

của chúng tôi, tất cả bệnh nhi đều được đo AFP và β -hCG trước phẫu thuật. Với AFP, chúng tôi chọn chỉ số ngưỡng ở trẻ trên 1 tuổi là 20 kU/L. Qua đó, 21 (61,8%) trường hợp có AFP bình thường và 13 (38,2%) trường hợp có AFP tăng so với tuổi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Phạm Duy Hiền, tỷ lệ bệnh nhân có AFP bình thường là 75% và tăng hơn so với tuổi là 25%.⁵ Mặt khác, trong nghiên cứu của Manzoor, tỷ lệ AFP bình thường là 52% và tăng hơn so với tuổi là 48%.⁷ Sự khác biệt này có thể do sự chênh lệch về cỡ mẫu nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhi dưới 2 tháng tuổi có tỷ lệ AFP tăng cao nhất (53,8%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ AFP giữa các nhóm tuổi ($p = 0,90 > 0,05$ theo kiểm định Fisher). AFP tăng cao là một yếu tố tiên lượng cho mức độ ác tính của UTBM vùng cùng cụt, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số trường hợp tăng AFP là u ác tính (69,2%). Khả năng xuất hiện u ác tăng rất cao khi nồng độ AFP tăng ($p = 0,001$, $OR = 1,84 \times 10^9$). Đối với β -hCG, chúng tôi chọn chỉ số ngưỡng là 5 IU/L. Qua đó, 26 (76,5%) trường hợp có β -hCG bình thường và 8 (23,5%) trường hợp tăng β -hCG. Tương tự nghiên cứu của Phạm Duy Hiền và Manzoor, tỷ lệ bệnh nhân có β -hCG tăng hơn so với tuổi lần lượt là 20% và 16%.^{5,7} Bên cạnh đó, sự tăng đồng thời của cả AFP và β -hCG cũng cho thấy mối liên quan với đặc tính ác tính ($p = 0,002$).

Mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 34 bệnh nhi đều được làm giải phẫu bệnh, trong đó có 73,5% u quái trưởng thành và 26,5% UTBM ác tính. Trong nhóm u ác tính, u quái không trưởng thành chiếm tỷ lệ cao nhất (17,7%), kế tiếp là u túi noãn hoàng (5,9%) và cuối cùng là UTBM hỗn hợp (2,9%). Không có trường hợp u nghịch mầm, carcinôm phôi hay carcinôm đệm nuôi. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, trong nghiên cứu của Niramis, tỷ lệ u quái trưởng thành cũng chiếm đa số (72%).⁶ Ngoài ra, một nghiên cứu khác của Hasbay cũng chỉ ra rằng tỷ lệ u quái trưởng thành là loại mô bệnh học chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%).³ Sự xuất hiện của mô bệnh học loại ác tính dường như liên quan đến tuổi tại thời điểm xuất hiện triệu chứng và nhập viện.⁸ Trong khảo sát của Altman, tỷ lệ ác tính tăng lên đối với các tổn thương phân loại Altman II, III, IV theo thứ tự 21%, 34%, 38%, cũng như với tuổi chẩn đoán lớn hơn (dưới 2 tháng tuổi: 7% bé gái và 10% bé trai bị ác tính; trên 2 tháng tuổi: 48% bé gái và 67% bé trai bị ác tính).⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ác tính của Altman II, III, IV lần lượt là

