

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH KHÁNG SINH VANCOMYCIN TRONG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THANH VŨ MEDIC BẠC LIÊU NĂM 2023-2024

Trần Quốc Tường¹, Nguyễn Thị Phương Thảo¹,
Mai Hữu Thạch¹, Phạm Hoàng Dũng¹, Lê Đăng Khoa¹,
Nguyễn Thị Thảo Nhi¹, Trần Văn Đệ², Nguyễn Văn Đới³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết là một mối đe dọa nghiêm trọng trên toàn cầu, gây ra hàng triệu ca tử vong mỗi năm và là thách thức lớn trong điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh nhiễm khuẩn huyết; (2) Xác định tỷ lệ cấy máu dương tính và đặc điểm chỉ định vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 60 hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị nội trú ở các khoa Cấp cứu, Hồi sức cấp cứu, Nội và Ngoại, có chỉ định sử dụng kháng sinh vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu từ ngày 01/01/2023 - 30/06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $(67,8 \pm 11,9)$ tuổi, tỷ lệ thừa cân/béo phì (60,4%). Dấu hiệu sinh tồn, nhiệt độ cơ thể ($>37,5^{\circ}\text{C}$) chiếm 26,6%, nhịp thở (>20 lần/phút) chiếm 68,3%, mạch (>100 lần/phút) chiếm 36,7%, huyết áp tâm thu (>140 mmHg) chiếm 25,0%. Cận lâm sàng, bạch cầu tăng (98,3%), nồng độ Procalcitonin ($>0,04$ ng/mL) chiếm 100%, lactate máu tĩnh mạch ($>2,2$ mmol/L) chiếm 88,3%, PaCO₂ tăng (38,3%), NEU% tăng (80%). Tim mạch là nhóm bệnh mắc kèm nhiều nhất (70%). Có 95% người bệnh (Clcr <90 ml/phút). Đường vào gây nhiễm khuẩn huyết là da mô mềm (28,3%). Điều trị theo kinh nghiệm (86,7%). Thời gian trung bình sử dụng vancomycin ở nhóm ≥ 65 tuổi dài ngày hơn so với nhóm <65 tuổi. **Kết luận:** Tổng 60 hồ sơ bệnh án được khảo sát, phần lớn người bệnh được chỉ định vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết là người cao tuổi có bệnh lý tim mạch và suy giảm chức năng thận. Điều trị chủ yếu dựa trên kinh nghiệm, thời gian sử dụng vancomycin ở nhóm người bệnh ≥ 65 tuổi nhiều hơn. **Từ khóa:** Vancomycin, nhiễm khuẩn huyết, nội trú.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS PRESCRIBED VANCOMYCIN FOR THE TREATMENT OF SEPSIS AT THANH VU MEDIC GENERAL

¹Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Sở Y tế Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Tường

Email: tranquocuong0806@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

HOSPITAL BAC LIEU 2023-2024

Background: Sepsis is undeniably a serious worldwide health threat, causing millions of deaths each year and presenting a major challenge in treatment. **Objectives:** (1) To identify the clinical and paraclinical characteristics of patients with sepsis; (2) To determine the rate of positive blood cultures and the characteristics of vancomycin prescription in the treatment of sepsis at Thanh Vu Medic General Hospital in Bac Lieu. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using 60 medical records of hospitalized patients from the Emergency, Intensive Care, Internal Medicine, and Surgery departments, who were prescribed vancomycin for the treatment of sepsis at Thanh Vu Medic General Hospital, Bac Lieu, from January 1, 2023, to June 30, 2024. **Results:** The average age of patients was (67.8 ± 11.9) years, with 60.4% of patients being overweight or obese. Vital signs: body temperature $>37.5^{\circ}\text{C}$ in 26.6%, respiratory rate >20 breaths/min in 68.3%, heart rate >100 beats/min in 36.7%, and systolic blood pressure >140 mmHg in 25.0%. Paraclinical findings: elevated white blood cell count in 98.3%, Procalcitonin levels >0.04 ng/mL in 100%, venous lactate >2.2 mmol/L in 88.3%, increased PaCO₂ in 38.3%, and elevated NEU% in 80%. Cardiovascular disease was the most common comorbidity (70%). 95% of patients had a creatinine clearance (Clcr) <90 ml/min. The most common source of infection was soft tissue (28.3%). Treatment was largely based on clinical experience (86.7%). The average duration of vancomycin use in patients ≥ 65 years old was longer compared to those <65 years old. **Conclusions:** Of the 60 medical records reviewed, the majority of patients prescribed vancomycin for sepsis were elderly, with underlying cardiovascular disease and impaired renal function. Treatment primarily relied on clinical experience, and the duration of vancomycin use was longer in patients aged ≥ 65 years. **Keywords:** Vancomycin, sepsis, hospitalized patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vancomycin là kháng sinh thuộc nhóm glycopeptid và bắt đầu đưa vào sử dụng trong lâm sàng từ năm 1958. Từ đó đến nay, vancomycin đã trở thành lựa chọn đầu tay trong điều trị nhiễm khuẩn Gram dương kháng thuốc, đặc biệt là chủng tụ cầu vàng đề kháng methicillin (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus - MRSA). Vancomycin đóng vai trò quan trọng trong điều trị nhiễm khuẩn huyết. Tuy

