

- 10(3), pp. 324-329.
4. **Binbin Jiao et al** (2021), "A systematic review and meta-analysis of minimally invasive vs. standard percutaneous nephrolithotomy in the surgical management of renal stones", *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(3).
 5. **Cheng F, Yu w, Zhang X, Yang s, Xia Y, Ruan Y** (2010) Minimally invasive tract in percutaneous nephrolithotomy for renal stones. *J Endourol*, 24 (8):1579 - 1582
 6. **Desai J, Solanki R** (2013). Ultra-mini percutaneous nephrolithotomy (UMP): one more armamentarium. *BJU Int*, 12 (7):1046- 1049.
 7. **Gamal WM et al** (2011). Solo ultrasonography-guided percutaneous nephrolithotomy for single stone pelvis. *J Endourol*, 25(4): 593 – 596.

ĐẶC ĐIỂM CĂN NGUYÊN VI SINH Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIÊM PHỔI NẶNG TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Đình Quân¹, Nguyễn Tuấn Anh¹, Vũ Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm căn nguyên vi khuẩn gây bệnh viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc thực hiện trên 258 bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 05/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Trong 258 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: $79,2 \pm 9,1$ tuổi, cao nhất là 101 tuổi và thấp nhất là 70 tuổi. Phần lớn các bệnh phẩm nuôi cấy cho kết quả dương tính chiếm 48,2%. Đa số kết quả nhuộm soi ra vi khuẩn Gram âm sẽ cho kết quả nuôi cấy ra vi khuẩn Gram âm. Căn nguyên gây VPLQTM hay gặp nhất là vi khuẩn Gram (-), đứng hàng đầu là *A.baumannii*, sau đó là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa*. Căn nguyên gây VPLQTM muộn thường gặp là *A.baumannii* đơn độc hoặc hai tác nhân Gram âm kết hợp. *A.baumannii* chỉ còn nhạy < 10% với hầu hết các kháng sinh carbapenem, cephalosporin thế hệ 3, quinolon, 88,2% trung gian với colistin. *K.pneumoniae* còn nhạy 20 – 30% với các kháng sinh carbapenem, cephalosporin thế hệ 3, 40% với amikacin và 70% với fosfomycin và 60% trung gian với colistin. *P.aeruginosa* còn nhạy tương đối với nhiều loại kháng sinh thuộc các nhóm cephalosporin thế hệ 3, quinolon, carbapenem và 88,9% trung gian với colistin. **Kết luận:** Căn nguyên gây viêm phổi nặng trên bệnh nhân cao tuổi thường gặp là vi khuẩn Gram âm, đứng đầu là *A.baumannii*, theo sau là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa*.

Từ khóa: viêm phổi nặng, căn nguyên vi khuẩn, nhạy cảm kháng sinh, người cao tuổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MICROBIOLOGICAL ETIOLOGY IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE PNEUMONIA AT CENTRAL GERD HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Lão Khoa trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Quân

Email: Drquanbvlk@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

Objective: Description of the etiological characteristics of bacteria causing ventilator-associated pneumonia in the Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital. **Method:** Cross-sectional, longitudinal follow-up study conducted on 258 patients in the Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital from May 2023 to December 2023. **Results:** In the 258 patients included in the study, the male/female patient ratio was 2/1, mean age was 79.2 ± 9.1 years old, the highest was 101 years old and the lowest was 70 years old. The majority of cultured specimens gave positive results, accounting for 48.2%. The majority of Gram-negative bacteria staining results will give Gram-negative bacteria culture results. The most common cause of ventilator-associated pneumonia is Gram (-) bacteria, with *A. baumannii* being the leading cause, followed by *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa*. The common cause of late-onset VPLQTM is *A. baumannii* alone or two Gram-negative agents in combination. *A. baumannii* is only sensitive to <10% of most carbapenems, third-generation cephalosporins, quinolones, and 88.2% is intermediate to colistin. *K. pneumoniae* is still sensitive to 20-30% of carbapenems, third-generation cephalosporins, 40% to amikacin, 70% to fosfomycin, and 60% is intermediate to colistin. *P. aeruginosa* is still relatively sensitive to many antibiotics in the third-generation cephalosporin, quinolone, and carbapenem groups, and 88.9% is intermediate to colistin. **Conclusion:** The common cause of severe pneumonia in the elderly is Gram-negative bacteria, led by *A. baumannii*, followed by *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa*. **Keyword:** pneumoniae, microbial etiologies, antibiotic susceptibility, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh trong những bệnh nhiễm trùng cấp tính hay gặp khiến người cao tuổi phải nằm viện³. Theo tác giả Tạ Thị Diệu Ngân (2016) trong số 143 BN nghiên cứu về viêm phổi thì tỷ lệ NCT mắc viêm phổi là 37,3%⁴. Theo tác giả Lê Văn Nam (2020) trong số các BN nghiên cứu mắc viêm phổi tỷ lệ NCT là 50%.

