

Recommendations for Noninvasive Evaluation of Native Valvular Regurgitation: A Report from the American Society of Echocardiography Developed in Collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. Journal of the American Society of Echocardiography. 2017; 30(4): 303-371. doi:10.1016/j.echo.2017. 01.007

8. **Liàcer P, Gallardo M, Palau P, et al.** Comparison between CA125 and NT-proBNP for evaluating congestion in acute heart failure. Medicina clinica. Jun 25 2021;156(12):589-594. Comparación entre CA125 y NT-proBNP para valorar la congestión en insuficiencia cardíaca aguda. doi:10.1016/j.medcli.2020.05.063

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG LÝ TRỰC KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Nguyễn Doãn Phong¹, Lê Thị Huyền Trang¹, Đinh Văn Thức¹, Đoàn Thị Mai Thanh², Ngô Anh Vinh², Triệu Ngọc Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình kháng kháng sinh của nhiễm Shigella ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 38 bệnh nhi nhiễm Shigella tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ tháng 08/2019 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là 2 tháng – 2 tuổi (52,6%), tiếp đến là 2 – 5 tuổi (34,2%). Trẻ nam chiếm 63,2%. Lý do vào viện thường gặp nhất là tiêu chảy phân lỏng (42,1%), sốt (21,1%) và tiêu chảy phân nhầy máu (18,4%). Có 71,1% bệnh nhân sốt, chủ yếu sốt nhẹ và vừa. Kết quả cấy phân cho thấy S. flexneri (52,7%) và S. sonnei (34,2%) là hai tác nhân chính. Shigella kháng cao với amoxicillin (93,3%), cotrimoxazol (90,9%) và nalidixic acid (75%), trong khi còn nhạy với chloramphenicol (75%) và ciprofloxacin (66,7%). Chúng S. flexneri có tỷ lệ kháng cao hơn S. sonnei. **Kết luận:** Nhiễm Shigella ở trẻ em thường gặp nhất ở lứa tuổi dưới 5, trong đó S. flexneri là tác nhân chủ yếu. Cần giám sát thường xuyên và lựa chọn hợp lý các kháng sinh còn hiệu quả như ciprofloxacin và chloramphenicol. **Từ khóa:** Shigella, trẻ em, đặc điểm lâm sàng, kháng kháng sinh, Việt Nam

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BACTERIAL DYSENTERY AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: The study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics and antibiotic resistance of Shigella infection in children. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 38 pediatric patients with Shigella infection at Hai Phong Children's Hospital from August 2019 to July 2024. **Results:** The most affected age group was 2

months - 2 years old (52.6%), followed by 2 - 5 years old (34.2%). Boys accounted for 63.2%. The most common reasons for hospitalization were loose stools (42.1%), fever (21.1%) and bloody mucus diarrhea (18.4%). 71.1% of patients had fever, mainly mild and moderate fever. Stool culture results showed that S. flexneri (52.7%) and S. sonnei (34.2%) were the two main agents. Shigella was highly resistant to amoxicillin (93.3%), cotrimoxazole (90.9%) and nalidixic acid (75%), while it was susceptible to chloramphenicol (75%) and ciprofloxacin (66.7%). The S. flexneri strain had a higher resistance rate than S. sonnei. **Conclusion:** Shigella infection in children is most common in children under 5 years old, in which S. flexneri is the main agent. Requires regular monitoring and appropriate selection of effective antibiotics such as ciprofloxacin and chloramphenicol.

Keywords: Shigella, children, clinical characteristics, antibiotic resistance, Vietnam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý do Shigella là một nhiễm khuẩn cấp tính đường tiêu hóa, đặc trưng bởi tình trạng tiêu chảy phân nhầy máu, với tổn thương chủ yếu khu trú tại niêm mạc đại tràng. Đây là bệnh lý có khả năng lây truyền cao trong môi trường có điều kiện vệ sinh kém [1]. Shigella được xếp vào nhóm năm tác nhân gây tiêu chảy hàng đầu ở trẻ em, sau Rotavirus, Campylobacter spp., Adenovirus và Enterotoxigenic Escherichia coli. Ước tính mỗi năm, Shigella gây ra khoảng 68.000 ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi và liên quan đến 13.600 ca tử vong gián tiếp do chậm phát triển thể chất [2], [3].