nhiên, liều vancomycin sử dụng phải hiệu chỉnh theo các yếu tố dược động như tuổi, cân nặng, tình trạng bệnh, vị trí nhiễm trùng và chức năng thận dẫn đến phức tạp trong điều trị [7]. Tại Hội Nghị Quốc Tế Đồng Thuận về nhiễm khuẩn huyết 2016 (Sepsis-3), nhiễm khuẩn huyết được định nghĩa là "tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng mất điều hòa của cơ thể với nhiễm trùng", là một thách thức lớn trong lâm sàng, gây ra hàng triệu ca tử vong mỗi năm trên toàn cầu [8]. Theo thống kê, hằng năm có khoảng 18 triệu người mắc bệnh nhiễm khuẩn huyết, mỗi ngày khoảng 1.400 người tử vong do nhiễm khuẩn huyết [9], [12]. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng; điều này dẫn đến khó khăn trong việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn; đặc biệt là nhiễm khuẩn huyết một bệnh lý nặng với tỷ lệ tử vong còn khá cao [10]. Hiện nay, có nhiều chiến lược được Bộ Y tế đưa ra nhằm tăng cường hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ đề kháng kháng sinh đơn cử như quyết định số 5631/QĐ-BYT năm 2020 [1]. Nhằm mong muốn cung cấp cái nhìn toàn diện về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh có chỉ định kháng sinh vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh điều trị nội trú ở các khoa Cấp cứu, Hồi sức cấp cứu, Nội và Ngoại, có chỉ định kháng sinh vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu từ ngày 01/01/2023 - 30/06/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị nội trú ở các khoa Cấp cứu, Hồi sức cấp cứu, Nội và Ngoại, có chỉ định kháng sinh vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh ≥ 18 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng phục vụ trong quá trình nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án người bệnh có ghi ý lệnh nhưng xin về hoặc chuyển tuyến.

- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

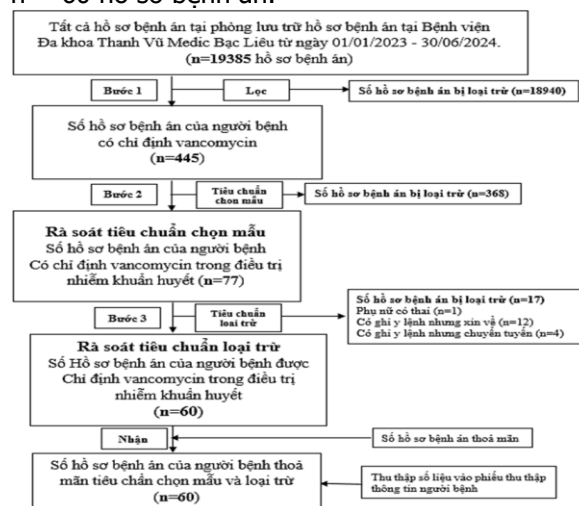
Địa điểm nghiên cứu: Phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án, tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, thông qua hồi cứu dữ liệu trên hồ sơ bệnh án.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn

bộ. Dựa vào số lượng thực tế người bệnh điều trị ở các khoa Cấp cứu, Hồi sức cấp cứu, Nội và Ngoại, có chỉ định kháng sinh vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu từ ngày 01/01/2023 - 30/06/2024. Chúng tôi chọn được $n = 60$ hồ sơ bệnh án.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu lựa chọn mẫu
Nội dung nghiên cứu:

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, độ thanh thải, vị trí đường vào gây nhiễm khuẩn huyết, nhóm bệnh mắc kèm, can thiệp và phẫu thuật xâm lấn, chỉ số khối cơ thể (BMI).