Tình trạng mắc các bệnh nhiễm trùng nói chung và mắc viêm phổi nói riêng tại Việt Nam hiện nay đang là một vấn đề nhức nhối đối với các nhà chuyên môn và quản lý. Trong đó tỷ lệ

niễm trùng bệnh viện tại Việt Nam tương đối cao, đặc biệt là tình hình nhiễm các vi khuẩn đa kháng như *A. Baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.Pneumonia*... làm cho quá trình điều trị khó khăn hơn, ngày nằm viện điều trị dài hơn và chi phí điều trị tốn kém hơn.³ Một trong các nguyên nhân làm cho quá trình điều trị gặp nhiều khó khăn đó là nhiều bệnh viện không có thống kê, báo cáo về tình hình vi khuẩn học. Từ đó các bác sỹ lâm sàng không có đủ cơ sở dữ liệu cần thiết để lựa chọn đúng kháng sinh khi bắt đầu điều trị các bệnh lý nhiễm trùng nói chung hay trong bệnh viêm phổi nói riêng. Đặc biệt là đối với những bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng bệnh viện việc lựa chọn kháng sinh còn nhạy cảm với vi khuẩn là việc hết sức khó khăn. Vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Nhận xét đặc điểm căn nguyên vi sinh ở người cao tuổi viêm phổi nặng tại bệnh viện Lão khoa Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán viêm phổi nặng:

+ Chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng:

Ho, khạc đờm màu vàng, xanh, sốt cao, sốt nóng, rét run hoặc ỉn như mủ, đau ngực. Khám phổi thấy ran ẩm, ran nổ hoặc hội chứng đông đặc phổi. Cận lâm sàng: X-quang: hình ảnh đám mờ hoặc nhiều nốt mờ gợi ý viêm phổi. Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng > 10giga/lít hoặc giảm < 4 giga/lít hoặc số lượng bạch cầu non chưa trưởng thành trong máu ngoại vi > 15%. Đánh giá thang điểm PSI lúc bệnh nhân nhập viện, chọn các bệnh nhân viêm phổi nặng PSI độ IV hoặc độ V.

+ Chẩn đoán viêm phổi mắc phải bệnh viện: Những bệnh nhân sau khi vào BV LK TW ≥ 48h xuất hiện những triệu chứng, dấu hiệu thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán VPMPBV theo hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) và hiệp hội bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ (IDSA) 2005:27 (phụ lục 1) và có điểm SOFA ≥ 3 điểm

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm nuôi cấy tìm vi sinh vật gây bệnh với các bệnh phẩm là đờm hoặc máu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ.** Có bằng chứng hoặc nghi ngờ viêm phổi trên tại thời điểm nhập khoa HSTC-CD (bao gồm các triệu chứng: sốt, ho, đau ngực, rale tại phổi, X-quang phổi có tổn thương)

2. Phương pháp nghiên cứu

• Thời gian nghiên cứu: 01/05/2023 đến 30/11/2023

• Địa điểm nghiên cứu: Khoa HSTC bệnh viện Lão khoa TW.

• Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

• Cỡ mẫu: Mẫu toàn bộ đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

• Các bước thực hiện nghiên cứu:

Thu thập các số liệu dựa vào thăm khám lâm sàng và thông tin bệnh nhân trong bệnh án nằm viện. Thông tin được thu nhận vào thời điểm bệnh nhân nhập viện, theo dõi trong suốt quá trình nằm viện, điều trị cho đến khi bệnh nhân xuất viện.

3. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học.

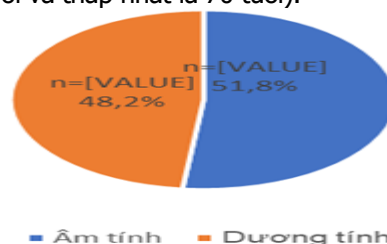
- Các biến số mô tả thể hiện bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng. Tính tỉ số và tỉ lệ phần trăm với các biến định tính.

- Sử dụng test khi bình phương khi so sánh sự khác biệt 2 tỉ lệ đối với biến định tính, 2 giá trị trung bình với các biến định lượng

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng đề cương Bệnh viện Lão khoa Trung Ương thông qua. Bệnh nhân không phải thực hiện thêm bất kỳ xét nghiệm hay thăm dò nào ngoài các xét nghiệm, thăm dò được thực hiện theo hướng dẫn điều trị của bệnh viện. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5/2023 đến tháng 11/2023, tổng số 258 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu, trong đó Tỷ lệ nam giới chiếm 60,9%, tỷ lệ nữ giới chiếm 39,1%. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $79,2 \pm 9,1$ tuổi (cao nhất là 101 tuổi và thấp nhất là 70 tuổi).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nuôi cấy bệnh phẩm hô hấp

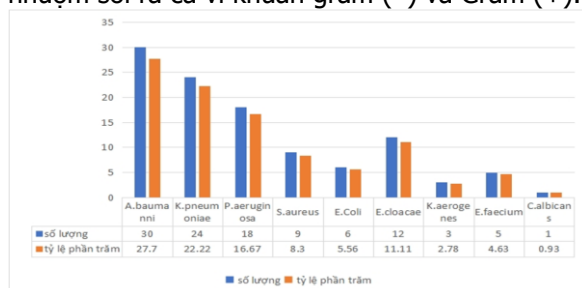
Nhận xét: trong số 258 bệnh nhân có 199 bệnh nhân được cấy đờm, trong đó tỷ lệ dương tính là 48,2% với 96 bệnh nhân

Bảng 2: Kết quả nhuộm soi vi khuẩn

Đặc điểm	Giá trị
Chỉ có Gram (+), n(%)	23 (11,56%)
Phân loại, n(%)	
1+	14 (60%)

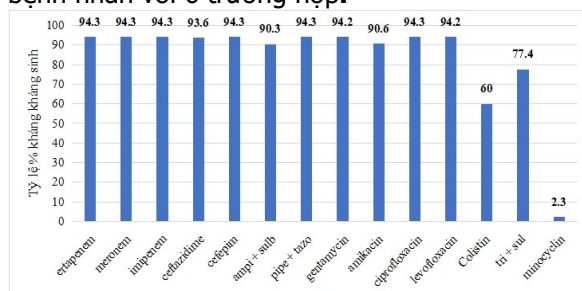
2+	9 (40%)
Chỉ có Gram (-), n(%)	70 (35,18%)
Phân loại, n(%)	
1+	7 (9,0%)
2+	25 (36,4%)
3+	25 (36,4%)
4+	13 (18,2%)
Cả gram (+) và (-), n(%)	3 (1,51%)
Am tính, n(%)	103 (51,7%)
Tổng	199 (100%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 23 trường hợp nhuộm soi chỉ có hình ảnh vi khuẩn Gram (+) chiếm 11,56% trong đó chủ yếu là số lượng 1+ chiếm 60%, có 70 trường hợp chỉ có hình ảnh vi khuẩn Gram (-) chiếm 35,18% với chủ yếu là 2+ và 3+ với 36,4%. Chỉ có 1,51% nhuộm soi ra cả vi khuẩn gram (-) và Gram (+)..