14,3%, 50%, 40%, không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,317 > 0,05$). Về tuổi chẩn đoán, tỷ lệ ác tính dưới 2 tháng tuổi là 25%, trên 2 tháng là 27,8% cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,815 > 0,05$). Sự khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ, đặc biệt ở nhóm u ác tính. Ngoài ra, tỷ lệ ác tính ở nhóm dưới 2 tháng cao hơn đáng kể so với báo cáo của Altman có thể phản ánh sự tiến bộ của chẩn đoán tiền sản giúp chẩn đoán và điều trị sớm bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận triệu chứng UTBM vùng cùng cụt chủ yếu là phát hiện u, tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn ở nam và bệnh có thể chẩn đoán trước sinh. Phần lớn u có dạng hỗn hợp trên hình ảnh học và có mô bệnh học là u quái trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Göbel U, Schneider DT, Calaminus G, et al. (2000). Germ-cell tumors in childhood and adolescence. *Ann Oncol.* 2000;11(3):263-272. doi:10.1023/A:1008360523160
2. Zvizdic Z, Jonuzi A, Milisic E, et al (2023). A Long-Term Outcome of the Patients with Sacrococcygeal Teratoma: A Bosnian Cohort. *Turk Arch Pediatr.* 2023;58(2):168-173. doi:10.5152/TurkArchPediatr.2023.22268
3. Hasbay B, Canpolat T, Aktekin E, et al. (2022). Clinicopathological Evaluation of Childhood Sacrococcygeal Germ Cell Tumors: A Single-Center Experience. *Turk Arch Pediatr.* 2022; 57(3): 329-334. doi:10.5152/TurkArchPediatr.2022.21306
4. Đào Thị Thanh An, Trần Diệp Tuấn (2023). Đặc điểm chẩn đoán và điều trị u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại Bệnh viện Nhi đồng 2. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;527(1):340-344. doi:10.51298/vmj.v527i1.5696
5. Phạm Duy Hiền, Vũ Mạnh Hoàn (2024). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u quái cùng cụt ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;539(1). doi:10.51298/vmj.v539i1.9679
6. Niramis R, Anuntkosol M, Buranakitjaroen V, et al (2015). Long-Term Outcomes of Sacrococcygeal Germ Cell Tumors in Infancy and Childhood. *Surg Res Pract.* 2015;2015:1-8. doi:10.1155/2015/398549
7. Manzoor A, Magray M, Mufti G, Bhat N, Hamid R (2025). Fugitive problem of sacrococcygeal teratoma in children of Kashmir: a detailed clinical study and role of surgery with special emphasis on complications. *Int J Med Public Health.* 2025;15(1):866-870. doi:10.70034/ijmedph.2025.1.161
8. Altman RP, Randolph JG, Lilly JR (1974). Sacrococcygeal teratoma: American Academy of Pediatrics Surgical Section Survey-1973. *J Pediatr Surg.* 1974;9(3):389-398. doi:10.1016/s0022-3468(74)80297-6

ĐẶC ĐIỂM VI SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM PHỨC MẠC THỨ PHÁT DO THÙNG TẠNG RỖNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Ngô Đình Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm vi sinh, đề kháng kháng sinh và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm phúc mạc thứ phát tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, trên 100 bệnh nhân viêm phúc mạc thứ phát (75 ca nhiễm cộng đồng – CAI, 25 ca nhiễm bệnh viện – HAI) từ tháng 1/2022 đến 4/2025. **Kết quả:** Ở nhóm CAI, *E. coli* (66%) và *K. pneumoniae* (42%) là các chủng chủ yếu, còn nhạy cao với nhóm carbapenem và cephalosporin thế hệ 3–4 (88–100%). Nhóm HAI có tỷ lệ cao các chủng đa kháng như *P. aeruginosa* (20%), *A. baumannii* (24%) với tỷ lệ kháng carbapenem lên tới 82–87%, còn nhạy với colistin (67–90%) và ceftazidime/avibactam (87–91%). Tỷ lệ tử vong ở nhóm HAI cao hơn rõ rệt (60% so với 9,3%, $p < 0,01$), thời gian nằm viện, hồi sức và thở máy cũng kéo dài hơn có ý nghĩa. **Kết luận:** Sự khác biệt rõ rệt về phổ vi sinh và mô hình kháng thuốc giữa viêm phúc mạc CAI và HAI ảnh hưởng đến tiên lượng điều trị. **Từ khóa:** Viêm phúc mạc thứ phát, thủng tạng rỗng, kháng kháng sinh.

SUMMARY

MICROBIOLOGICAL PROFILE AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH SECONDARY PERITONITIS DUE TO HOLLOW ORGAN PERFORATION AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Introduction: This study aimed to describe the microbiological characteristics, antibiotic resistance patterns, and treatment outcomes of patients with secondary peritonitis at the 108 Military Central Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 100 patients with secondary peritonitis (75 community-acquired infections – CAI, and 25 hospital-acquired infections – HAI) from January 2022 to April 2025. **Results:** In the CAI group, *E. coli* (66%) and *K. pneumoniae* (42%) were the predominant isolates, showing high sensitivity (88–100%) to carbapenems and third- to fourth-generation cephalosporins. In contrast, the HAI group had a high prevalence of multidrug-resistant organisms such as *P. aeruginosa* (20%) and *A. baumannii* (24%), with carbapenem resistance rates of 82–87%. These strains remained susceptible to colistin (67–90%) and ceftazidime/avibactam (87–

