

48,6%. Tình trạng trầm cảm không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống mà còn có thể làm xấu đi tiên lượng bệnh. Ba yếu tố được xác định có liên quan độc lập đến trầm cảm gồm: tình trạng độc thân/ly dị/góa, phụ thuộc vào hoạt động sống hàng ngày có sử dụng công cụ (IADL) và suy tim mức độ nặng (NYHA độ III). Việc sàng lọc và phát hiện sớm trầm cảm, cũng như nhận diện các yếu tố nguy cơ liên quan, là cần thiết trong chiến lược quản lý toàn diện bệnh nhân suy tim cao tuổi, nhằm cải thiện chất lượng sống và kết cục điều trị lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cacciatore F, Abete P, Mazzella F, et al.** Frailty predicts long-term mortality in elderly subjects with chronic heart failure. 2005;35(12): 723-730.
2. **Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT.** Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults.

- Northern clinics of Istanbul. 2018;5(3):216-220.
3. **Huân NT, Tuyết HT, Hai NVBJJo-CM, Phamarcy.** Trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có bệnh tim mạch: Tỷ lệ và yếu tố liên quan. 2024.
4. **Bauersachs J, Soltani SJH.** Guidelines of the ESC 2021 on heart failure. 2022:1-7.
5. **Basile C, Parlati ALM, Paolillo S, et al.** Depression in heart failure with reduced ejection fraction, an undervalued comorbidity: an up-to-date review. 2023;59(5):948.
6. **Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, et al.** Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. Hellenic J Cardiol. 2015;56(1):26-35.
7. **Friedman B, Lyness JM, Delavan RL, Li C, Barker WH.** Major depression and disability in older primary care patients with heart failure. Journal of geriatric psychiatry and neurology. 2008;21(2):111-122.
8. **Celik E, Cay S, Sensoy B, et al.** Heart failure functional class associated with depression severity but not anxiety severity. Acta Cardiologica Sinica. 2016;32(1):55.

CĂN NGUYÊN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ DƯỚI 3 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Lâm¹, Hoàng Thị Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh lý nhiễm trùng phổ biến, thường gặp và nguy hiểm trên toàn thế giới ở tất cả các lứa tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 3 tháng. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng với số liệu được thu thập tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/6/2023 – 30/5/2025. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có tổng số 90 bệnh nhân dưới 3 tháng tuổi được chẩn đoán VMNNK có kết quả vi sinh vật dương tính. Trong đó, tỷ lệ nam chiếm 53,33%, nữ chiếm 46,67%. Căn nguyên phân loại được từ kết quả cấy máu, DNT, PCR đa môi DNT. Nguyên nhân phổ biến nhất là G.B.S (chiếm 38,89%), tiếp đến là E.Coli (chiếm 34,44%) và Seratina marcescen (chiếm 6,68%). Dấu hiệu lâm sàng nổi bật của bệnh nhân VMNNK dưới 3 tháng tuổi là: Sốt (66,67%), bú kém và bỏ bú (54,44%), rối loạn tri giác (36,56%), vàng da và da tái gặp ở 22% bệnh nhân. Triệu chứng cận lâm sàng nổi bật của VMNNK ở trẻ dưới 3 tháng là: protein DNT tăng trung bình 3,45 g/l,

glucose giảm trung bình 1,57 mmol/l, số lượng tế bào tăng trung bình trên 2300 tế bào/mm³, tổn thương não trên MRI và/hoặc CT-scanner sọ não gặp ở 46,67%. **Kết luận:** GBS và E.coli là 2 căn nguyên chủ yếu gây VMNNK ở trẻ em dưới 3 tháng; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp là sốt, bú kém và bỏ bú, thay đổi tri giác; tế bào, protein DNT tăng cao, tỷ lệ tổn thương não trên MRI và/hoặc CT-scanner sọ não gặp 46,67%. **Từ khóa:** Sơ sinh, viêm màng não nhiễm khuẩn, GBS, E.coli.