Biểu đồ 2: Tỷ lệ các tác nhân vi khuẩn phân lập trên bệnh phẩm đờm

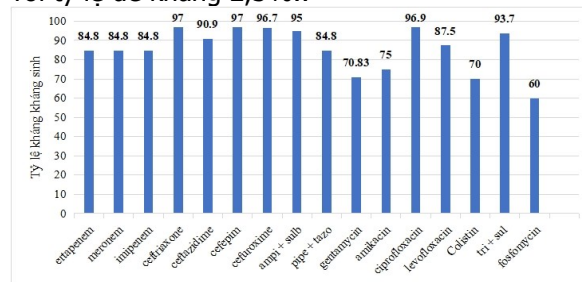
Nhận xét: Trong nghiên cứu, vi khuẩn phân lập được nhiều nhất trên bệnh phẩm đờm là Acinetobacter baumannii với 30 trường hợp chiếm 27,7%, tiếp theo là Klebsiella pneumoniae với 24 bệnh nhân chiếm 22,22%, lần lượt tiếp theo là Pseudomonas aeruginosa và Enterobacter cloacae với 16,67% và 11,11%. Tỷ cầu vàng và Enterococcus faecium gặp lần lượt với tỷ lệ 8,3% và 4,63%. E.coli gặp ở 5,56% bệnh nhân với 6 trường hợp.



Biểu đồ 3: Mức độ nhạy cảm kháng sinh của Acinetobacter baumannii

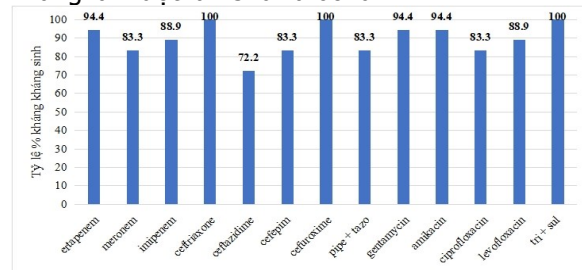
Nhận xét: Trong nghiên cứu, A.baumannii kháng với hầu hết các kháng sinh hay được sử dụng bao gồm cephalosporin hay carbapenem tuy nhiên còn nhạy cảm với colistin với mức độ

đề kháng 60%, và còn nhạy nhiều với minocyclin với tỷ lệ đề kháng 2,3%..



Biểu đồ 2: Mức độ nhạy cảm kháng sinh của Klebsiella pneumoniae (n=10)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, K.pneumoniae kháng với hầu hết các kháng sinh ở các nhóm carbapenem và cephalosporin, tuy nhiên trên nhóm Colistin vẫn còn nhạy cảm với tỷ lệ 70%, đồng thời trên nhóm aminoglycosid và fosfomycin vẫn tỏ ra nhạy cảm với độ đề kháng lần lượt là 75% và 60%.



Biểu đồ 3: Mức độ nhạy cảm kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa

Nhận xét: Trong nghiên cứu, trực khuẩn mủ xanh kháng với các kháng sinh nhóm carbapenem và cephalosporin, còn nhạy với các nhóm piperacilin-tazobactam và ceftazidime.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa có độ tuổi thấp nhất là 70 tuổi, độ tuổi cao nhất là 97 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $79,17 \pm 9,058$ tuổi. Trong bảng 3.1 nhóm người cao tuổi (tuổi từ 75 đến 90) chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 56,6%, nhóm người bệnh trên 90 tuổi (người cao tuổi sống lâu) chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,7%. Sự khác biệt về tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là khác biệt so với các nghiên cứu khác bởi nhóm đối tượng được chọn vào trong nghiên cứu là NCT. Trong nghiên cứu có 157 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 60,9% và nữ có 101 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 39,1% tương tự như các tác giả khác. Theo tác giả Lê Viết Sơn (2020) tỷ lệ nam giới 58,3%, nữ giới 40,7%.⁷ Theo Miyashita N và Cs (2000) nghiên cứu 200 bệnh nhân viêm phổi thấy nam: 128, nữ: 72.