91%). The HAI group had a significantly higher mortality rate (60% vs. 9.3%, $p < 0.01$), as well as longer hospital stays, ICU durations, and mechanical ventilation time. **Conclusion:** There is a marked difference in microbiological profiles and resistance patterns between CAI and HAI peritonitis, significantly impacting treatment outcomes. Antibiotic regimens should be individualized based on local antibiogram data. **Keywords:** Secondary peritonitis, hollow organ perforation, antimicrobial resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc thứ phát (VPMT) là một tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng, thường xảy ra do thủng hoặc rò rỉ từ các cơ quan trong ổ bụng, dẫn đến sự lan rộng của vi khuẩn và độc tố vào khoang phúc mạc. Việc điều trị VPMT đòi hỏi sự kết hợp giữa phẫu thuật và sử dụng kháng sinh phù hợp. Tuy nhiên, sự gia tăng tình trạng kháng kháng sinh những năm gần đây đã làm phức tạp thêm việc lựa chọn kháng sinh phù hợp, đặc biệt là trong bối cảnh nhiễm trùng bệnh viện [1].

Trên toàn cầu, VPMT là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu với *Escherichia coli* và *Enterococcus spp.* là hai vi khuẩn thường gặp nhất trong VPMT, với tỷ lệ kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Tình trạng kháng kháng sinh không chỉ làm tăng chi phí điều trị mà còn kéo dài thời gian nằm viện và tăng nguy cơ tử vong cho bệnh nhân [2]. Tại Việt Nam, VPMT là vấn đề y tế đáng lưu ý, song các nghiên cứu về đặc điểm vi sinh và tình trạng kháng kháng sinh vẫn còn hạn chế. Do đó, việc thực hiện nghiên cứu nhằm phân tích các yếu tố này là cần thiết, góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn để nâng cao hiệu quả điều trị và quản lý bệnh nhân VPMT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán VPMT do thủng tạng rỗng, bao gồm dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, trực tràng và đã trải qua phẫu thuật cấp cứu, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có kết quả cấy vi sinh và xét nghiệm kháng sinh đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu
Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, thực hiện tại Bệnh viện Trung ương

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đình Trung

Email: bsngotrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

Quân đội 108. Dữ liệu được thu thập thông qua phân tích hồ sơ bệnh án của 100 bệnh nhân thủng tạng rỗng, phẫu thuật cấp cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2025.

Biến số nghiên cứu. Các dữ liệu thu thập bao gồm tuổi, giới tính, bệnh nền (tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường type2, hội chứng Cushing, Gout) và tình trạng lâm sàng tại thời điểm nhập viện bao gồm hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng và suy đa tạng, nhiễm trùng cộng đồng (CAI- Community-Acquired Infection) hay bệnh viện (HAI- Hospital-Acquired Infection), điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), điểm APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), dữ liệu vi sinh

từ dịch ổ bụng và máu, mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các tác nhân vi sinh phân lập được và các kết quả lâm sàng như tỷ lệ tử vong, thời gian nằm viện, thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy.

Phân tích dữ liệu. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 27. Biến liên tục trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Biến phân loại được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh các biến phân loại bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher, biến liên tục bằng kiểm định t-student hoặc Mann-Whitney U test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và đảm bảo bảo mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Biến số	Tổng (n=100)	CAI (n=75)	HAI (n=25)	p
Đặc điểm chung				
Tuổi (trung vị)	68,14 \pm 13,20	69,99 \pm 13,65	66,29 \pm 12,40	0,300
Nữ n(%)	37(37)	32(42,67)	5(20)	<0,001
BMI	22,40 \pm 2,70	22,60 \pm 2,50	21,80 \pm 2,90	0,21
SOFA	4,62 \pm 2,01	4,81 \pm 2,12	6,43 \pm 2,31	0,529
APPACHE II	18,25 \pm 5,0	18 \pm 4,8	19 \pm 5,2	0,293
Bệnh nền n(%)				
THA	58 (58)	42 (56)	16 (64)	0,47
COPD	15 (15)	9 (12)	6 (24)	0,18
ĐTĐ type2	28 (28)	20 (26,67)	8 (32)	0,63
Cushing	6 (6)	4 (5,33)	2 (8)	0,53
Gout	12(12)	8(10,67)	4(16)	0,46
Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật n(%)				
SIRS	29(29)	24 (32)	5 (20)	0,385
NKH	19(19)	15(20)	4(16)	0,903
SNK	45(35)	29(38,67)	16(64)	0,158
SĐT	32(32)	15(20)	7(28)	0,779
Vị trí nhiễm khuẩn n(%)				
Dạ dày/tá tràng	28(28,00)	21(28,00)	7(28,00)	0,791
Ruột non	17(17,00)	13(17,33)	4(16,00)	1,000
Đại tràng	52(52,00)	39(52,00)	13(52,00)	0,981
Trực tràng	3(3,00)	2(2,67)	1(1,43)	1,000
Điều trị n(%)				
Phẫu thuật Hartmann	43(43)	35(46,67)	8(32)	0,032
Kháng sinh trước mổ	99(99)	74(98,67)	25(100)	1,000