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Nhiệt độ ($^{\circ}\text{C}$), nhịp thở (lần/phút), mạch (lần/phút), HA tâm thu (mmHg), Bạch cầu ($10^9/\text{lit}$), lactate máu tĩnh mạch (mmol/L), Procalcitonin (ng/mL), PaCO_2 (mmHg), NEU% (%).

+ Tỷ lệ cấy máu và đặc điểm chỉ định vancomycin: Kết quả cấy máu dương tính và tỷ lệ chỉ định vancomycin điều trị nhiễm khuẩn huyết theo kinh nghiệm và theo đích vi khuẩn, thời gian trung bình trong đợt điều trị.

Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu.

Quy ước trong nghiên cứu:

- Tuổi: Chia thành 2 nhóm (≥ 65 tuổi và < 65 tuổi).

- Chỉ số khối cơ thể (BMI): Chia thành 3 nhóm (Thiếu cân $< 18 \text{ kg/m}^2$; Bình thường $18,5 - 22,99 \text{ kg/m}^2$; Thừa cân/béo phì $\geq 23 \text{ kg/m}^2$) [2].

- Chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng: Các biến số lâm sàng và cận lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm người bệnh được chỉ định kháng sinh vancomycin điều trị nhiễm khuẩn huyết, nếu trong ngày các xét nghiệm được làm nhiều lần

thì sẽ lấy kết quả gần nhất:

- Độ thanh thải creatinin (Clcr) được ước tính theo Cockcroft-Gault.

- Nhóm bệnh mắc kèm: Là tình trạng bệnh lý thuộc nhóm bệnh được chẩn đoán kèm theo trong quá trình điều trị, dựa trên kết quả của Bác sĩ ghi nhận và không bao gồm bệnh nền trong tiền sử của người bệnh.

Xử lý số liệu: Phương pháp xử lý và phân tích số liệu trong nghiên cứu: Tất cả các số liệu

thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 26.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ (%), trung bình (độ lệch chuẩn), kết quả được trình bày dưới dạng biểu bảng hoặc biểu đồ.

Y đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và công nghệ Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu chấp thuận số 2187/QĐ-BVTV2.

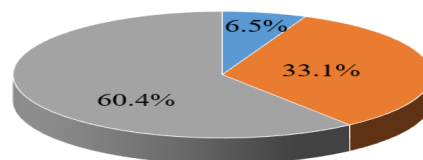
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu (n=60)

Đặc điểm		Nhóm tuổi				Tổng	
		≥65		<65			
		SL	%	SL	%	SL	%
Giới tính, n (%)	Nam	10	16,7	22	36,7	32	53,3
	Nữ	10	16,7	18	30	28	46,7
Tuổi trung bình ± ĐLC/Trung vị (năm)		(74,3 ± 7,4)		(54,4)		(67,8 ± 11,9)	
Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất (năm)		(65 - 91)		(36 - 64)		(36 - 91)	
Độ thanh thải (Clcr)	<60 ml/phút	14	23,3	35	58,3	49	81,7
	60 - 89 ml/phút	5	8,3	3	5	8	13,3
	90 - 130 ml/phút	1	1,7	2	3,3	3	5
Clcr, (TB ± ĐLC) (Nhỏ nhất - lớn nhất) (ml/phút)		(35,8 ± 25,3) (6,6 - 128,7)		(46,6 ± 26,8) (7,6 - 92,8)		(39,4 ± 26,1) (6,6 - 128,7)	
Vị trí đường vào gây nhiễm khuẩn huyết	Da mô mềm	4	6,6	13	21,7	17	28,3
	Chưa rõ tiêu điểm	4	6,6	13	21,7	17	28,3
	Tiêu hóa	5	8,3	9	15	14	23,3
	Hô hấp	3	5	4	6,7	7	11,7
	Thận tiết niệu	3	5,1	2	3,3	5	8,4
Can thiệp phẫu thuật xâm lấn	Có	6	10	20	33,3	26	43,3
	Không	14	23,3	20	33,4	34	56,7
Các can thiệp và phẫu thuật xâm lấn	Đặt catheter tĩnh mạch	4	6,7	9	15	13	21,7
	Sonde tiểu	2	3,3	3	5	5	8,3
	Thở máy	1	1,7	3	5	4	6,7
	Sonde dạ dày	-	-	2	3,3	2	3,3
	Lọc máu	1	1,7	1	1,7	2	3,3
Nhóm bệnh mắc kèm		Tần suất	%	Tần suất	%	Tần suất	%
Tim mạch (THA, NMCT, Đột quy...)		13	21,7	29	48,3	42	70
Nội tiết (ĐTĐ, Suy thượng thận, suy giáp...)		13	21,7	19	31,7	32	53,3
Thận tiết niệu (Suy thận cấp, suy thận mạn, viêm bàng quang, tổn thương thận cấp, nhiễm trùng tiết niệu)		5	8,3	22	36,7	27	45
Tiêu hóa (GERD, xuất huyết tiêu hóa)		9	15	11	18,3	20	33,3
Hô hấp (COPD, viêm phổi, suy hô hấp cấp)		6	10	12	20	18	30