Trong số 258 bệnh nhân nghiên cứu có 199 bệnh nhân được cấy đờm và tỷ lệ dương tính là 48,2% với 96 trường hợp. Các vi khuẩn phát hiện khi nuôi cấy gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là *Acinetobacter baumannii* chiếm tỷ lệ 27,7%, tiếp sau đó là *K.pneumoniae* có tỷ lệ 22,2%, *P.aeruginosa* có tỷ lệ 16,67%, *Staphylococcus aureus* có tỷ lệ 8,3% và *E.coli* có tỷ lệ 5,56%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả gần tương tự như của tác giả Giang Thục Anh (2003) và Bùi Văn Hải (2020) với căn nguyên gây viêm phổi là các vi khuẩn gram âm đa kháng như *A.Baumannii*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa*.

Theo ATS (2005), *A.baumannii* là vi khuẩn có khả năng đề kháng kháng sinh vô cùng mạnh, điều này cho thấy *A.baumannii* đang thực sự trở thành một vấn đề báo động không chỉ ở trên thế giới nói chung mà còn ở Việt Nam nói riêng, đặc biệt là tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương nơi điều trị cho người cao tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có chủng *A.Baumannii* phân lập được là nhiều nhất. Đây thực sự là tình trạng đáng báo động bởi vì *A.baumannii* hiện nay đa kháng với nhiều kháng sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kháng với kháng sinh của *A.baumannii* hầu hết là trên 50%, có những nhóm kháng lên đến hơn 90% như ceftazidim (90,4%), Ertarpenem (95,9%), Ciprofloxacin (97,3%), Hiện tại *A.Baumannii* chỉ còn nhạy cảm với kháng sinh Colistin, đây là kháng sinh đã từng không được sử dụng trong quá khứ vì có nhiều tác dụng phụ và độc với nhiều cơ quan đặc biệt là ở thận.

Kết quả của chúng tôi phản ánh đúng với sự phát triển cả về số lượng và tính kháng thuốc của *A.baumannii*. Sự thay đổi tính kháng thuốc của *A.baumannii* như trên cũng xảy ra ở nhiều khu vực trên thế giới trong những năm gần đây. Nhiều nghiên cứu đã đi sâu giải thích tại sao *A.baumannii* lại có khả năng kháng thuốc nhanh đến như vậy. Các giả thiết cho rằng chính nhờ có sự di truyền gen kháng kháng sinh qua plasmid nên tốc độ di truyền nhanh vì có thể đột biến chỉ qua một thế hệ sinh sản, do vậy mà chỉ sau 2-3 năm *A.baumannii* đã có thể kháng toàn bộ với loại thuốc mà chúng đã nhạy cảm hoàn toàn trước đây. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả Lê Viết Sơn (2020).⁷

K.pneumoniae là vi khuẩn Gram (-) thuộc nhóm vi khuẩn đường ruột (enterobacteriaceae). *K.pneumoniae* không xuất hiện trong cơ thể người khỏe mạnh mà nó được biết đến như một loại vi khuẩn gây "nhiễm trùng cơ hội" xảy ra chủ yếu ở môi trường bệnh viện và trên những bệnh nhân bị suy kiệt, suy giảm miễn dịch. Tỷ lệ