SUMMARY

ETIOLOGY, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF INFECTIOUS MENINGITIS IN CHILDREN UNDER 3 MONTHS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Introduction: Bacterial meningitis is a common, frequent and dangerous infectious disease worldwide in all ages, especially in infants under 3 months. **Research method:** A cross-sectional descriptive study design was used with data collected at the Neonatal Center and the Infectious Disease Center of the National Children's Hospital from June 1st, 2023 to May 30th, 2025. Variables included clinical and laboratory symptoms according to the cause of infected meningitis. **Results:** During the study period, a total of 90 patients under 3 months of age were diagnosed with infectious meningitis with positive microbiological results. Of which, the proportion of

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: lamnv@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

males accounted for 53.33%, females accounted for 46.67%. Regarding the distribution of microbial causative groups classified from the results of blood culture, CSF, multiplex PCR CSF, G.B.S. was the most common cause group (accounting for 38.89%), followed by E.Coli (accounting for 34.44%) and *Serratia marcescens* (accounting for 6.68%). The prominent clinical signs of VMNNK patients under 3 months of age were: Fever (66.67%), poor feeding and refusal to feed (54.44%), impaired perception (36.56%), jaundice and skin resorption in 22% of patients. Prominent paraclinical symptoms of meningitis in children under 3 months: average increase in CSF protein of 3.45 g/l, average decrease in glucose of 1.57 mmol/dl, average increase in cell count of over 2300 cells/mm³, brain damage on MRI and/or CT-scanner of the brain in 46.67%.

Conclusion: GBS and E.coli are the two main groups of microorganisms causing meningitis in children under 3 months old; the prominent clinical features of patients with meningitis in newborns are fever, poor feeding and refusal to feed, and altered consciousness; the prominent laboratory features are increased CSF cells and proteins, and the rate of brain damage on MRI and/or CT scan of the brain is approximately half of the patients studied. **Keywords:** Newborn, infectious meningitis, GBS, E.coli.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh lý nhiễm trùng phổ biến, thường gặp và nguy hiểm trên toàn thế giới ở tất cả các lứa tuổi, đặc biệt là trẻ em. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong liệu pháp kháng sinh và các phương pháp điều trị hỗ trợ nhưng vẫn có tới gần 23% trẻ mắc bệnh còn sống sẽ chịu ảnh hưởng của các di chứng não vĩnh viễn, kéo theo nhiều hệ lụy khác về sức khỏe của bản thân, gia đình và cộng đồng [2].

Trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 3 tuổi lại rất dễ mắc VMNNK do dễ tiếp xúc và nhiễm với nguồn vi khuẩn từ trong bào thai ở dịch ối bẩn, hay do tiếp xúc vi khuẩn từ mẹ trong quá trình chuyển dạ đẻ thường, nguy cơ tiềm tàng từ các can thiệp sau sinh, hệ thống miễn dịch yếu và miễn dịch tế bào chưa trưởng thành và hàng rào máu não rất dễ tổn thương ở lứa tuổi này [2],[3],[4]. Trong 1 nghiên cứu gần đây tại Bệnh viện Nhi Trung ương về VMNNK, tỷ lệ trẻ dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao ở mức từ 26,2% trong tổng số các trẻ VMNNK dưới 5 tuổi [5].

Nuôi cấy hoặc PCR dịch não tủy (DNT) tìm căn nguyên là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, tuy nhiên tỷ lệ dương tính không cao [7]. Trong khi việc chẩn đoán sớm và định hướng sớm căn nguyên gây bệnh có ý nghĩa quyết định tới hiệu quả điều trị, giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và di chứng của bệnh. Nhằm nâng cao khả năng nhận biết, chẩn đoán sớm VMNNK từ những dấu hiệu

lâm sàng, cận lâm sàng cũng như phát hiện căn nguyên gây bệnh thường gặp của VMNNK ở trẻ dưới 3 tháng, chúng tôi thực đề tài: "*Căn nguyên, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 3 tháng tuổi*" với 2 mục tiêu:

1. Xác định căn nguyên gây viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 3 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.