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là (67,8 ± 11,9) tuổi. Vị trí đường vào gây nhiễm khuẩn huyết là da mô mềm (28,3%). Có tới 81,7% người bệnh (Clcr <60 ml/phút). Có can thiệp và phẫu thuật xâm lấn (43,3%); Đặt catheter tĩnh mạch chiếm nhiều nhất (21,7%). Tim mạch là nhóm bệnh mắc kèm cao nhất (70%).



■ Thiếu cân (BMI <18 kg/m²)
 ■ Bình thường (BMI 18.5 - 22.99 kg/m²)
 ■ Thừa cân/béo phì (BMI ≥23 kg/m²)

Hình 2. Tỷ lệ chỉ số khối cơ thể (BMI) của

đối tượng trong nghiên cứu (n=60)

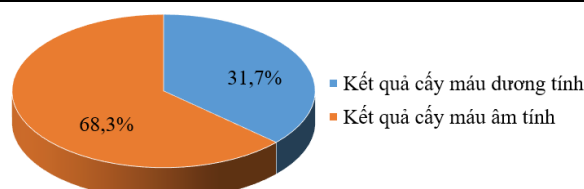
Nhận xét: Có tới 60,4% người bệnh nhập viện có thể trọng thừa cân/béo phì, và (6,5%)

người bệnh có thể trọng suy dinh dưỡng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng trong nghiên cứu (n=60)**

Đặc điểm		Chỉ số tham chiếu		Nhóm tuổi				Tổng	
				≥65		<65			
				SL	%	SL	%		
Lâm sàng	Nhiệt độ (°C)	>37,5	Tăng	8	13,3	8	13,3	16	26,6
		36-37,5	Bình thường	12	20	32	53,4	44	73,4
	Nhịp thở (lần/phút)	>20	Tăng	10	16,7	31	51,6	41	68,3
		16-20	Bình thường	10	16,7	9	15	19	31,7
	Mạch (lần/phút)	>100	Tăng	9	15	13	21,7	22	36,7
		60-100	Bình thường	11	18,3	27	45	38	63,3
	HA tâm thu (mmHg)	≥140	Tăng	6	10	9	15	15	25,0
		90 - <140	Bình thường	5	8,3	11	18,3	16	26,7
<90		Giảm	9	15	20	33,3	29	48,3	
Cận lâm sàng	Bạch cầu (10 ⁹ /lít)	>10	Tăng	20	33,3	39	65	59	98,3
		Nữ <4; Nam <5	Giảm	-	-	1	1,7	1	1,7
	Procalcitonin (ng/mL)	>0,04	Tăng	20	33,3	40	66,7	60	100
	Lactate máu TM (mmol/L)	>2,2	Tăng	35	58,3	18	30	53	88,3
		0,5-2,2	Bình thường	5	8,3	2	3,4	7	11,7
	PaCO ₂ (mmHg)	Nữ >43; Nam >46	Tăng	7	11,7	16	26,6	23	38,3
		Nữ (32-43) Nam (35-46)	Bình thường	7	11,7	14	23,3	21	35,0
		Nữ <32; Nam <35	Giảm	6	10	10	16,7	16	26,7
	NEU% (%)	>74	Tăng	15	25	33	55	41	80,0
		41-74	Bình thường	4	6,7	7	11,6	11	18,3
<41		Giảm	1	1,7	-	-	1	1,7	

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu ghi nhận được (26,6%) người bệnh có nhiệt độ cơ thể (>37,5°C), nhịp thở (>20 lần/phút) là 68,3%, mạch (>100 lần/phút) là 36,7%, huyết áp tâm thu (≥140 mmHg) là 25,0%. Bạch cầu tăng (98,3%), nồng độ Procalcitonin (>0,04 ng/mL) là 100%, lactate máu tĩnh mạch (>2,2 mmol/L) là 88,3%, PaCO₂ tăng (38,3%), NEU% tăng (80%).

