

kê. Nhìn chung, những phát hiện này góp phần làm sáng tỏ vai trò kết hợp của các yếu tố lâm sàng và tâm lý trong việc hình thành phản ứng cảm xúc ở bệnh nhân bỏng. Trên cơ sở đó, việc ưu tiên đánh giá và can thiệp tâm lý sớm cho những bệnh nhân có vùng bỏng lớn là cần thiết, vì TBSA có tương quan đáng kể với các phản ứng cảm xúc tiêu cực, trong khi đây là yếu tố có thể mở đường cho các vấn đề sức khỏe tâm thần trong giai đoạn điều trị và hậu điều trị. Bên cạnh chăm sóc y khoa, việc tích hợp các biện pháp hỗ trợ tâm lý tập trung vào các cơ chế điều tiết cảm xúc lành mạnh vào quy trình điều trị bỏng sẽ giúp bệnh nhân nâng cao khả năng nhận diện, điều chỉnh và kiểm soát phản ứng cảm xúc của mình một cách hiệu quả hơn, thay vì phụ thuộc vào chiến lược dồn nén cảm xúc vốn kém thích ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peng F, Chung CH, Koh WY, Chien WC, Lin CE. Risks of mental disorders among inpatients with burn injury: A nationwide cohort study. *Burns*. 2024 Jun 1;50(5):1315-29.
2. Ma H, Tung KY, Tsai SL, Neil DL, Lin YY, Yen HT, Lin KL, Cheng YT, Kao SC, Lin MN, Dai NT. Assessment and determinants of global outcomes among 445 mass-casualty burn survivors: A 2-year retrospective cohort study in Taiwan. *Burns*. 2020 Sep 1;46(6):1444-57.
3. Van Loey NE, Oggel A, Goemanne AS, Braem L, Vanbrabant L, Geenen R. Cognitive emotion regulation strategies and neuroticism in relation to depressive symptoms following burn injury: a longitudinal study with a 2-year follow-up. *Journal of Behavioral Medicine*. 2014 Oct;37(5):839-48.
4. Ross EE, Knapp RC, Yu J, Munabi N, Gillenwater TJ, Yenikomshian HA. Identifying populations at risk for difficulty managing emotions and social interactions after burn injury. *Journal of Burn Care & Research*. 2023 Nov 1;44(6):1400-4.
5. Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*. 2008 Jun 1;39(2):107-16.
6. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*. 2014;2(1):3-20.
7. Willemse H, Geenen R, Egberts MR, Engelhard IM, Van Loey NE. Perceived stigmatization and fear of negative evaluation: two distinct pathways to body image dissatisfaction and self-esteem in burn survivors. *Psychology & health*. 2023 Apr 3;38(4):445-58.
8. Ford, B. Q., & Troy, A. S. (2019). Reappraisal reconsidered: A closer look at the costs of an acclaimed emotion-regulation strategy. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 195–203. <https://doi.org/10.1177/0963721419827526>

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Trần Anh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan tới kết quả sớm kém sau phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả có phân tích trên 90 bệnh nhân được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2025. Kết quả sớm khi ra viện được đánh giá bằng thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS), phân thành nhóm tốt (GOS 4-5) và nhóm kém (GOS 1-3). Các yếu tố tiên lượng được phân tích bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

Kết quả: Nam giới chiếm 77,8%; tuổi trung bình 41,6 ± 16,3 năm. Tỷ lệ kết quả sớm tốt là 38,9% và kết quả kém là 61,1%. Trong phân tích đa biến, GCS 3-8 khi vào viện

(OR hiệu chỉnh = 16,89; KTC 95%: 4,40-64,74; $p < 0,001$) và lệch đường giữa ≥ 10 mm (OR hiệu chỉnh = 6,09; KTC 95%: 1,67-22,16; $p = 0,004$) là hai yếu tố liên quan tới kết quả sớm kém.