BMI: Body mass index; APPACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment; THA: tăng huyết áp; ĐTĐ: đái tháo đường; COPD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; SIRS: hội chứng đáp ứng viêm hệ thống; NKH: nhiễm khuẩn huyết; SNK: sốc nhiễm khuẩn; SĐT: suy đa tạng.

Trong tổng số 100 bệnh nhân tham gia

nghiên cứu, nhóm CAI chiếm 75% và HAI chiếm 25%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, BMI, điểm SOFA, APACHE II, bệnh nền hay vị trí nhiễm khuẩn ($p > 0,05$) (bảng 1).

3.2. Đặc điểm vi sinh của cấy dịch ổ bụng và cấy máu so sánh của nhóm CAI và HAI

Bảng 2: Đặc điểm vi sinh của cấy dịch ổ bụng và cấy máu so sánh của nhóm CAI và HAI

Bệnh phẩm cấy	Cấy máu				Cấy dịch ổ bụng			
	Tổng (n=100)	CAI (n=75)	HAI (n=25)	p	Tổng (n=100)	CAI (n=75)	HAI (n=25)	p
Vi khuẩn gram dương %								
S.a	0	0	0	0	3(3)	0	3(12)	0,014
E.fae	0	0	0	0	9(9)	5(6,67)	4(16)	0,26
Strep	0	0	0	0	6(6)	4(5,33)	2(8)	1,00
Vi khuẩn Gram âm n(%)								
E.coli	11	8(10,67)	3(12)	1	66(66)	51(68)	15(64)	0,47
K.pneu	13	9(12)	4(16)	0,73	42(42)	31(41,33)	11(44)	0,82
P.ae	2	0	2(8)	0,06	5(5)	0	5(20)	0,0007
A.bau	2	0	2(8)	0,06	6(6)	0	6(24)	0,0001
S. mal	0	0	0	0	3(3)	0	3(12)	0,014
Nấm, n(%)								
C.a	1(1)	0	1(4)	0,25	4(4)	0	4(16)	0,06
C.t	1(1)	0	1(4)	0,25	3(12)	0	3(12)	0,06
C.g	0	0	0	0	1(1)	0	1(4)	0,25

S.a: Staphylococcus aureus; E.fae: Enterococcus faecium; E.avi: Enterococcus avium; Strep: Streptococcus spp; E.coli: Escherichia coli; K.pneu: Klebsiella Pneumonia; P.ae: Pseudomonas aeruginosa; A.bau: Acinetobacter Baummanii; S.mal: stenotrophomonas maltophilia; C.a: Candida Albicans; C.t: Candida Tropicalis; C.g: Candida Glabrata.



Biểu đồ 1: Phân bố các vi sinh vật phân lập từ dịch ổ bụng của 2 nhóm CAI và HAI

Kết quả cấy máu, chỉ phát hiện các vi khuẩn Gram âm như E.coli (11%) và K.pneumoniae (13%). Cấy dịch ổ bụng cho thấy vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế rõ rệt, với E. coli (66%) và K.pneumoniae (42%). Tuy nhiên, các tác nhân thường gặp trong nhiễm khuẩn bệnh viện như P. aeruginosa (20%) và A.baumannii (24%) chỉ được tìm thấy ở nhóm HAI. Ngoài ra, các chủng nấm như C.albicans, C.tropicalis, và C. glabrata chỉ được phát hiện ở nhóm HAI, với tỉ lệ từ 4% - 6% (p = 0,06). Các vi khuẩn S.aureus (12%) và S.maltophilia (12%) được phát hiện ở nhóm HAI.