nhiễm khuẩn bệnh viện do *K.pneumoniae* ngày càng tăng cao, theo CDC Hoa Kỳ năm 2015 tại Mỹ thì NKBV chung do *K.pneumoniae* đứng thứ 3 sau *E.coli* và *S.aureus* với tỷ lệ 7,7%, có 11,3% chủng *K.pneumoniae* kháng các thuốc cephalosporin thế hệ 4, có 3,6% kháng với nhóm carbapenem. Theo một báo cáo năm 2016 tại Ấn Độ còn cho thấy *K.pneumoniae* là tác nhân gây NKBV nhiều nhất và có tới 82,6% đã kháng với nhóm carbapenem. Tại Việt Nam theo tác giả Bùi Hồng Giang⁵⁹ (2012) cho thấy *K.pneumoniae* đứng hàng thứ 3 sau *A.baumannii* và *P.aeruginosa* với tỷ lệ 13,7%. Theo tác giả Lê Viết Sơn⁷ (2020) cho thấy *K.pneumoniae* đứng hàng thứ 2 với tỷ lệ 19,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy *K.pneumoniae* đứng hàng thứ 2 với tỷ lệ 22,22%. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *K.pneumoniae* nhiều nhất là với gentamycin và amikacin chiếm tỷ lệ 70,83% và 76,2%, với Fosfomycin có tỷ lệ 60%. Một điều hết sức đáng lo ngại đó là các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem cũng chỉ còn nhạy cảm khá thấp với *K.pneumoniae* với tỷ lệ imipenem (15,2%), meropenem (15,2%), ertarpenem (15,2%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp *P.aeruginosa* là 16,67%, cao hơn so với tác giả Lã Quý Hương (2012) gặp với tỷ lệ 9,6% và tác giả Lê Viết Sơn⁷ (2020) gặp với tỷ lệ 6,3%. Theo tác giả Neuhauser và cs⁶⁰ (2003) tỷ lệ gặp *P.aeruginosa* là 23%. Một số yếu tố nguy cơ của VPMPBV do *P. aeruginosa* đã được xác định. Trong một nghiên cứu tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* cao do có liên quan đến thời gian thở máy, bệnh nhân cao tuổi, dùng kháng sinh khi nhập viện, tiền sử nằm viện trong 3 tháng gần đây hoặc được chuyển từ một đơn vị ICU khác đến.⁴⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi *P. aeruginosa* còn nhạy cảm với kháng sinh Ceftazidime với tỷ lệ tương ứng là 72,2%. Theo tác giả Metlay JP (2019) thì vi khuẩn *P. aeruginosa* còn nhạy cảm với nhiều kháng sinh như Piperacillin/tazobactam, Ceftazidime, Cefepime.

V. KẾT LUẬN

Căn nguyên gây viêm phổi nặng trên bệnh nhân cao tuổi thường gặp là vi khuẩn Gram âm, đứng đầu là *A.baumannii*, theo sau là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục thống kê.** Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 trang 53-95.
2. **Nguyễn Đức Công (2012).** Bệnh học người cao tuổi. Nhà xuất bản y học. Nhiễm trùng ở người cao tuổi trang 317.
3. **Nguyễn Văn Trí (2013).** Bệnh học người cao tuổi. Viêm phổi ở người cao tuổi. Tập 2. Chương

3. trang: 225.
4. **Tạ Thị Diệu Ngân (2016).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên viêm phổi mắc phải tại cộng đồng. Luận án Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Văn Nam (2020).** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VPMPCD tại bệnh viện Bạch Mai năm 2019. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa. Đại học Quốc gia Hà Nội
6. **Kollef MH, Shorr A, Tabak YP, et al.** Epidemiology and outcomes of health-care-associated pneumonia: results from a large US database of culture-positive pneumonia. *Chest*. 2005;128(6):3854-3862.
7. **Lê Việt Sơn (2020).** Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch mai năm 2019 - 2020. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học. Trường đại học Y Hà Nội.

