicillin (66,7%), Levofloxacin (50,0%).

Bảng 3. Phân bố vi khuẩn phân lập được theo nhóm tuổi

Vi khuẩn	A. Baumannic complex	E. Faecalis	E. Gallinatum	E. Coli	P. Mirabilis	Tổng
Tuổi	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)
2- >24 tháng	0(0,0%)	5(41,7%)	1(8,3%)	6(50,0%)	0(0,0%)	12(60%)
24 - 60 tháng	1(12,5%)	1(12,5%)	0(7,5%)	4(50,0%)	2(25,0%)	8(40%)
Tổng	1(5,0%)	6(30,0%)	1(5,0%)	10(50,0%)	2(10,0%)	20(100%)

Nhận xét: Trong nhóm trẻ từ 2->24 tháng tuổi, căn nguyên NKTN do E.coli chiếm (50,0%), E.faecalis chiếm (41,7%). Đối với nhóm trẻ từ 24-60 tháng căn nguyên NKTN do E.coli chiếm (50,0%), do P.mirabilis chiếm 25,0%.

Bảng 4. Phân bố vi khuẩn phân lập được theo giới tính

Vi khuẩn	A. Baumannic complex	E. Faecalis	E. Gallinatum	E. Coli	P. Mirabilis	Tổng
Giới	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)
Nam	0(0,0%)	4(33,3%)	0(0,0%)	6(50,0%)	2(16,7%)	12(60%)
Nữ	1(12,5%)	2(25,0%)	1(12,5%)	4(50,0%)	0(0,0%)	8(40%)
Tổng	1(5,0%)	6(30,0%)	1(5,0%)	10(50,0%)	2(10,0%)	20(100%)

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân nam, căn nguyên NKTN do E.coli chiếm 50,0%, E.faecalis chiếm 33,3%. Đối với nhóm bệnh nhân nữ căn nguyên NKTN do E.coli chiếm 50,0%, do E.faecalis chiếm 25,0%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cấy nước tiểu. Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính là 12,4%. Kết quả của chúng tôi tỷ lệ nuôi cấy dương tính thấp hơn nghiên cứu Lê

Quang Phương cấy mọc VK chỉ gặp 47,5% [8]. Sự khác biệt này trong nghiên cứu chúng tôi có thể giải thích là bệnh nhân trước khi nhập viện đã sử dụng kháng sinh bằng đường uống nên đã loại bỏ VK trong nước tiểu. Nồng độ kháng sinh bằng đường uống tập trung cao trong nước tiểu nhưng thấp trong máu nên không đủ khả năng tiêu diệt VK trong máu, lý do khác, bệnh nhân vào viện với tình trạng lâm sàng có biểu hiện của của

niễm khuẩn thì kháng sinh được sử dụng ngay sau đó. Xét nghiệm cấy nước tiểu được thực hiện sau khi sử dụng kháng sinh nên kết quả cấy nước tiểu âm tính.

Phân bố vi khuẩn gây bệnh NKTN. VK gây bệnh nhiều nhất là *E.coli* chiếm 10 (50,0%), tiếp đến là *E.faecalis* 6 (30,0%), *P. mirabilis* chiếm 10%. Kết quả của tác giả Lê Quang Phương thấy trong số 19 ca phân lập được VK cho thấy *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,2%, tiếp đến *Klebsiella* là 15,8%, *P.mirabilis* là 10,5% [8]. Lương Thị Phượng và cộng sự cho thấy VK gây NKTN ở trẻ hay gặp nhất là *E.coli* chiếm 43,3%, tiếp theo đó là *Klebsiella pneumoniae* (17,8%) và nấm *Candida* là 11,1% [6]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của nghiên cứu mới nhất (2021) của Isac và cộng sự (2021) về mô hình kháng thuốc của vi sinh vật gây NKTN ở trẻ bị dị tật bẩm sinh thận và đường tiết niệu trên 252 trẻ ở miền tây Romania trong vòng 5 năm: *E.coli* (38,84%), *Klebsiella* spp (21,15%), *Enterococcus* spp (15,76%), *Proteus* spp (8,07%), *Pseudomonas* spp (8,07%), *Enterobacter* spp (2,3%) [9].

Tác giả Tullus và cộng sự (2020) cho thấy khi trẻ có một đợt NKTN thường do chủng *E.coli* gây ra, trong khi nhiễm trùng tái phát và VK niệu không triệu chứng thường là do dị tật đường tiết niệu hoặc rối loạn bàng quang [1].

Trong nhóm trẻ từ 2-23 tháng tuổi, căn nguyên NKTN do *E.coli* là 50,0%, *E.faecalis* là 41,7%, nhóm trẻ từ 24-60 tháng là do *E.coli* chiếm (50,0%), do *P.mirabilis* chiếm 25,0%.