3.3. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của nhóm bệnh nhân VPMT từ CAI

Bảng 3: Mức độ nhạy cảm kháng sinh của nhóm bệnh nhân VPMT từ CAI

Mức độ nhạy cảm kháng	Gram dương		Gram âm	
	E.fae	Strep	E.coli	K.pneu

sinh (%)	(n=5)	(n=4)	(n=51)	(n=31)
Amoxicillin/Clavulanic	0	-	0	0
Ampicillin	-	100	0	0
Cefazolin	-	-	49,02	48,38
Cefepim	-	100	88,23	93,54
Ceftazidim	-	100	98,04	96,67
Cefotaxim	-	100	96,07	96,67
Piperacillin	-	-	98,04	93,54
Piperacilin/Tazobactam	-	-	98,04	93,54
Imipenem	-	100	100	100
Meropenem	-	100	100	100
Ertapenem	-	100	100	100
Amikacin	-	-	100	100
Gentamicin	0	-	0	0
Levofloxacin	0	100	0	0
Linezolid	100	100	-	-
Vancomycin	100	100	-	-

S.a: Staphylococcus aureus; E.fae: Enterococcus faecium; E.avi: Enterococcus avium; Strep: Streptococcus spp; E.coli: Escherichia coli; K.pneu: Klebsiella Pneumonia; P.ae: Pseudomonas aeruginosa; A.bau: Acinetobacter Baumannii; C.a: Candida Albicans; C.t: Candida Tropicalis; C.g: Candida Glabrata

Trong nhóm vi khuẩn Gram dương, E.faecium có độ nhạy cảm cao đối với Linezolid và Vancomycin (100%). Streptococcus spp. cho thấy mức nhạy cảm tuyệt đối (100%) với hầu hết các kháng sinh. E.coli và K.pneumoniae vẫn duy trì mức độ nhạy cảm cao với nhóm carbapenem và amikacin (100%). Nhóm cephalosporin thế hệ 3 và 4 cũng cho thấy hiệu quả tương đối tốt với E. coli và K. pneumoniae.

3.4. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của nhóm bệnh nhân VPMT từ HAI

Bảng 4: Mức độ nhạy cảm kháng sinh của nhóm bệnh nhân VPMTTP từ HAI

Mức độ nhạy cảm kháng sinh (%)	Gram dương		Gram âm					Nấm		
	S.a (n=3)	E.fae (n=4)	E.coli (n=15)	K.pneu (n=11)	P.ae (n=5)	A.bau (n=6)	S.mal (n=3)	C.a (n=4)	C.t (n=3)	C.g (n=1)
Amoxicillin/Clavulanic	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
Ampicillin	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
Cefazolin	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
Cefepim	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
Ceftazidim	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Ceftazidim/Avibactam	0	-	86,67	90,91	80	0	-	-	-	-
Ceftolozan/Tazobactam	0	-	-	-	80	-	-	-	-	-
Cefotaxim	0	-	0	0	0	0	-	-	-	-
Piperacillin	0	-	0	0	0	0	-	-	-	-
Piperacilin/Tazobactam	0	-	0	0	0	0	-	-	-	-
Imipenem	0	-	13,33	18,18	0	0	-	-	-	-
Meropenem	0	-	13,33	18,18	0	0	-	-	-	-
Ertapenem	0	-	13,33	18,18	0	0	-	-	-	-
Amikacin	0	-	33,33	36,36	0	0	-	-	-	-
Gentamicin	0	-	26,67	18,18	0	0	-	-	-	-
Levofloxacin	0	0	0	0	0	0	100	-	-	-
Colistin	-	-	86,67	90,09	60	66,67	-	-	-	-
Linezolid	100	100	0	0	-	-	-	-	-	-
Vancomycin	100	100	0	0	-	-	-	-	-	-
Fluconazole	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100
Caspofungin	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100
Anidulafungin	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100

S.a: Staphylococcus aureus; E.fae: Enterococcus faecium; E.avi: Enterococcus avium; Strep: Streptococcus spp; E.coli: Escherichia coli; K.pneu: Klebsiella Pneumonia; P.ae: Pseudomonas aeruginosa; A.bau: Acinetobacter Baumannii; C.a: Candida Albicans; C.t: Candida Tropicalis; C.g: Candida Glabrata

Nhóm HAI có tỷ lệ kháng thuốc rất cao, đặc biệt ở nhóm vi khuẩn Gram âm (bảng 4). Các chủng E.coli và K.pneumoniae biểu hiện mức độ

kháng rất cao với các beta-lactam. E. coli và K. pneumoniae vẫn duy trì mức độ nhạy cảm cao với Ceftazidim/Avibactam và Colistin. Ngược lại, P.aeruginosa và A.baumannii kháng hầu hết các kháng sinh, chỉ khoảng 60–66,7% còn nhạy cảm với Colistin. S. aureus và E.faecium vẫn còn nhạy cảm hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid.