2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm màng não nhiễm khuẩn theo căn nguyên thường gặp ở nhóm đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng với số liệu được thu thập hồi cứu và tiến cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại Trung tâm Sơ sinh và Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân dưới 3 tháng tuổi được điều trị tại Trung tâm Sơ sinh, Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/6/2023 – 30/5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán VMNNK điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Tuổi: ≤ 90 ngày tuổi (03 tháng tuổi)

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định VMNNK:

- Lâm sàng: Có hội chứng nhiễm trùng và dấu hiệu màng não

- Kèm theo có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Cấy dịch não tủy có vi khuẩn gây bệnh

+ PCR dịch não tủy định danh vi khuẩn

+ DNT đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VMNNK, cấy máu dương tính vi khuẩn gây bệnh

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm về DNT.

- Các bệnh nhân VMNNK có kèm theo các bệnh lý nền: não úng thủy bẩm sinh hay mắc phải (đã đặt van dẫn lưu não thất- ổ bụng), sau phẫu thuật thần kinh.

- Gia đình bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu. Nghiên cứu tiến hành chọn mẫu toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các

theo các mục tiêu nghiên cứu sử dụng giá trị tần số và tỷ lệ.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung Ương.

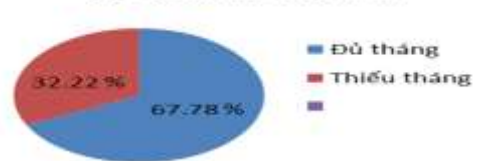
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu có 90 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn với một số đặc điểm như sau:

*** Đặc điểm giới, tuổi thai:**

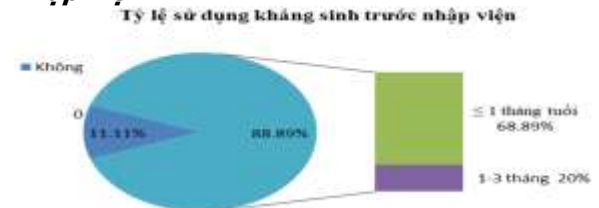


Đặc điểm về tuổi thai



Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 52,22%, trong khi đó về mặt tiền sử sản khoa, trẻ non tháng chiếm 32,22%.

*** Đặc điểm sử dụng kháng sinh trước nhập viện:**



Số bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước nhập viện là 90%.

3.2. Căn nguyên vi sinh vật của VMNKK ở trẻ dưới 3 tháng tuổi

Căn nguyên	Trẻ ≤ 1 tháng tuổi		1-3 tháng tuổi	Tổng	Tỷ lệ %
	≤ 3 ngày tuổi	> 3 ngày tuổi			
G.B.S.	6	23	6	35	38,89
E.Coli	2	16	13	31	34,45
Serratia marcescens	1	5	0	6	6,68
Enterococcus faecalis	1	0	0	1	1,11
Klebsiella oxytoca	0	1	0	1	1,11
Klebsiella pneumonia	0	3	0	3	3,33
Klebsiella aerogenes	0	1	0	1	1,11
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	1	1,11
Serratia marcescens + acinetobacter	0	1	0	1	1,11
Streptococcus gallolyticus subspecies	0	1	0	1	1,11
Elizabethkingia meningitis	0	3	0	3	3,33
Listeria monocytogenes	0	1	0	1	1,11
Tụ cầu	0	1	1	2	2,22
Phế cầu	0	0	1	1	1,11
Nisseria meningitis	0	0	1	1	1,11
HI	0	0	1	1	1,11
Tổng	11	56	23	90	100

Có 16 chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu dịch não tủy, máu của bệnh nhân VMNKK trong đó GBS và E.Coli cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 38,89% và 34,45%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VMNKK do GBS và E.Coli ở trẻ dưới 3 tháng tuổi