3.3. Tỷ lệ người bệnh cấy máu có kết quả dương tính và đặc điểm chỉ định vancomycin**Hình 3. Tỷ lệ người bệnh cấy máu có kết quả dương tính trong nghiên cứu (n=60)**

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy có 19 (31,7%) người bệnh cấy máu có kết quả dương tính và 41 (68,3%) người bệnh cấy máu có kết quả âm tính.

Bảng 3. Đặc điểm chỉ định vancomycin điều trị nhiễm khuẩn huyết theo kinh nghiệm và theo đích vi khuẩn

Chỉ định kháng sinh vancomycin	Nhóm tuổi				Tổng	
	≥65		<65			
	SL	%	SL	%	SL	%
Theo kinh nghiệm	12	20	40	66,7	52	86,7
Theo đích vi khuẩn	7	11,7	1	1,6	8	13,3
Tổng	19	31,7	41	68,3	60	100
Thời gian trung bình sử dụng kháng vancomycin	(6,1 ± 4,0) ngày (1-11) ngày		(4,7 ± 3,8) (1-9) ngày		(5,6 ± 3,9) ngày (1-10) ngày	

Nhận xét: Có tới 52 (86,7%) theo kinh nghiệm, thời gian sử dụng vancomycin trung

bình ở nhóm người bệnh ≥65 tuổi dài ngày hơn nhóm <65 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $(67,8 \pm 11,9)$ tuổi. Có tới 95% người bệnh có chức năng thận suy giảm ($\text{Clcr} < 90 \text{ ml/phút}$). So với kết quả nghiên cứu của Mạc Thị Mai và cộng sự (2021), cho thấy: Độ tuổi trung bình là $(59,9 \pm 17,4)$, và có tới (61,1%) người bệnh có chức năng thận suy giảm ($\text{ClCr} < 90 \text{ ml/phút}$) [3]. Suy giảm chức năng thận sẽ làm gia tăng nguy cơ tích lũy thuốc trong máu, làm tăng độc tính của vancomycin, đặc biệt là độc tính trên thận. Do đó, cần tối ưu hóa điều chỉnh liều trên người bệnh nhiễm khuẩn huyết.

Vị trí đường vào gây nhiễm khuẩn huyết chiếm nhiều nhất là da mô mềm (28,3%), đường tiêu hóa (23,3%), đường hô hấp (11,7%). Trịnh Xuân Nam và cộng sự (2024), đường tiêu hóa (28,9%), hô hấp (27,2%), da mô mềm (9,8%) [4]. Tạ Thị Diệu Ngân và cộng sự (2022), đường tiết niệu (33,3%), tiêu hóa (25%) [5]. Cho thấy, nhiễm khuẩn huyết xảy ra từ rối loạn nhiều hệ cơ quan khác nhau tùy thuộc mức độ nhiễm khuẩn và đáp ứng của cơ thể người bệnh.

Tỷ lệ người bệnh có can thiệp phẫu thuật xâm lấn (43,3%); đặt catheter tĩnh mạch chiếm nhiều nhất (21,7%). Bệnh mắc kèm chiếm nhiều nhất là nhóm tim mạch (70%), nội tiết (53,3%). Đa phần người bệnh cao tuổi đều mắc đa bệnh lý trong quá trình điều trị dễ bị rối loạn chức năng cơ quan, sức đề kháng sẽ giảm đáng kể, dễ mắc nhiều loại vi khuẩn đồng thời từ đó dễ mắc nhiễm khuẩn huyết.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng trong nghiên cứu (n=60). Nghiên cứu ghi nhận được chỉ có (26,6%) người bệnh có nhiệt độ cơ thể $> 37,5^\circ\text{C}$, nhịp thở > 20 lần/phút (68,3%), nhịp tim > 100 lần/phút (36,7%), huyết áp tâm thu $\geq 140 \text{ mmHg}$ (25,0%), bạch cầu tăng (98,3%), Procalcitonin $> 0,04 \text{ ng/mL}$ (100%), lactate máu tĩnh mạch $> 2,2 \text{ mmol/L}$ (88,3%), PaCO_2 tăng (38,3%), và NEU% tăng (80%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân và cộng sự (2022), có (62,2%) người bệnh có số lượng bạch cầu máu tăng và 87,7% có chỉ số CRP cao [5]. Việc xác định nồng độ CRP và Procalcitonin có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi nhiễm khuẩn huyết [5],[10]. Nồng độ lactate máu cũng phản ánh tình trạng giảm tưới máu và giúp theo dõi hiệu quả điều trị sốc ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết.