Việc chẩn đoán sớm nhiễm Shigella gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các nguyên nhân khác gây tiêu chảy phân máu. Kỹ thuật nuôi cấy vi khuẩn là tiêu chuẩn chẩn đoán nhưng có độ nhạy không cao và mất nhiều thời gian. Phương pháp PCR cho độ chính xác cao hơn nhưng chưa thể áp dụng rộng rãi do chi phí và yêu cầu kỹ thuật. Trong điều trị, kháng sinh ciprofloxacin từng được khuyến cáo sử dụng đầu tay theo

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Ngọc Thảo

Email: tnthao@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

hướng dẫn của Bộ Y tế (2009), song hiện nay đã ghi nhận các chủng Shigella kháng ciprofloxacin, làm gia tăng thách thức trong điều trị [4].

Tại Hải Phòng, bệnh lý do Shigella vẫn là vấn đề sức khỏe quan trọng ở trẻ em, mặc dù đã có những cải thiện rõ rệt về điều kiện vệ sinh và giáo dục sức khỏe [4]. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý do Shigella tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng” nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân ≤15 tuổi được chẩn đoán xác định lý trực khuẩn và điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Lâm sàng: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng (sốt, gai rét, mệt mỏi, v.v.) và hội chứng lý (đau bụng, mót rặn, phân nhầy/máu), chưa dùng kháng sinh trước đó.

- Cận lâm sàng: Có tăng bạch cầu, CRP, công thức bạch cầu chuyển trái, soi phân có bạch cầu/hồng cầu.

- Tiêu chuẩn vàng: Cây phân dương tính với Shigella spp. theo tiêu chuẩn vi sinh của Bộ Y tế.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Cây phân âm tính với Shigella spp.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ 01/08/2019 đến 31/07/2024 tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm dịch tễ lâm sàng: Tuổi, giới, địa dư, thời gian mắc bệnh

- Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện, sốt, sốt rét run, nôn, số lần nôn, thời gian nôn, đau bụng, tiêu chảy, đặc điểm phân, phân loại tiêu chảy, số lần đi ngoài, phân máu, mót rặn, mất nước, tình trạng dinh dưỡng, triệu chứng thần kinh

- Đặc điểm cận lâm sàng: Bạch cầu, công thức bạch cầu, CRP, điện giải đồ, soi phân

- Vi sinh: Loại Shigella phân lập, kháng sinh đồ
Các biến được thu thập chủ yếu bằng

phương pháp hồi cứu từ bệnh án.

Quy trình lấy mẫu phân và phân tích: Phân được lấy trực tiếp khi trẻ đi ngoài hoặc qua trực tràng, cho vào ống vô trùng và gửi ngay đến phòng xét nghiệm. Soi tươi để tìm bạch cầu và hồng cầu, đếm trên vi trường kính hiển vi. Nuôi cấy vi khuẩn Shigella và làm kháng sinh đồ theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20. Các biến rời rạc được trình bày bằng tỷ lệ (%), biến liên tục tính trung bình ± độ lệch chuẩn. So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định với mức ý nghĩa p<0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Thông tin bệnh nhân được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	n=38	%
Tuổi	<2 tháng	2	5,3%
	2 tháng – 2 tuổi	20	52,6%
	2 tuổi – 5 tuổi	13	34,2%
	5 tuổi – 15 tuổi	3	7,9%
Giới	Nam	24	63,2%
	Nữ	14	36,8%

Nhận xét: nhóm tuổi từ 2 tháng đến 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,6%), tiếp theo là nhóm từ 2 đến 5 tuổi (34,2%). Tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ, lần lượt là 63,2% và 36,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đi ngoài phân lỏng	16	42,1
Đi ngoài phân nhầy máu	7	18,4
Sốt	8	21,1
Đau bụng	4	10,5
Nguyên nhân khác (nôn, ho, co giật,...)	3	7,9
Tổng	38	100

Nhận xét: Lý do chính khiến bệnh nhân vào viện hay gặp nhất là đi ngoài phân lỏng chiếm 42,1% các trường hợp mắc Shigella phải vào viện. Ngoài ra tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì sốt và đi ngoài phân nhầy máu cũng chiếm một tỷ lệ cao lần lượt là 21,1% và 18,4%.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nhiệt độ khi vào viện