Triệu chứng	Nhóm vi sinh vật		E. Coli (n=31,%)		VMNKK ở trẻ dưới 3 tháng	
	G.B.S. (n=35,%)		(n=31,%)		n=90	%
Sốt	31	88,57	24	77,42	60	66,67
Hạ thân nhiệt	1	2,86	1	3,23	2	2,22
Bú kém, bỏ bú	25	71,43	19	61,29	53	58,89
Nôn	4	11,43	4	12,90	9	10
Chướng bụng	3	8,57	3	9,68	7	7,78
Thóp phồng	15	42,86	11	35,48	28	31,11
Cổ gât	16	45,71	11	35,48	30	33,33

Xuất huyết dưới da, ban da	1	2,86	1	3,23	3	3,33
Vàng da	12	34,29	7	22,58	20	22,22
Da tái	10	28,57	10	32,26	20	22,22
Suy hô hấp	14	40,0	11	35,48	27	30
Suy tuần hoàn	7	20,0	3	9,68	10	11,11
Tiêu chảy	4	11,43	1	3,23	9	10
Gan to	3	8,57	1	3,23	5	5,56
Rối loạn tri giác	20	57,14	20	64,52	51	56,67
Tăng trương lực cơ	8	22,86	0	0	9	10
Giảm trương lực cơ	0	0	0	0	0	0
Gáy cứng	1	2,86	0	0	1	1,11

Các triệu chứng lâm sàng là sốt (66,67%), bú kém và bỏ bú (58,89%), rối loạn tri giác (56,67%), thóp phồng (31,11%), co giật (33,33%). Các triệu chứng suy tuần hoàn, vàng da và tiêu chảy ở nhóm GSB gặp cao hơn nhóm bệnh do căn nguyên E.Coli. Tăng trương lực cơ và gáy cứng chỉ ghi nhận ở bệnh nhân nhóm GSB.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của VMNNK do GBS và E.Coli ở trẻ dưới 3 tháng tuổi

Nhóm vi sinh vật	G.B.S. (n=35)	E. Coli (n=31)
Đặc điểm CLS		
Xét nghiệm máu ngoại vi		
Số lượng bạch cầu		
Tăng	15 42,86%	16 51,61 %
Giảm	8 22,86%	7 22,58 %
CRP tăng		
Có	35 100%	29 93,54 %
Không	0 0	2 6,46 %
Dịch não tủy		
Số lượng bạch cầu (Tế bào/mm³)	2.865,74 ±2.545,82	2.920,13 ±2.778,71
Glucose (mg/dl)	1,28±1,11	1,68±2,37
Protein (g/l)	2,93±1,49	5,11±5,55
Bất thường trên MRI/CT sọ não		
Có	20 57,14%	16 51,61%
Không	15 42,86%	15 48,39%
Bất thường trên siêu âm qua thóp		
Có	5 14,29%	10 32,26%
Không	30 85,71%	21 67,74%

Bệnh nhân VMNNK do GBS và E.coli đều có đặc điểm tăng số lượng bạch cầu ở xấp xỉ 50% các trường hợp và giảm bạch cầu ở hơn 1/5 số ca. Về xét nghiệm dịch não tủy, lượng tế bào trung bình ở nhóm vi khuẩn GBS là 2.865,74±2.545,82 tế bào/mm³; ở nhóm căn nguyên E.Coli là 2.920,13 ± 2778,71 tế bào/mm³. Trung vị nồng độ glucose DNT của nhóm căn nguyên GBS là 1,28 mmol/dl, thấp hơn của nhóm vi khuẩn E.Coli (trung vị 1,68 mml/dl). Về nồng độ protein