3.3. Kết quả điều trị của 2 nhóm VPMTTP khởi phát từ cộng đồng và bệnh viện

Bảng 5: Kết quả điều trị của 2 nhóm VPMTTP khởi phát từ cộng đồng và bệnh viện

Kết quả	Tổng	CAI (n=75)	HAI (n=25)	p
Tử vong n(%)	22(22)	7(9,33%)	15(60%)	p = 0,0052
Thời gian nằm viện	13,87 ± 6,48	12,89 ± 5,91	16,80 ± 7,22	p = 0,0098
Thời gian nằm hồi sức	6,32 ± 2,77	5,84 ± 2,42	7,44 ± 3,14	p = 0,0076
Thời gian thở máy	4,68 ± 2,26	4,19 ± 1,91	6,04 ± 2,60	p = 0,006

Tỷ lệ tử vong ở nhóm HAI cao vượt trội so với nhóm CAI (60% so với 9,33, p = 0,00524). Thời gian nằm viện trung bình, thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy cũng dài hơn có ý nghĩa ở nhóm HAI.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm vi sinh và kết cục điều trị ở bệnh nhân VPMTTP do thủng tạng rỗng bao gồm nhóm CAI và nhóm HAI. Kết

quả cho thấy sự khác biệt rõ rệt về mô hình vi sinh, đặc biệt ở mẫu dịch ổ bụng và cấy máu.

Ở mẫu cấy dịch ổ bụng, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế, với E.coli và K.pneumoniae là hai tác nhân chính phù hợp với nghiên cứu của Xiong (2020) [3]. Tuy nhiên, trong nhóm HAI sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn không lên men như P.aeruginosa (20%), A.baumannii (24%) và S.maltophilia (12%) là một đặc điểm nổi bật,

hoàn toàn không xuất hiện ở nhóm CAI. Đây là những chủng vi khuẩn có độc lực cao, thường chỉ xuất hiện trong môi trường bệnh viện và có khả năng đề kháng kháng sinh mạnh. Kết quả cấy máu, *E. coli* và *K.pneumoniae* vẫn là hai chủng chủ yếu được phát hiện. Tuy nhiên, điều đáng chú ý là *P. aeruginosa* và *A.baumannii* cũng được phân lập ở nhóm HAI – điều mà các nghiên cứu trước như của A. Callejas Diaz (2022) đã nhấn mạnh như một yếu tố làm gia tăng đáng kể tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết đa kháng [4]. Đáng lưu ý là vi khuẩn Gram dương chỉ xuất hiện ở mức thấp trong dịch ổ bụng và máu, nhưng có xu hướng tập trung ở nhóm HAI. Điều này có ý nghĩa tiên lượng đáng kể. Grotelueschen et al. (2019) đã chỉ ra rằng sự hiện diện của *Enterococcus* trong viêm phúc mạc sau mổ làm tăng tỷ lệ tử vong lên 7,2 lần [5]. *C.albicans*, *C.tropicalis* và *C.glabrata* xuất hiện ở nhóm HAI với tỷ lệ dao động từ 4% đến 16%, điều này phù hợp với báo cáo của Kelsey Habighorst (2023), trong đó nhiễm nấm trong viêm phúc mạc thường gặp ở bệnh nhân ICU, có sử dụng kháng sinh phổ rộng kéo dài hoặc dẫn lưu ổ bụng lâu ngày [6].