Nhiệt độ (°C)	Số bệnh	Tỷ lệ (%)
---------------	---------	-----------

	nhân (n)	
Không sốt	11	28,95
Sốt nhẹ (37,5-38)	12	31,6
Sốt vừa (38,1-39)	11	28,95
Sốt cao (39,1-40)	4	10,5
Tổng	38	100

Nhận xét: Bệnh nhân nhiễm Shigella có triệu chứng sốt rất thường gặp, chiếm tỷ lệ 71,05%. Trong đó, chủ yếu là bệnh nhân sốt nhẹ và vừa, không bệnh nhân nào sốt rất cao.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo kết quả cấy phân

Kết quả cấy phân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
S. sonnei	13	34,2
S. flexneri	20	52,7
S. boydii	1	2,6
S. dysenteriae	4	10,5
Tổng	38	100

Nhận xét: Trong tổng số 38 bệnh nhân cấy phân có Shigella, S. sonnei và S. flexneri là hai nhóm gây bệnh nhiều nhất (chiếm 34,2% và 52,7%). Có 4 trường hợp bệnh nhân nhiễm S. dysenteriae và 1 trường hợp nhiễm S. boydii.

Bảng 3.5. Đặc điểm và tính chất phân của bệnh nhân

Đặc điểm	S. sonnei	S. flexneri	S. boydii	S. dysenteriae	Tổng (n,%)
Phân lỏng	5	12	1	1	19 (50%)
Phân nhầy	4	2	0	1	7 (18,4%)
Phân nhầy - máu	4	6	0	2	12 (31,6%)
HC trong phân	S. sonnei	S. flexneri	S. boydii	S. dysenteriae	Tổng (n,%)
Không có	5	14	1	4	24 (63,2%)
1+	6	3	0	0	9 (23,7%)
2+	1	1	0	0	2 (5,2%)
3+	1	2	0	0	3 (7,9%)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có phân không nhầy, không máu; tuy nhiên, nhóm S. dysenteriae có tỷ lệ cao hơn về phân nhầy máu. Đa số trường hợp không có hồng cầu trong phân; khi có, thường là mức độ nhẹ (1+).

Bảng 3.6. Tính nhạy cảm kháng sinh từ kháng sinh đồ

Kháng sinh	Nhạy (%)	Kháng (%)
Ciprofloxacin	66,67	33,33
Ceftriaxone	33,33	60
Ceftazidime	62,5	25
Cefotaxime	26,67	60
Amoxicillin	6,67	93,33
Chloramphenicol	75	8,33
Cotrimoxazol	9,1	90,9
Nalidixic Acid	16,67	75
Kháng sinh	Chủng vi khuẩn	
	S. sonnei kháng	S. flexneri kháng
Ciprofloxacin	0%	80%
Ceftriaxone	33,3%	66,7%
Cefotaxime	33,3%	66,7%
Amoxicillin	35,7%	57,1%
Cotrimoxazol	40%	50%

Nhận xét: Shigella đề kháng cao với amoxicillin, cotrimoxazol và nalidixic acid. Nhạy nhất với chloramphenicol và ciprofloxacin. S. flexneri có tỷ lệ kháng cao hơn S. sonnei, đặc biệt với nhóm cephalosporin thế hệ 3 và fluoroquinolon.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm giới tính, nghiên cứu ghi nhận

tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn nữ (1,71:1) (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Hà Vinh và cộng sự với tỷ lệ 1,47:1 [5], hay nghiên cứu của Tian Ren và cộng sự tại Trung Quốc cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc cao hơn nữ giới [6]. Nguyên nhân có thể liên quan đến hành vi sinh hoạt như vệ sinh cá nhân kém, tiếp xúc với môi trường bẩn nhiều hơn ở trẻ nam hoặc có thể có yếu tố sinh học chưa được làm rõ đầy đủ. Về phân bố theo tuổi, phần lớn bệnh nhân là trẻ dưới 5 tuổi (92,1%), trong đó nhóm từ 2 tháng đến 2 tuổi chiếm tới 52,6%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khác [5], [6], [7].