DNT, nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli có trung vị nồng độ cao gấp gần 2 lần trung vị protein DNT của nhóm GBS (5,11 g/l so với 2,93 g/l) tuy nhiên sự dao động cũng nhiều hơn với ± 2SD là 5,55 so với 1,49. Trong khi số lượng bệnh nhân nhóm VMNNK do GBS có tỷ lệ tổn thương trên MRI và/hoặc CTscanner sọ não cao hơn nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli (57,14% so với 51,61%), nhưng tổn thương trên siêu âm qua thóp ở nhóm vi khuẩn E.Coli cao hơn gấp hơn 2 lần nhóm vi khuẩn GBS (32,26% so với 14,29%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ xấp xỉ 1/1. Tỷ lệ này có khác so với kết quả một số nghiên cứu khác thường thấy tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ. Trong nghiên cứu về bệnh nhân VMNNK ở trẻ sơ sinh của Nguyễn Thị Quỳnh Nga năm 2021, tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1[8]. Có thể thấy số lượng mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 90 bệnh nhân, và của Nguyễn Thị Quỳnh Nga là 133 bệnh nhân, do mẫu nhỏ nên chưa đủ để khẳng định sự khác biệt về giới.

Về tiền sử đẻ non, 33,22% bệnh nhân của chúng tôi có tiền sử đẻ non dưới 37 tuần. Kết quả này thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Nga, tỷ lệ trẻ non tháng trong nghiên cứu nêu trên là 41,3% [8]. Trong một nghiên cứu của Lương Cao Đạt và cộng sự về VMNNK do E.Coli tại Bệnh viện Nhi Trung ương cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân non tháng chiếm 13,33% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 88,89% bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước nhập viện, kết quả của Lương Cao Đạt là 80% [9]. Như vậy hầu hết bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện, và điều này là để giải thích do Bệnh viện Nhi Trung ương là tuyến cao nhất về Nhi của khu vực phía Bắc và Trung bộ.

Về nhóm căn nguyên vi sinh vật gây bệnh là 16 chủng trong đó có 13 chủng vi sinh vật phân

lập được từ các mẫu dịch não tủy, máu của bệnh nhân VMNNK dưới 1 tháng tuổi; 6 chủng ở trẻ 1-3 tháng tuổi. Nhìn chung GBS và E.Colicao nhất ở độ tuổi dưới 3 tháng với tỷ lệ lần lượt là 38,89% và 34,45%. Nhiều nghiên cứu các nước phát triển cho thấy nguyên nhân hàng đầu gây bệnh là Group B Streptococcus (GBS), chiếm 50%, nguyên nhân Escherichia coli chiếm 20%. [10] Tại các nước đang phát triển, vi khuẩn Gram âm là nguyên nhân chính gây bệnh mà phổ biến nhất là Klebsiella và Escherichia.coli gây VMNNK muộn ở sơ sinh. Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi, GBS đứng đầu nhóm nguyên nhân VMNNK, tiếp theo đến là E.Coli. Các vi khuẩn khác phân lập được với tỷ lệ thấp hơn rất nhiều như: Seratina marcescen (6,68%), Elizabethkingia meningitis (3,33%), tụ cầu 2,22%. Trong khi nhóm Klebsiella được xem như là nhóm chủ đạo gây VMNNK ở các nước đang phát triển, thì ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận được tỷ lệ thừa thốt 6,66% ở tổng cộng 3 phân nhóm.

Đặc điểm lâm sàng nổi bật của VMNNK ở trẻ em dưới 3 tháng phân lập được nguyên nhân vi sinh vật là sốt (66,67 bệnh nhân), bú kém và bỏ bú (58,89%), rối loạn tri giác (56,67%), thóp phồng (31,11%), co giật (33,33%). Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu của VMNNK do GSB và E.Coli tương tự như trên. Tuy nhiên triệu chứng suy tuần hoàn, vàng da và tiêu chảy ở nhóm GSB gặp cao hơn nhóm bệnh do căn nguyên E.Coli. Tăng trương lực cơ và gáy cứng chỉ ghi nhận ở bệnh nhân nhóm phân lập ra GSB. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Lương Cao Đạt [9] và Nguyễn Thị Quỳnh Nga [8]. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân VMNNK do E.Coli có dấu hiệu tiêu chảy theo kết quả của Lương Cao Đạt là 36,67% nhưng ở nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 10% bệnh nhân nhóm VMNNK do E.Coli.