4.3. Đặc điểm chỉ định vancomycin điều trị nhiễm khuẩn huyết theo kinh nghiệm và

theo đích vi khuẩn. Có tới 52 trường hợp (86,7%) điều trị theo kinh nghiệm, thời gian sử dụng vancomycin trung bình ở nhóm ≥ 65 tuổi dài hơn nhóm < 65 tuổi. Mạc Thị Mai và cộng sự (2021), tỷ lệ chỉ định vancomycin điều trị theo kinh nghiệm là 63 (90%) [3]. Nguyễn Đức Phúc và cộng sự (2024), tỷ lệ vancomycin sử dụng điều trị nhiễm khuẩn huyết theo kinh nghiệm (74,5%) [6]. Gregory A Schmidt, et al (2024), thời gian dùng kháng sinh vancomycin nên được cá nhân hóa trên từng người bệnh, những trường hợp người bệnh có đáp ứng lâm sàng chậm, ổ nhiễm trùng không dẫn lưu được, nhiễm khuẩn huyết do *S. aureus*, giảm bạch cầu trung tính hoặc suy giảm miễn dịch có thể dài hơn so với những trường hợp có kết quả âm tính.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Đường vào gây nhiễm khuẩn huyết là da mô mềm (28,3%), tiêu hóa (23,3%). Đa số bệnh nhân nhập viện có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tăng trên lâm sàng so với chỉ số bình thường. Tổng số 60 người bệnh được chỉ định cấy máu, tỷ lệ dương tính (31,7%). Nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của việc theo dõi các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2020), Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, số 5631/QĐ-BYT. Bộ Trưởng Bộ Y tế.
- Bộ Y tế** (2022), Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì, số 2892/QĐ-BYT. Bộ Trưởng Bộ Y tế.
- Mạc Thị Mai, Nguyễn Trung Hà và cộng sự** (2021), Thực trạng sử dụng vancomycin tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tr.49-58.
- Trịnh Xuân Nam, Nguyễn Văn Thủy và cộng sự** (2024), Nghiên cứu đặc điểm kháng kháng sinh của các vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn huyết phân lập được tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023, Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, Tập 46(02), tr.47-53.
- Tạ Thị Diệu Ngân, Nghiêm Văn Hùng** (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *E.Coli* tại Bệnh viện Nhiệt Đới Trung Ương giai đoạn 2015-2020, Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, Số 02(38), tr.39-45.
- Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Hữu Việt Anh** (2024), Nghiên cứu thực trạng sử dụng kháng sinh vancomycin tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 538(1), tr. 59-63.
- Bauer, L. A., Black, D. J., et al** (1998). Vancomycin dosing in morbidly obese patients. European journal of clinical pharmacology, 54(8), pp.621-625.
- Baxla, V., Sharma, A. K., Seema, K., et al** (2025). Sepsis Biomarkers: CRP, Procalcitonin,

and Presepsin-Diagnostic and Prognostic Significance in Sepsis. Journal of West African College of Surgeons, pp.10-4103.

9. **Mahiabeen, F., Saha, U., al** (2022), An update on treatment options for methicillin-resistant

Staphylococcus aureus bacteremia: A systematic review, Cureus, pp.14(11).