Xét về triệu chứng lâm sàng, lý do nhập viện chủ yếu là do rối loạn phân, đặc biệt là đi ngoài phân lỏng (42,1%) và phân nhầy máu (18,4%). 100% bệnh nhân có tiêu chảy trong 24 giờ đầu. Triệu chứng sốt được ghi nhận ở 71,05% trẻ, trong đó chủ yếu sốt nhẹ và vừa, chỉ 10,5% sốt cao. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Tian Ren và cộng sự tại Trung Quốc, ghi nhận tỷ lệ sốt ở trẻ nhiễm Shigella là 83,5% [6]. Sốt cao thường gặp hơn ở nhóm nhiễm S. sonnei, trong khi trẻ nhiễm S. flexneri có biểu hiện nhẹ hơn. Đáng chú ý, nhóm tuổi từ 2-5 tuổi có nhiều trường hợp không sốt. Thời gian từ khởi phát đến nhập viện phần lớn dưới 3 ngày (94,7%), cho thấy bệnh lý có diễn biến cấp tính và phụ huynh có ý thức đưa trẻ đi khám sớm. Triệu chứng nôn ghi nhận ở 39,5% bệnh nhân,

phần lớn là nôn sau tiêu chảy, thường gặp ở nhóm nhiễm *S. flexneri* (12/20 ca). So sánh với các tài liệu trong nước như nghiên cứu năm 2021 tại Hải Phòng của Nguyễn Thị Thu Hằng, tỷ lệ nôn tương đương (36,5%) [7]. Triệu chứng đau bụng xuất hiện ở 26,3% trường hợp, chủ yếu ở trẻ lớn >2 tuổi, với biểu hiện âm ỉ quanh rốn. Ở trẻ nhỏ hơn, triệu chứng này ít rõ ràng do hạn chế về khả năng biểu đạt. Mót rặn là triệu chứng không phổ biến (18,4%), thấp hơn so với một số báo cáo trước đó (23,8%) [6], [7].

Tính chất phân nhầy máu ghi nhận ở 31,6% ca bệnh, phù hợp với đặc điểm bệnh sinh của *Shigella* xâm nhập niêm mạc đại tràng. Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác [6], [7]. Hình thái phân có sự khác biệt theo độ tuổi: nhóm <2 tuổi chủ yếu là phân lỏng không nhầy máu, trong khi nhóm 2–5 tuổi có nhiều trường hợp phân nhầy máu hơn. Số lần đi ngoài trong 24 giờ chủ yếu dưới 10 lần (94,7%), phù hợp với mức độ tiêu chảy trung bình và tương tự nghiên cứu của Hà Vinh [6]. Về dấu hiệu mất nước, phần lớn bệnh nhân không mất nước (89,5%) hoặc chỉ mất nhẹ. Không ghi nhận trường hợp nào mất nước nặng, điều này có thể do bệnh nhân được nhập viện và bù dịch sớm.

Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy *S. flexneri* là chủng chiếm ưu thế (52,7%), vượt qua *S. sonnei* (34,2%). Sự thay đổi này có thể phản ánh sự dịch chuyển dịch tễ học theo thời gian, vì trước đây, *S. sonnei* thường chiếm ưu thế tại Hải Phòng và các tỉnh phía Bắc [7], [8]. Kết quả soi phân cho thấy bạch cầu dương tính ở 47,4% và hồng cầu ở 36,8%, đa phần ở mức độ nhẹ, phản ánh tình trạng viêm mức trung bình, phù hợp với cơ chế bệnh sinh xâm nhập tại đại tràng. Có mối liên quan rõ giữa sốt cao và lượng bạch cầu trong phân tăng cao.

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy kháng sinh có hiệu quả cao nhất là ceftazidime (82,5%), cloramphenicol (75%) và ciprofloxacin (66,7%). Tỷ lệ kháng cao nhất là amoxicillin, cotrimoxazol và acid nalidixic. Ciprofloxacin – kháng sinh hàng đầu theo WHO – đã ghi nhận tỷ lệ kháng 33,3% trong mẫu nghiên cứu, chủ yếu ở chủng *S. flexneri* (75%). Tình trạng này cảnh báo sự gia tăng nhanh chóng mức kháng với fluoroquinolone, so với báo cáo từ năm 2010 cho thấy không có kháng với ciprofloxacin [8]. Kháng cephalosporin thế hệ 3 cũng đang gia tăng, đặc biệt ceftriaxone và cefotaxim đều có tỷ lệ kháng lên tới 60%, trong khi ceftazidime có tỷ lệ kháng thấp nhất (25%). Tỷ lệ kháng cloramphenicol thấp (8,3%) cho thấy khả năng tái sử dụng trong các ca nặng, đặc biệt khi có bằng chứng vi