Kết luận: GCS thấp khi vào viện và lệch đường giữa lớn trên CT là hai yếu tố có liên quan tới kết quả sớm kém sau phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng cấp tính; chấn thương sọ não; kết quả sớm.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH POOR EARLY OUTCOMES AFTER SURGERY FOR ACUTE TRAUMATIC SUBDURAL HEMATOMA

Objective: To evaluate factors associated with poor early outcomes after surgery for acute traumatic subdural hematoma.

Methods: This descriptive analytical study included 90 patients who underwent surgery at the Department of Neurosurgery, Military Hospital 103, from January 2023 to December 2025. Early outcome at discharge was assessed using the Glasgow Outcome Scale (GOS), and patients were

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Đức

Email: trananhducvmmu@gmail.com

Mã bài: N368

Ngày nhận bài: 21/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2026

Ngày duyệt bài: 21/4/2026

classified into a favorable outcome group (GOS 4-5) and a poor outcome group (GOS 1-3). Prognostic factors were analyzed using univariable and multivariable logistic regression.

Results: Males accounted for 77.8% of the study population; the mean age was 41.6 ± 16.3 years. The rate of favorable early outcome was 38.9%, while poor outcome was observed in 61.1%. In multivariable analysis, admission GCS 3-8 (adjusted OR = 16.89; 95% CI: 4.40-64.74; $p < 0.001$) and midline shift ≥ 10 mm (adjusted OR = 6.09; 95% CI: 1.67-22.16; $p = 0.004$) were two factors associated with poor outcome.

Conclusion: Low admission GCS and marked midline shift on CT were two factors associated with poor early outcomes after surgery for acute traumatic subdural hematoma.

Keywords: *Acute subdural hematoma; traumatic brain injury; early outcome.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở người trẻ tuổi trên toàn cầu, ước tính gây ra hơn 27-69 triệu ca mới mỗi năm [1]. Trong số các tổn thương nội sọ sau chấn thương, máu tụ dưới màng cứng cấp tính là một trong những bệnh cảnh nặng nhất, hình thành chủ yếu do rách tĩnh mạch cầu nối hoặc tổn thương phối hợp nhu mô não. Khối máu tụ gây hiệu ứng khối nhanh, tăng áp lực nội sọ và có thể dẫn đến tụt kẹt não tử vong nếu không được xử trí kịp thời.

Mặc dù hồi sức thần kinh và kỹ thuật phẫu thuật đã có nhiều tiến bộ, tỷ lệ tử vong và di chứng nặng sau mổ máu tụ dưới màng cứng cấp tính vẫn còn cao, dao động từ 40-70% trong nhiều nghiên cứu [2, 3]. Tiên lượng sau mổ chịu ảnh hưởng bởi mức độ rối loạn ý thức khi nhập viện, tình trạng đồng tử, mức độ lệch đường giữa và hiệu ứng khối trên cắt lớp vi tính, thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật cũng như các tổn thương phối hợp trong sọ [2, 4, 5]. Nhận diện sớm các yếu tố này có ý nghĩa thực tiễn trong phân tầng nguy cơ, hỗ trợ quyết định can thiệp và tư vấn cho gia đình người bệnh.

Tại Việt Nam, dữ liệu về giá trị tiên lượng của các yếu tố lâm sàng và hình ảnh học trong máu tụ dưới màng cứng cấp tính còn hạn chế. Tại Bệnh viện Quân y 103, đây là bệnh lý phẫu thuật thần kinh thường gặp nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả sớm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm “Đánh giá một số yếu tố liên quan tới kết quả sớm kém sau phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 90 bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não và được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định máu tụ dưới màng cứng cấp tính bằng lâm sàng và CT sọ não; được phẫu thuật lấy máu tụ hoặc mở sọ giải áp trong giai đoạn cấp tại Bệnh viện Quân y 103; hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết để phân tích.