10. **Niederman, M. S., Baron, R. M., Bouadma, L., et al.** (2021), Initial antimicrobial management of sepsis, Critical care, 25, pp.1-11.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM BỜ MI

Đoàn Kim Thành¹, Đinh Hoàng Yên²,
Huỳnh Võ Mai Quyên², Dương Nguyễn Hồng Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm bờ mi. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca. 168 mắt của 87 bệnh nhân chẩn đoán viêm bờ mi tại bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025. Quy trình nghiên cứu được tiến hành: Khám, sàng lọc bệnh nhân vào nghiên cứu. Thu thập các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bằng bảng câu hỏi, khám lâm sàng và cận lâm sàng qua sinh hiển vi, máy OCULUS Keratograph® 5M. Phân loại viêm bờ mi theo giải phẫu (viêm bờ mi trước, sau, hỗn hợp) và chức năng (viêm bờ mi nhẹ, trung bình, nặng). Viêm bờ mi sau và hỗn hợp mức độ nặng được nặn tuyến đánh giá khả năng nặn tuyến (MGE score). Số liệu được thu thập và nghiên cứu đánh giá yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình 62,1±11,8 tuổi. Nữ giới chiếm cao hơn (79,3%). Đa số là thị lực tốt (81,2%). Viêm bờ mi thường gặp triệu chứng: cộm vướng, chảy nước mắt, giãn mạch, cương tụ bờ mi và tắc lỗ đổ tuyến. Trong đó, triệu chứng cộm vướng và thực thể có tương quan mạnh nhất với tình trạng viêm bờ mi nặng là cộm vướng ($p<0,001$; OR=23,2) và tắc lỗ đổ tuyến meibomius ($p=0,028$, OR=2,2). OSDI trung bình 36,6 ±13,3; đa số là nặng (64,9%). Chất lượng chất tiết tuyến (MQ score) trung bình 1,16 ±0,06. TBUT trung bình 5,0±1,7 giây với TBUT ≤5 giây chiếm chủ yếu (66,1%). Meiboscore trung bình 2,82 ± 0,1. MGE trung bình 1,8 ± 0,7. Trong nghiên cứu ghi nhận đa số là viêm bờ mi hỗn hợp (63,1%) và viêm bờ mi nặng (64,9%). **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận đa số là viêm bờ mi hỗn hợp và bệnh mức độ nặng. Tình trạng khô mắt nặng theo OSDI là chủ yếu. Thay đổi cấu trúc, chức năng tuyến meibomius rõ rệt.

Từ khoá: Viêm bờ mi, đặc điểm lâm sàng viêm bờ mi, các yếu tố liên quan, khô mắt, rối loạn chức năng tuyến meibomius (MGD), OSDI, Keratograph 5M.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CLINICAL

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Nguyễn Hồng Hải

Email: drhai7898@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH BLEPHARITIS

Purpose: To investigate the clinical characteristics and associated factors in patients with blepharitis. **Subject and methods:** This is a descriptive case series study of 168 eyes (of 87 patients) diagnosed with blepharitis were included at Ho Chi Minh City Eye Hospital in 2025. The study procedure involved the following steps: clinical examination, patient screening for eligibility; collection of epidemiological and clinical data via questionnaires, physical examination, and ancillary tests using slit-lamp biomicroscopy and the OCULUS Keratograph® 5M. Blepharitis was classified anatomically (anterior, posterior, or mixed) and functionally (mild, moderate, or severe). Severe posterior and mixed blepharitis cases underwent meibomian gland expression to evaluate expressibility (MGE score). Data were collected and analyzed to identify associated factors. **Results:** The average age was 62.1±11.8 years. Females accounted for the majority of patients (79.3%). Most patients had good visual acuity (81.2%). Common symptoms included foreign body sensation, tearing (epiphora), telangiectasia, eyelid hyperemia and meibomian gland orifice obstruction. Among these, the symptom and sign that were most strongly correlated with severe blepharitis were foreign body sensation ($p < 0.001$; OR = 23.2) and meibomian gland orifice obstruction ($p = 0.028$; OR = 2.2). The mean Ocular Surface Disease Index (OSDI) was 36.6±13.3, with the majority of cases classified as severe (64.9%). The average quality of Meibomian gland secretions (MQ score) was 1.16 ± 0.06. The mean Tear Break-Up Time (TBUT) was 5.0±1.7 seconds, with TBUT ≤5s being the predominant finding (66.1%). The mean Meiboscore was 2.82±0.1, and the mean Meibomian Gland Expressibility (MGE) was 1.8±0.7. The majority of cases in the study were mixed blepharitis (63.1%) and severe blepharitis (64.9%). **Conclusion:** Most cases in this study were mixed-type and severe blepharitis. Severe dry eye disease (OSDI). Marked structural and functional alterations of the meibomian glands.

Keywords: Blepharitis, clinical characteristics of blepharitis, associated factors, dry eye, meibomian gland dysfunction (MGD), OSDI, Keratograph 5M.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm bờ mi là tình trạng viêm ở bờ mi mắt,