sinh xác định. Cotrimoxazol và acid nalidixic đều kháng trên 75%, không còn phù hợp điều trị kinh nghiệm. Những số liệu này phù hợp với xu hướng kháng thuốc tại Việt Nam theo nghiên cứu một số nghiên cứu trong nước [7], [8].

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ kháng thuốc đang gia tăng, đặc biệt với nhóm fluoroquinolone và cephalosporin thế hệ 3, đặt ra thách thức trong điều trị. Do đó, cần duy trì giám sát định kỳ vi sinh và kháng thuốc để điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp. Đồng thời, các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm cơ bản như soi phân, CRP, điện giải vẫn đóng vai trò quan trọng trong hướng dẫn điều trị tại tuyến cơ sở, trong điều kiện kỹ thuật chẩn đoán sinh học phân tử còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm *Shigella* ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng chủ yếu gặp ở nhóm tuổi dưới 5, đặc biệt là trẻ từ 2 tháng đến 2 tuổi, với biểu hiện lâm sàng thường không điển hình. *S. flexneri* là tác nhân gây bệnh chiếm ưu thế. Tình trạng kháng kháng sinh cao, nhất là với amoxicillin, cotrimoxazol và acid nalidixic, đồng thời đã ghi nhận xu hướng tăng kháng ciprofloxacin và cephalosporin thế hệ 3. Do đó, cần giám sát thường xuyên mô hình kháng thuốc để lựa chọn kháng sinh điều trị phù hợp và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kotloff KL, Riddle MS, Platts-Mills JA, Pavlinac P, Zaidi AKM.** Shigellosis. *Lancet*. 2018;391(10122):801–12. doi:10.1016/S0140-6736(17)33296-8.
2. **Liu J, Platts-Mills JA, Juma J, et al.** Use of quantitative molecular diagnostic methods to identify causes of diarrhea in children: a reanalysis of the GEMS case-control study. *Lancet*. 2016;388(10051):1291–301. doi:10.1016/S0140-6736(16)31529-X.
3. **Troeger C, Blacker BF, Khalil IA, et al.** Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoea in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(11):1211–28. doi:10.1016/S1473-3099(18)30362-1.
4. **Nguyễn Thị Thanh Xuân, Nguyễn Thị Hồng Vân.** Kháng sinh đồ của *Shigella* phân lập từ bệnh nhi tiêu chảy tại Hải Phòng. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2015;25(8):15–20.
5. **Hà Vinh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý trực khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
6. **Tian Ren et al.** Clinical features and antimicrobial resistance patterns of *Shigella* infections in pediatric patients. *BMC Infectious Diseases*. 2022, 22, 841.

7. Nguyễn Thị Thu Hằng, Trần Văn Thuấn. Đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh lý trực khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502(1):55–61.

8. Hoàng Vinh, Nguyễn Thị Lan Anh. Thực trạng đề kháng kháng sinh của Shigella tại Việt Nam giai đoạn 1995–2009. Tạp chí Y học Thực hành. 2010, (6), 10–14.

TIÊM CORTICOSTEROID NỘI SẸO: GIẢI PHÁP HIỆU QUẢ CHO SẸO PHÌ ĐẠI SAU BỎNG – BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thanh Chơn^{1,2}, Nguyễn Văn Lâm¹, Nguyễn Hữu Giàu¹, Ngô Trí Minh Phương¹, Nguyễn Công Lập¹, Đặng Trần Đăng Khoa¹, Đặng Trường Hải¹