Trong nhóm trẻ nam căn nguyên NKTN do *E.coli* là 50,0%, *E.faecalis* là 33,3%. Đối với nhóm trẻ nữ căn nguyên NKTN do *E.coli* chiếm (50,0%), do *E.faecalis* chiếm 25,0%. Tương tự nghiên cứu Lương Thị Phượng (2020) thấy ở trẻ nữ NKTN thì *E.coli* chiếm tỷ lệ rất cao 82,7%, trong khi ở trẻ nam, *E.coli* và *Kleb.pneumoniae* có tỉ lệ tương đương nhau [6]. Nghiên cứu của Daniel cho thấy tỷ lệ mẫu nước tiểu có *E.coli* ở bé gái cao hơn ở bé trai. Các loại VK khác được tìm thấy là loài *Kleb.pneumoniae*, *P.aeruginosa*, *P.mirabilis* và loài *Enterococcus* [10].

Woosuck Suh nghiên cứu 359 bệnh nhân NKTN dưới 19 tuổi cho thấy *E.coli* là vi khuẩn phân lập được chiếm tỷ lệ cao nhất 83,8%, sau đó là *Enterococcus* 6,7%, *Kleb.pneumoniae* là 3,6%. Ngoài ra tác giả còn cho thấy tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây NKTN gia tăng hàng năm. Theo Anum Khan cập nhật yếu tố liên quan, chẩn đoán và điều trị NKTN tái phát ở trẻ em cũng nhận thấy *E.coli* gây 70-80% NKTN ở trẻ em. Các vi khuẩn khác liên quan như là

Klebsiella spp, *Proteus* spp và *Enterococcus* spp. Tương tự nghiên cứu của Leung và cộng sự ghi nhận NKTN ở trẻ em có vi khuẩn gây bệnh gặp 80-90% là do *E.coli* [2].

Vi khuẩn kháng kháng sinh của E.coli và E.faecalis. Vi khuẩn *E.coli* kháng hầu hết Cefoxitin, Ampicillin/Sulbactam, nhưng còn nhạy cao với Amikacin (100%), Meronem (60%), Imipenem và Amoxicillin/Acid Clavulanic (40%). Theo nghiên cứu của Lương Thị Phượng cho thấy *E.coli* kháng hầu như hết kháng sinh nhóm β lactam: Ampicilin 97,4%, nhóm cephalosporin thế hệ 3: ceftazidim, cefotaxim... khoảng từ 61,5-79,5%, xu hướng kháng tăng lên nhóm aminoglycoside và Quinolon: Gentamycin 53,8% và ciprofloxacin 56,4%. *E.coli* còn nhạy với Amikacin 92,3%, cephalosporin thế hệ 4 (cefepim) là 66,7%, carbapenem là 66,7-71,8%, nitrofurantoin là 69,2%, fosfomycin 79,5% [6].

Nghiên cứu NKTN do *E.coli* sinh trực khuẩn gram âm sinh beta-lactamase phổ rộng (ESBL) của tác giả Takuma Ohnishi tại Nhật cho thấy trong số 171 bệnh nhân NKTN tiêu chuẩn có sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ và có tiêu chuẩn VK $\geq 10^4$ khuẩn lạc/ml nước tiểu thu bằng đặt sonde bàng quang và $\geq 10^5$ khuẩn lạc/ml thu bằng túi vô khuẩn thì thấy rằng: trong số 171 bệnh nhân NKTN thì 17 trường hợp chiếm 9,9% do *E.coli* sinh ESBL gây ra, tác giả còn nhận thấy NKTN do *E.coli* sinh ESBL có xu hướng trẻ hơn so với nhóm NKTN không sinh *E.coli* sinh ESBL 2 tháng so với 5 tháng theo thứ tự [13].

Vi khuẩn *E.faecalis* kháng hầu hết Gentamycin, Trigeccylin, Cefoxitin, nhưng còn nhạy cao với Vancomycin (100%), Amoxicillin/Acid Clavulanic (66,7%), Ampicillin (66,7%), Levofloxacin (50,0%).

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu gặp nhiều ở nữ (62,1%), tỷ lệ nam/nữ: 0,61/1. Tuổi mắc bệnh trung bình: $25,35 \pm 17,89$ tháng. Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính là 12,4%, trong đó *E.coli* chiếm 50,0%, *E.faecalis* chiếm 30,0%. Trong nhóm trẻ từ 2 -> 24 tháng tuổi, căn nguyên NKTN do *E.coli* chiếm (50,0%), *E.faecalis* chiếm (41,7%). Đối với nhóm trẻ từ 24 - 60 tháng căn nguyên NKTN do *E.coli* chiếm (50,0%), do *P.mirabilis* chiếm 25,0%.