HIỆU QUẢ ĐÓNG ỔNG ĐỘNG MẠCH BẰNG THUỐC Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NINH THUẬN NĂM 2024

Lê Huy Thạch¹, Báo Anh Tiến¹, Trương Nguyễn Hương Huyền¹,
Lê Thị Hồng Sương¹, Nguyễn Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tồn tại ống động mạch (PDA) là một trong những dị tật tim bẩm sinh phổ biến nhất, chiếm 5-10% tổng số bệnh tim bẩm sinh ở trẻ đủ tháng. Tỷ lệ mắc PDA tỷ lệ nghịch với tuổi thai và cân nặng, với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn rõ rệt ở trẻ sinh non. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đóng ống động mạch sau điều trị paracetamol tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh non tháng và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kết quả đóng ống động mạch. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên trẻ sơ sinh non tháng nhập khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ 12/2023 - 9/2024, có chẩn đoán PDA và chỉ định điều trị đóng ống động mạch. Tất cả được điều trị bằng paracetamol truyền tĩnh mạch, siêu âm tim kiểm tra sau 3 ngày kể từ khi bắt đầu điều trị. **Kết quả:** 25 trẻ sơ sinh non tháng được đưa vào nghiên cứu, bé trai chiếm 64%, tỷ lệ trẻ sinh rất non (<32 tuần) và cực non (<28 tuần) lần lượt là 48% và 12%. Tỷ lệ đóng ống động mạch thành công sau điều trị paracetamol tĩnh mạch đạt 84%. Trong 11 trẻ thở máy trước điều trị, 9 trẻ (81,8%) cai được máy sau điều trị. Phân tích thống kê cho thấy đường kính ống động mạch liên quan có ý nghĩa với kết quả đóng ống động mạch ($p < 0,05$). **Kết luận:** Paracetamol tĩnh mạch cho thấy hiệu quả và an toàn trong điều trị đóng ống động mạch ở trẻ sơ sinh non tháng.

Từ khóa: Tồn tại ống động mạch; paracetamol; Bệnh viện đa khoa Ninh Thuận

SUMMARY

EFFICACY OF INTRAVENOUS PARACETAMOL IN CLOSURE OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS IN PRETERM INFANTS AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL IN 2024

Introduction: Patent ductus arteriosus (PDA) is one of the most common congenital heart defects,

accounting for 5%-10% of all congenital heart disease in term infants. The occurrence of PDA is inversely related to gestational age and weight, with an even greater incidence in preterm infants. **Objective:** To determine the success rate of PDA closure after intravenous paracetamol therapy in preterm infants and to analyze clinical and echocardiographic factors associated with successful closure. **Method:** A prospective observational study was conducted on preterm infants admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of Ninh Thuan General Hospital from December 2023 to September 2024. Eligible infants were diagnosed with PDA and indicated for medical closure. All patients received intravenous paracetamol, and echocardiography was performed three days after treatment initiation to assess ductal closure. **Results:** A total of 25 preterm infants were included, of whom 64% were male. The proportions of very preterm (<32 weeks) and extremely preterm (<28 weeks) infants were 48% and 12%, respectively. The overall PDA closure rate after intravenous paracetamol therapy was 84%. Before treatment, 11 infants required mechanical ventilation; after treatment, 9/11 (81.8%) were successfully extubated and switched to NCPAP, while 2 continued on mechanical ventilation. Ductal diameter was significantly associated with successful PDA closure ($p < 0.05$). **Conclusion:** Intravenous paracetamol appears to be a safe and effective option for PDA closure in preterm infants, with a high success rate and good short-term respiratory improvement. **Keywords:** Patent ductus arteriosus, paracetamol, Ninh Thuan General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn tại ống động mạch (PDA) là một trong những dị tật tim bẩm sinh phổ biến nhất, chiếm khoảng 5%-10% tổng số các bệnh tim bẩm sinh ở trẻ đủ tháng. Tỷ lệ mắc PDA tỷ lệ nghịch với tuổi thai và cân nặng khi sinh, và thậm chí còn cao hơn ở trẻ sinh non. Việc duy trì sự thông suốt của ống động mạch là cần thiết cho sự phát triển và tuần hoàn bình thường của thai nhi. Tuy nhiên, ở trẻ sơ sinh, sự tồn tại thông suốt kéo dài của ống động mạch lại liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đáng kể.

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025