TÓM TẮT

Sẹo phì đại (hypertrophic scar) là tình trạng bất thường trong quá trình lành vết thương đặc trưng bởi sự tăng sinh tại chỗ nguyên bào sợi và sản xuất collagen quá mức trong quá trình lành vết thương [9]. Tiêm corticosteroid trong thương tổn vẫn là phương pháp điều trị chính [6]. Bài báo này mô tả trường hợp một bệnh nhân nữ 20 tuổi nhập viện với sẹo phì đại ở vùng mắt cá chân phải, đặc trưng bởi sự tăng sinh mô sợi dẫn đến sẹo gồ cao, chắc và tím, xuất hiện sau bỏng nhiệt do xô xe máy. Tổn thương xuất hiện sau khi vết thương đã liền sẹo khoảng 2 tháng, kích thước 8x3 cm, bề mặt không loét và không tiết dịch. Bệnh nhân được điều trị bằng tiêm nội tổn thương corticosteroid. Sau 5 đợt điều trị, ghi nhận sự cải thiện đáng kể với giảm đỏ, tăng độ mềm và mức sẹo phẳng hơn rõ rệt. Dựa trên trường hợp lâm sàng, chúng tôi tổng quan lại các biểu hiện lâm sàng và hiệu quả điều trị đã được ghi nhận trong y văn. **Từ khoá:** sẹo phì đại, tiêm corticosteroid nội tổn thương, điều trị sẹo.

SUMMARY

INTRALESIONAL CORTICOSTEROID INJECTION: AN EFFECTIVE APPROACH FOR POST-BURN HYPERTROPHIC SCARS – A CASE REPORT

Hypertrophic scar is an abnormal wound healing response characterized by excessive fibroblast proliferation and collagen deposition at the site of injury [9]. Intralesional corticosteroid injection remains one of the main treatment modalities [6]. We report a case of a 20-year-old female presenting with a firm, elevated, violaceous scar on the right ankle following a motorcycle exhaust burn. The lesion developed approximately two months after re-epithelialization, measuring 8x3 cm, without ulceration or discharge. The patient was treated with intralesional corticosteroid injection. After five treatment sessions, the lesion showed significant improvement, becoming

softer, flatter, and less erythematous. Through this case, we review the clinical features and treatment outcomes of hypertrophic scars in the literature.

Keywords: hypertrophic scar, intralesional corticosteroid injection, scar treatment.

I. TỔNG QUAN

Sẹo phì đại (hypertrophic scar) là hậu quả của quá trình lành thương bất thường, đặc trưng bởi rối loạn tăng sinh mô sợi với các biểu hiện như tăng độ dày của da, tăng mật độ tế bào, lắng đọng quá mức collagen dạng bó không có tổ chức, kèm theo tăng sinh mạch máu tại vị trí tổn thương [9]. Khác với sẹo lồi (Keloid), sẹo phì đại thường đỏ, nhô lên, giới hạn trong phạm vi vết thương ban đầu và có xu hướng thoái lui theo thời gian [2], [9]. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, sẹo phì đại có thể gây ảnh hưởng thẩm mỹ, cảm giác căng, ngứa hoặc đau làm giảm chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Sẹo phì đại thường hình thành sau các tổn thương sâu, chẳng hạn như vết rách, phẫu thuật hoặc bỏng. Các di chứng do bỏng có thể kéo dài và gây khó chịu dai dẳng, ảnh hưởng lâu dài đến cuộc sống của bệnh nhân. Sau tổn thương nhiệt, sẹo phì đại là một biến chứng thường gặp, giới hạn trong phạm vi vết thương ban đầu, trong khi sẹo lồi có xu hướng mở rộng ra ngoài [3]. Về mặt mô học, sẹo lồi có các bó collagen dày và bạch cầu ái toan trong khi sẹo phì đại thì không [3]. Tuy nhiên, nhiều sẹo có thể biểu hiện với hình ảnh hỗn hợp.

Đánh giá khách quan về mức độ nghiêm trọng của sẹo phì đại là thách thức của các bác sĩ lâm sàng. Một công cụ đo lường xác thực giá trị để xác định mức độ sẹo là điều cần thiết cho các bác sĩ và bệnh nhân để hướng dẫn điều trị và đánh giá hiệu quả điều trị theo thời gian. Hiện nay, hai thang đo phổ biến được sử dụng để đánh giá sẹo là Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS) và Vancouver Scar Scale (VSS), kết hợp các chỉ số đo lường khách quan và đánh giá chủ quan để cung cấp cái nhìn

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Chơn

Email: dangtruonghai.20@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025