Bệnh nhân VMNNK do GBS và E.coli đều có đặc điểm tăng số lượng bạch cầu ở xấp xỉ 50% các trường hợp và giảm bạch cầu ở hơn 1/5 số ca. Như vậy xấp xỉ 75% các bệnh nhân có biến động số lượng bạch cầu. Chỉ số CRP tăng ở 100% bệnh nhân VMNNK do GBS tuy nhiên tăng ở 93,54% ở các bệnh nhân VMNNK do E.coli

Về xét nghiệm dịch não tủy, lượng tế bào trung bình trong DNT ở nhóm vi khuẩn GBS là $2.865,74 \pm 2.545,82$ tế bào/mm³; ở nhóm căn nguyên E.Coli là $2.920,13 \pm 2.778,71$ tế bào/mm³. Trung vị nồng độ glucose DNT của nhóm căn nguyên GBS là 1,28 mmol/dl, thấp hơn của nhóm vi khuẩn E.Coli (trung vị 1,68 mmol/dl). Về nồng độ protein DNT, nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli có trung vị nồng độ cao gấp gần 2 lần trung vị

protein DNT của nhóm GBS (5,11 g/l so với 2,93 g/l) tuy nhiên sự dao động cũng nhiều hơn với $\pm 2SD$ là 5,55 so với 1,49.

Trong khi số lượng bệnh nhân nhóm VMNNK do GBS có tỷ lệ tổn thương trên MRI và/hoặc CTscanner sọ não cao nhẹ hơn nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli (57,14% so với 51,61%), nhưng tổn thương trên siêu âm qua thóp ở nhóm vi khuẩn E.Coli cao hơn gấp hơn 2 lần nhóm vi khuẩn GBS (32,26% so với 14,29%). Các tổn thương trên MRI/CT/Siêu âm qua thóp bao gồm: Giãn não thất, tụ dịch dưới màng cứng, tụ dịch khoang dưới nhện, xuất huyết dưới màng cứng, xuất huyết não thất.

V. KẾT LUẬN

Viêm màng não nhiễm khuẩn do GBS và Escherichia coli là bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 3 tháng tuổi với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, chủ yếu sốt, nôn và bú kém. Bệnh diễn biến nặng gây nhiều biến chứng như tụ dịch hoặc mũ dưới màng cứng, não úng thủy gặp ở xấp xỉ 50% số ca bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **James SL, Abate D, Abate KH et al.** Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. The Lancet. 2018; 392: 1789-1858.
2. **De Louvois J, Halket S, Harvey D.** Neonatal meningitis in England and Wales: sequelae at 5 years of age. European Journal of Pediatrics. 2005; 164: 730-734.
3. **Barichello T, Fagundes GD, Generoso JS, Elias SG, Simões LR, Teixeira AL.** Pathophysiology of neonatal acute bacterial meningitis. Journal of Medical Microbiology. 2013; 62: 1781- 1789.
4. **Okike IO, Ribeiro S, Ramsay ME, Heath PT, Sharland M, Ladhani SN.** Trends in bacterial, mycobacterial, and fungal meningitis in England and Wales 2004-11: An observational study. The Lancet Infectious Diseases. 2014; 14: 301-307
5. **Ngô Thị Cam.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, năm 2020.
6. **Nguyễn Thị Thanh.** Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm màng não mũ ở trẻ sơ sinh Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường đại học Y Hà Nội; 2004
7. **Zaidi AKM, Thaver D, Ali SA, Khan TA.** Pathogens associated with sepsis in newborns and young infants in developing countries. Pediatr Infect Dis J. 2009;28(1 Suppl):S10-18
8. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga.** Đặc điểm lâm sàng,

- cận lâm sàng của Viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh. Tạp chí nhi khoa, 2021, 14,2: 54-60
9. **Lương Cao Đạt, Nguyễn Thị Việt Hà, Đỗ Thiện Hải.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn do E.Coli ở trẻ

- nhũ nhi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, 2025, trang 47-51.
10. **Van de Beek, D., Brouwer, M., Hasbun, R.et al.** Community-acquired bacterial meningitis. Nat Rev Dis Primers2, 16074 (2016)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN DO GLUCOCORTICOIDS NHẬP VIỆN