Tiêu chuẩn loại trừ: máu tụ dưới màng cứng mạn tính hoặc bán cấp; chấn thương xuyên sọ; loại trừ các trường hợp có tổn thương nội sọ phối hợp nặng khác như xuất huyết nội não khối lượng lớn hoặc dập não lan tỏa nặng, được đánh giá là tổn thương ưu thế trên lâm sàng và hình ảnh học, làm sai lệch việc phân tích vai trò của máu tụ dưới màng cứng cấp tính; hồ sơ không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu có phân tích trên loạt ca bệnh. Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, lựa chọn toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2025. Chúng tôi đã lựa chọn được 90 bệnh nhân vào nghiên cứu này trong thời gian nghiên cứu.

- Các biến số và định nghĩa: Điểm GCS phân loại thành hai nhóm: nặng (3-8) và trung bình-nhẹ (9-15). Phản xạ đồng tử bất thường khi có giãn đồng tử một hoặc hai bên, mất phản xạ ánh sáng. Độ dày máu tụ và mức độ lệch đường giữa đo trên CT sọ não theo phương pháp chuẩn. Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật tính từ thời điểm chấn thương đến rạch da đầu.

- Đánh giá kết quả: Kết quả sớm đánh giá tại thời điểm ra viện bằng thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS): kết quả tốt (GOS 4-5: hồi phục tốt hoặc khuyết tật vừa) và kết quả kém (GOS 1-3: khuyết tật nặng, trạng thái thực vật hoặc tử vong).

- Thu thập số liệu: Từ hồ sơ bệnh án lưu trữ bao gồm hồ sơ lâm sàng, hồ sơ phẫu thuật, kết quả CT sọ não trước và sau mổ, và phiếu ra viện.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa hai nhóm kết quả được thực hiện bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi thích hợp. Hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để sàng lọc các yếu tố liên quan đến kết quả sớm kém; các biến có $p < 0,20$ ở phân tích đơn biến và/hoặc có ý nghĩa lâm sàng được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Kết quả được trình bày dưới dạng OR hiệu chỉnh và khoảng tin cậy 95%. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận triển khai của bệnh viện. Thông tin bệnh nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 90)

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi (năm), TB ± SD	41,6 ± 16,3	
Nhóm tuổi		
< 40	47	52,2
40-59	31	34,4
≥ 60	12	13,3
Giới tính		
Nam	70	77,8
Nữ	20	22,2
GCS khi vào viện		
3-8	43	47,8
9-15	47	52,2
Phản xạ đồng tử		
Bình thường	73	81,1
Bất thường	17	18,9
Độ dày máu tụ trên CT		

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
< 15 mm	68	75,6
$\geq$ 15 mm	22	24,4
Lệch đường giữa		
< 10 mm	53	58,9
$\geq$ 10 mm	37	41,1
Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật		
$\leq$ 4 giờ	57	63,3
> 4 giờ	33	36,7
Kết quả sớm khi ra viện (GOS)		
Tốt (GOS 4-5)	35	38,9
Kém (GOS 1-3)	55	61,1

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,6 $\pm$ 16,3 năm, nam giới chiếm đa số (77,8%). Nhóm tuổi dưới 40 gặp nhiều nhất (52,2%). Gần một nửa số bệnh nhân vào viện với GCS 3-8 (47,8%). Đồng tử bất thường gặp ở 18,9% bệnh nhân. Lệch đường giữa $\geq$ 10 mm chiếm 41,1%. Đa số được phẫu thuật trong vòng 4 giờ từ khi chấn thương (63,3%). Tỷ lệ kết quả sớm kém (GOS 1-3) là 61,1%, cao hơn rõ so với nhóm kết quả tốt.