Vi khuẩn *E.coli* kháng hầu hết Cefoxitin, Ampicillin/Sulbactam, nhưng còn nhạy cao với Amikacin (100%), Meronem (60%), Imipenem và Amoxicillin/Acid Clavulanic (40%). Vi khuẩn *E.faecalis* kháng hầu hết Gentamycin, Trigeccylin, Cefoxitin, nhưng nhạy cao với Vancomycin

(100%), Amoxicillin/Acid Clavulanic (66,7%), Ampicillin (66,7%), Levofloxacin (50,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tullus K., Shaikh N.** (2020), "Urinary tract infections in children", *Lancet*, 395 (10237), pp. 1659-1668.
2. **Leung A. K. C., Wong A. H. C., Leung A. A. M., et al.** (2019), "Urinary Tract Infection in Children", *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*, 13 (1), pp. 2-18.
3. **Bệnh viện Nhi đồng 1** (2021), "Nhiễm trùng đường tiết niệu trẻ em", Phác đồ điều trị nhi khoa - Bệnh viện Nhi Đồng 1, NXB Y học.
4. **Keren R., Shaikh N., Pohl H., et al.** (2015), "Risk Factors for Recurrent Urinary Tract Infection and Renal Scarring", *Pediatrics*, 136 (1), pp. e13-21.
5. **Okarska-Napierała M., Wasilewska A., Kuchar E.** (2017), "Urinary tract infection in children: Diagnosis, treatment, imaging - Comparison of current guidelines", *J Pediatr Urol*, 13 (6), pp. 567-573.
6. **Lương Thị Phương, Tống Ngọc Huy, Nguyễn Ngọc Huy, et al.** (2022), "Kháng kháng sinh ở

- trẻ nhiễm khuẩn tiết niệu có bất thường đường tiểu tại Bệnh viện Nhi Trung ương", *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 15 (3), tr. 98-105.
7. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em (Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015), Bộ Y tế.
 8. **Lê Quang Phương, Phạm Văn Đêm, Nguyễn Thị Quỳnh Hương** (2016), "Thực trạng nhiễm khuẩn đường tiểu trên trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi có sốt tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương", *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược*, 32 (2), tr. 117-123.
 9. **Isac R., Basaca D. G., Olariu I. C., et al.** (2021), "Antibiotic Resistance Patterns of Uropathogens Causing Urinary Tract Infections in Children with Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract", *Children (Basel, Switzerland)*, 8 (7), pp. 585-593.
 10. **Daniel M., Szymanik-Grzelak H., Sierdziński J., et al.** (2023), "Epidemiology and Risk Factors of UTIs in Children-A Single-Center Observation", *Journal of personalized medicine*, 13 (1), pp. 138-145.

CHỨC NĂNG HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY CỦA NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TỈNH THANH HÓA NĂM 2024

Hoàng Thị Phương Linh¹, Lê Trọng Tấn¹,
Lê Minh Nguyệt¹, Trần Danh Điềm¹, Uông Ngọc Nguyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và một số yếu tố liên quan của người bệnh cao tuổi đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 người bệnh đái tháo đường type 2 từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Thanh Hóa, trong thời gian 2,5 tháng. Chức năng hoạt động hàng ngày được đánh giá bằng thang điểm đánh giá hoạt động hàng ngày (Activity Dailly Living-ADL), hoạt động hàng ngày có sử dụng phương tiện (Instrument Activity Dailly Living-IADL). Các yếu tố liên quan được nghiên cứu bao gồm các đặc điểm thông tin chung, các đặc điểm lâm khoa và các đặc điểm liên quan tới bệnh đái tháo đường type 2. **Kết quả:** Trong 201 người bệnh, độ tuổi trung bình là 70,71±6,40, nữ chiếm 60,2%, nam chiếm 39,8%. Tỷ lệ suy giảm chức năng(ADL) là 18,41%, tỷ lệ suy giảm chức năng(IADL) là 59,7%. Tuổi và nguy cơ ngã có mối liên quan với phụ thuộc chức năng hoạt động hàng ngày không sử dụng dụng cụ(ADL). Các yếu tố

liên quan đến suy giảm chức năng có sử dụng dụng cụ (IADL) là tiền sử tăng huyết áp, nguy cơ ngã. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy người bệnh cao tuổi đái tháo đường type 2 gặp nhiều khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động hàng ngày, chủ yếu do nguy cơ ngã, tuổi và tiền sử tăng huyết áp. Cần có kế hoạch đánh giá toàn diện để kiểm soát và giảm nguy cơ suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày cho đối tượng này. **Từ khóa:** đái tháo đường type 2, chức năng hoạt động hàng ngày, người cao tuổi.

SUMMARY

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL DECLINE AND ASSOCIATED FACTORS IN ELDERLY PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THANH HOA PROVINCIAL ENDOCRINOLOGY HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the decline in activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs) among elderly individuals with type 2 diabetes at Thanh Hoa Provincial Endocrinology Hospital, and to investigate associated factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 201 patients aged 60 years or older with type 2 diabetes at Thanh Hoa Provincial Endocrinology Hospital over a 2.5-month period. ADLs and IADLs were assessed using standardized scales. Associated factors including demographic, geriatric, and diabetes-

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Phương Linh

Email: phuonghinh260511@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025