Trần Thị Bảo Khánh¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân¹,
Nguyễn Thị Thúy Hằng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận do dùng glucocorticoids (GCs) nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai, nhận xét một số yếu tố liên quan với tình trạng suy thượng thận trên đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 224 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do GCs điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến hết tháng 6/2025. Thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất. Phân tích bằng các kiểm định phù hợp và hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tuổi trung bình (TB) $63,67 \pm 12,32$; 61,6% bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Một mối, kiểu hình Cushing và chán ăn là triệu chứng phổ biến. Loãng xương gặp nhiều, không khác biệt theo giới. Tăng glucose máu đối gặp ở 41,1% bệnh nhân, liên quan có ý nghĩa với thời gian dùng GCs (OR = 1,071; $p < 0,001$). **Kết luận:** Suy thượng thận do GCs thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ bỏ sót. Loãng xương và tăng glucose máu đối là biến chứng phổ biến. Tăng glucose máu đối có liên quan đến thời gian sử dụng GCs, với nguy cơ tăng khoảng 7,1% sau mỗi tháng sử dụng. Nhấn mạnh vai trò sàng lọc, theo dõi định kỳ đường huyết, mật độ xương ở BN sử dụng GCs. Việc giảm liều hoặc ngừng GCs sớm cần được cân nhắc nhằm hạn chế các biến chứng. **Từ khóa:** Suy thượng thận, glucocorticoids, loãng xương.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH GLUCOCORTICOID-INDUCED ADRENAL INSUFFICIENCY

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of hospitalized patients with glucocorticoid-induced adrenal insufficiency at Bach Mai Hospital and to evaluate factors associated with

adrenal insufficiency in this population. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 224 patients diagnosed with GC-induced adrenal insufficiency who were treated as inpatients at Bach Mai Hospital from January 2025 to the end of June 2025. Clinical and laboratory data were collected using a standardized medical record form. Data were analyzed using appropriate statistical tests and multivariable logistic regression. **Results:** The mean age was 63.67 ± 12.32 years; 61.6% of patients were ≥ 60 years old. Fatigue, Cushingoid appearance, and loss of appetite were the most common symptoms. Osteoporosis was common, with no significant difference between sexes. Fasting hyperglycemia was observed in 41.1% of patients and was significantly associated with the duration of GC use (OR = 1.071; $p < 0.001$). **Conclusion:** GC-induced adrenal insufficiency was common in patients over 60 years old. Clinical manifestations were nonspecific and easily overlooked. Osteoporosis and fasting hyperglycemia were common complications. Fasting hyperglycemia was associated with GC treatment duration, with a 7.1% increase in risk for each month of GC use. These findings emphasize the importance of screening and regular monitoring of blood glucose and bone density in patients receiving GCs. Dose reduction or early discontinuation of GCs should be considered to reduce complications. **Keywords:** Adrenal insufficiency, glucocorticoids, osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thượng thận là tình trạng giảm glucocorticoid hoặc mineralcorticoid hoặc cả hai do nhiều nguyên nhân gây ra[1]. Có 3 cơ chế bệnh sinh chính: Bệnh lý của tuyến thượng thận (suy thượng thận nguyên phát), bệnh lý tuyến yên, vùng dưới đồi (suy thượng thận thứ phát) và sự ức chế trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận (HPA) (suy thượng thận tam phát). Sử dụng GCs ngoại sinh là nguyên nhân hàng đầu gây suy thượng thận tam phát[2]. GCs là thuốc kháng viêm mạnh, được dùng phổ biến trên thực hành lâm sàng nhờ hiệu quả tác dụng nhanh. Tuy nhiên, việc sử dụng GCs không đúng chỉ định, đặc biệt khi dùng ngoài cơ sở y tế, dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, trong đó có suy thượng thận cấp - một tình trạng có thể đe

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bảo Khánh

Email: baokhanhtran998@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025