Mức độ nhạy cảm kháng sinh giữa hai nhóm cho thấy sự phân tầng rõ rệt. Ở nhóm CAI, *E. coli* và *K.pneumoniae* vẫn nhạy cao với beta-lactam phổ rộng và amikacin (93%), tương tự báo cáo của Groteluesche (2019) [5]. Ngược lại, ở nhóm HAI, mức độ kháng thuốc là rất nghiêm trọng. *E.coli* và *K.pneumoniae* chỉ còn nhạy cảm với ceftazidime/avibactam (86–90%) và colistin (86,7–90,1%), trong khi tỷ lệ nhạy cảm với carbapenem, aminoglycoside và fluoroquinolone đều dưới 20%. Các chủng *P.aeruginosa* và *A.baumannii* có mức kháng gần như toàn diện với tất cả các nhóm kháng sinh ngoại trừ colistin. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Philippe Montravers và CS (2022), cho thấy tỉ lệ kháng kháng sinh ngày càng tăng của nhóm vi khuẩn gram âm không lên men được phân lập từ ổ bụng [7]. Grotelueschen et al. (2019) nhấn mạnh rằng khi vi sinh vật kháng với các kháng sinh khởi trị như meropenem hoặc tigecycline, tỷ lệ tử vong sẽ tăng gấp đôi [5].

Đối với vi khuẩn Gram dương, *S.aureus* và *E.faecium* vẫn còn nhạy cảm tuyệt đối với vancomycin và linezolid, nhưng kháng hoàn toàn với beta-lactam và fluoroquinolone. Điều này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Montravers và CS (2022), và xác nhận rằng các kháng sinh beta-lactam, fluoroquinolone không còn hiệu quả với các chủng Gram dương trong môi trường bệnh viện [7]. Các chủng *Candida*

được phân lập đều nhạy cảm với fluconazole, caspofungin và anidulafungin.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm HAI cao hơn nhóm CAI. Thời gian nằm viện (16,8 ngày với 12,89 ngày), nằm hồi sức (7,44 với 5,84 ngày) và thở máy (6,04 với 4,19 ngày) đều dài hơn có ý nghĩa thống kê trong nhóm HAI. Những kết quả này phù hợp với báo cáo của Sartelli (2017) nhấn mạnh rằng HAI không chỉ có vi sinh vật độc lực hơn mà còn thường được chẩn đoán trễ và đáp ứng kém với điều trị kháng sinh khởi đầu [8]. Grotelueschen et al. đã chứng minh rằng khởi trị kháng sinh không phù hợp là yếu tố độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong [5]. Do đó, phác đồ kháng sinh ban đầu cần được cá thể hóa theo mô hình vi sinh thực tế – điều mà nghiên cứu này đã góp phần củng cố bằng số liệu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa VPMTT từ cộng đồng và bệnh viện về vi sinh, kháng thuốc và tiên lượng. Nhóm CAI chủ yếu do *E. coli* và *K. pneumoniae*, còn nhạy với kháng sinh phổ rộng. Ngược lại, nhóm HAI liên quan đến các chủng đa kháng như *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *S. maltophilia* và nấm *Candida spp.*, chỉ còn nhạy với kháng sinh dự trữ. HAI có tỷ lệ tử vong cao và điều trị kéo dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kiewiet, J.J., et al., [Treatment of secondary peritonitis: slow progress]. Ned Tijdschr Geneeskde, 2009. 153: p. A386.
2. Grotelüschen, R., et al., Antibiotic sensitivity in correlation to the origin of secondary peritonitis: a single center analysis. Sci Rep, 2020.10(1):p. 18588.
3. Xiong, Y.M. and X. Rao, Clinical and Microbiological Characteristics of Patients with Complicated Intra-abdominal Infections in Intensive Care Unit. Curr Med Sci, 2020. 40(1): p. 104-109.
4. Díaz, A., A. Serrano, and A. Fernandez Cruz, Infecciones por bacilos gramnegativos no fermentadores: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* y *Stenotrophomonas maltophilia*. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2022. 13:p.2961-2971.
5. Grotelueschen, R., et al., Microbial findings, sensitivity and outcome in patients with postoperative peritonitis a retrospective cohort study. Int J Surg, 2019. 70: p. 63-69.
6. Habighorst, K., et al., Identification of Risk Factors for Intra-Abdominal Candidiasis. Surgical Infections, 2023. 24(10): p. 910-915.
7. Montravers, P., et al., Microbiological profile of patients treated for postoperative peritonitis: temporal trends 1999–2019. World Journal of Emergency Surgery, 2023. 18(1): p. 58.
8. Sartelli, M., et al., The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg, 2017. 12: p. 29.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CÓ BIẾN CHỨNG VIÊM NÃO Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Trang¹, Nguyễn Thị Việt Hà^{2,3}, Đỗ Thiện Hải³