Bảng 2. So sánh đặc điểm giữa hai nhóm kết quả sớm

Biến số	Kết quả tốt (n = 35)	Kết quả kém (n = 55)	Tỷ lệ kém (%)	p
Tuổi < 40	22	25	53,2	0,248
Tuổi 40-59	10	21	67,7	
Tuổi $\geq$ 60	3	9	75,0	
Nam giới	27	43	61,4	0,908
GCS 3-8	5	38	88,4	< 0,001
GCS 9-15	30	17	36,2	
Đồng tử bất thường	1	16	94,1	0,005
Độ dày máu tụ $\geq$ 15 mm	7	15	68,2	0,435
Lệch đường giữa $\geq$ 10 mm	8	29	78,4	0,010
Thời gian đến mổ > 4 giờ	9	24	72,7	0,089

Tỷ lệ kết quả sớm kém khác biệt rõ rệt giữa các nhóm GCS (88,4% ở GCS 3-8 so với 36,2% ở GCS 9-15; $p < 0,001$), giữa nhóm đồng tử bất thường và bình thường (94,1% so với 53,4%; $p = 0,005$) và giữa hai mức lệch đường giữa (78,4% so với 49,1%; $p = 0,010$). Tuổi, giới, độ dày máu tụ và thời gian đến mổ chưa cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê trong phân tích so sánh nhóm.

Bảng 3. Hồi quy logistic đơn biến đối với kết quả sớm kém (GOS 1-3)

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tuổi 40-59 so với < 40	1,85	0,72-4,76	0,203
Tuổi $\geq$ 60 so với < 40	2,64	0,63-11,0	0,182
Nam so với nữ	1,06	0,38-2,93	0,908
GCS 3-8 so với 9-15	13,41	4,44-40,54	< 0,001

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Đồng tử bất thường	13,95	1,76-110,76	0,013
Độ dày máu tụ ≥ 15 mm	1,50	0,54-4,16	0,435
Lệch đường giữa ≥ 10 mm	3,76	1,46-9,73	0,006
Thời gian đến mổ > 4 giờ	2,24	0,89-5,65	0,089

Trong phân tích đơn biến, GCS 3-8 (OR = 13,41; KTC 95%: 4,44-40,54; $p < 0,001$), đồng tử bất thường (OR = 13,95; KTC 95%: 1,76-110,76; $p = 0,013$) và lệch đường giữa ≥ 10 mm (OR = 3,76; KTC 95%: 1,46-9,73; $p = 0,006$) là các yếu tố liên quan có ý nghĩa với kết quả sớm kém. Thời gian đến mổ trên 4 giờ có xu hướng tăng nguy cơ nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,089$).

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến đối với kết quả sớm kém (GOS 1-3)

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Tuổi 40-59	2,28	0,61-8,49	0,220
Tuổi ≥ 60	1,35	0,21-8,77	0,740
GCS 3-8	16,89	4,40-64,74	$< 0,001$
Đồng tử bất thường	4,82	0,52-44,78	0,159
Độ dày máu tụ ≥ 15 mm	1,35	0,35-5,22	0,569
Lệch đường giữa ≥ 10 mm	6,09	1,67-22,16	0,004
Thời gian đến mổ > 4 giờ	2,31	0,78-6,88	0,129

Sau khi kiểm soát đồng thời các biến số, GCS 3-8 (OR hiệu chỉnh = 16,89; KTC 95%: 4,40-64,74; $p < 0,001$) và lệch đường giữa ≥ 10 mm (OR hiệu chỉnh = 6,09; KTC 95%: 1,67-22,16; $p = 0,004$) là hai yếu tố liên quan độc lập của kết quả sớm kém. Đồng tử bất thường mất ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($p = 0,159$), cho thấy tác động của biến này phần lớn được giải thích bởi GCS thấp và lệch đường giữa lớn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kết quả sớm kém theo GOS 1-3 là 61,1%, phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu quốc tế cho thấy máu tụ dưới màng cứng cấp tính là tổn thương có tỷ lệ tử vong và kết cục chức năng bất lợi cao sau phẫu thuật [2, 3]. Nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình tương đối trẻ (41,6 năm), với nam giới chiếm đa số, đặc điểm nhân khẩu học này phù hợp với cơ cấu chấn thương do tai nạn giao thông tại Việt Nam theo báo cáo từ các nghiên cứu khác.