TÓM TẮT

Viêm não trong bệnh tay chân miệng là biến chứng nặng, diễn biến cấp tính với hội chứng não cấp, thường do Enterovirus 71 gây ra. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 94 trẻ được chẩn đoán tay chân miệng có biến chứng viêm não tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2023 đến 07/2025. **Kết quả:** Tuổi trung vị của trẻ là 25,5 tháng, tỉ lệ nam/nữ 1,9/1. Trẻ nhập viện chủ yếu ở phân độ IIB1 và IIB2 (mỗi nhóm 37,2%). Hầu hết bệnh nhân có sốt (97,9%), trong đó 53,2% sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Triệu chứng da – niêm mạc gồm ban ở lòng bàn tay (92,6%), lòng bàn chân (88,3%) và loét miệng (51,1%). Triệu chứng thần kinh nổi bật là giật mình (94,7%) trong đó 81,9% giật mình ≥ 2 lần/30 phút; ngoài ra có run chi (57,4%), loạng choạng (41,5%) và kích thích (72,3%). Tỉ lệ trẻ có tăng bạch cầu ngoại vi và EV71 dương tính đều là 80,9%. Dịch não tủy đặc trưng bởi tăng bạch cầu đơn nhân, protein và glucose trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Viêm não do tay chân miệng thường gặp ở trẻ trai dưới 3 tuổi, biểu hiện bằng sốt, rối loạn tri giác và phát ban phỏng nước. Các xét nghiệm ghi nhận tăng bạch cầu, EV71 dương tính và dịch não tủy gợi ý viêm não do virus. **Từ khóa:** bệnh tay chân miệng, viêm não, trẻ em, Enterovirus 71.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE WITH ENCEPHALITIS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Encephalitis in hand, foot and mouth disease is a severe complication with an acute course and acute encephalitic syndrome, most commonly caused by Enterovirus 71. **Aims:** To describe the clinical and laboratory characteristics of hand, foot and mouth disease with encephalitis in children at the National Children's Hospital. **Materials and Methods:** A descriptive study was conducted on 94 children diagnosed with hand, foot and mouth disease with encephalitis at the Center of Tropical Diseases, National Children's Hospital, from January 2023 to July

2023. **Results:** The median age was 25.5 months, with a male-to-female ratio of 1.9/1. Patients were admitted mainly at grade IIB1 and IIB2 (both 37.2%). Most children had fever (97.9%), of which 53.2% had high fever $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Typical mucocutaneous manifestations included rash on the palms (92.6%), soles (88.3%), and oral ulcers (51.1%). Neurological symptoms were prominent, with startle being the most common (94.7%), of which 81.9% experienced startle ≥ 2 times/30 minutes; other symptoms included limb tremor (57.4%), ataxia (41.5%), and irritability (72.3%). Peripheral leukocytosis and EV71 positivity were both recorded in 80.9% of cases. Cerebrospinal fluid findings were characterized by mononuclear pleocytosis, with protein and glucose within normal limits. **Conclusion:** Encephalitis due to hand, foot and mouth disease is common in boys under 3 years of age, presenting with fever, altered consciousness, and vesicular rash. Laboratory findings showed leukocytosis, EV71 positivity, and cerebrospinal fluid consistent with viral encephalitis.

Keywords: hand, foot and mouth disease, encephalitis, children, Enterovirus 71

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính dễ gây thành dịch, thường gặp ở trẻ nhỏ với biểu hiện lâm sàng đa dạng từ nhẹ đến nặng. Trong đó, Enterovirus 71(EV71) là căn nguyên chính liên quan đến các biến chứng thần kinh, đặc biệt là viêm não, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời^{1,2}. Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng vẫn lưu hành quanh năm, với các đợt bùng phát tập trung vào mùa hè – thu. Bệnh viện Nhi Trung ương là cơ sở Nhi khoa tuyến cuối hàng năm tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhi tay chân miệng từ nhiều tỉnh thành, trong đó không ít trường hợp có biến chứng thần kinh nặng. Do vậy, việc chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời vẫn là yếu tố quan trọng giúp giảm tình trạng nặng và tử vong ở trẻ mắc bệnh có biến chứng³. Cho đến nay các nghiên cứu về biến chứng của bệnh tay chân miệng trong đó có viêm não còn hạn chế. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não ở trẻ em tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2023 – 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 94 bệnh nhân từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi được chẩn đoán tay

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025