GCS khi nhập viện là yếu tố liên quan nổi bật nhất. Bệnh nhân có GCS 3-8 có nguy cơ kết quả sớm kém tăng gấp 16,89 lần so với nhóm GCS 9-15 sau hiệu chỉnh đa biến. Kết quả này nhất quán với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó GCS được xác nhận là chỉ số lâm sàng phản ánh trực tiếp mức độ tổn thương não nguyên phát, phù nề não và rối loạn tưới máu não [2, 6]. Điểm GCS thấp khi vào viện cũng tương quan với nhu cầu can thiệp hồi sức tích cực và nguy cơ biến chứng hậu phẫu cao hơn. Vì vậy, GCS nhập viện tiếp tục là biến số nền tảng trong mọi mô hình tiên lượng sớm máu tụ dưới màng cứng cấp tính.

Lệch đường giữa ≥ 10 mm là yếu tố hình ảnh học có giá trị tiên lượng độc lập, với OR hiệu chỉnh 6,09. Mức lệch này phản ánh hiệu ứng khối đáng kể, tăng áp lực nội sọ và nguy cơ tụt kẹt não qua lều tiểu não, đây là cơ chế gây tử vong và di chứng thần kinh nặng

nề nhất trong chấn thương sọ não [5, 7]. Theo hướng dẫn của các tài liệu trên thế giới, lệch đường giữa trên 5 mm đã là một trong các tiêu chí can thiệp phẫu thuật khẩn cấp; giá trị ngưỡng ≥ 10 mm trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ chèn ép nghiêm trọng hơn và tiên lượng xấu hơn [7].

Đồng tử bất thường liên quan có ý nghĩa với kết quả kém trong phân tích đơn biến (OR = 13,95), nhưng mất ý nghĩa thống kê khi kiểm soát đồng thời với GCS và lệch đường giữa. Điều này gợi ý rằng dấu hiệu đồng tử phản ánh chung mức độ chèn ép nội sọ nặng đã được đại diện bởi hai yếu tố còn lại trong mô hình, đồng thời khoảng tin cậy rộng (0,52-44,78) cho thấy ảnh hưởng của cỡ mẫu nhỏ cho phân nhóm đồng tử bất thường ($n = 17$).

Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật trên 4 giờ có xu hướng liên quan đến kết quả kém hơn nhưng chưa chứng minh được vai trò độc lập trong mô hình đa biến. Nghiên cứu kinh điển của Seelig và cộng sự đã chỉ ra rằng phẫu thuật trong 4 giờ đầu liên quan đến giảm đáng kể tỷ lệ tử vong [4]. Walcott và cộng sự cũng xác nhận mối liên quan giữa can thiệp sớm và cải thiện kết cục [5]. Trong bộ số liệu của chúng tôi, yếu tố này có thể bị nhiễu bởi mức độ nặng ban đầu, điều kiện chuyển tuyến và thời gian hồi sức trước mổ.

Hạn chế của nghiên cứu gồm thiết kế hồi cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu chưa lớn, chưa phân tích đầy đủ

các tổn thương phối hợp (đập não, xuất huyết dưới nhện) và chỉ đánh giá kết quả sớm tại thời điểm ra viện mà chưa theo dõi kết cục trung hạn và dài hạn. Cần các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi kết cục 3-6 tháng để khẳng định và mở rộng các phát hiện này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 90 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103, tỷ lệ kết quả sớm tốt là 38,9% và kết quả kém là 61,1%. GCS 3-8 khi vào viện (OR hiệu chỉnh = 16,89; KTC 95%: 4,40-64,74) và lệch đường giữa ≥ 10 mm trên CT (OR hiệu chỉnh = 6,09; KTC 95%: 1,67-22,16) là hai yếu tố liên quan tới kết quả sớm kém sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, et al. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *J Neurosurg*, 130(4):1080-1097. doi:10.3171/2017.10.JNS17352.
2. Beucier N, Pierson C, Burkhardt JK, et al. (2023). Prognostic factors of mortality and functional outcome for acute subdural hematoma: a review article. *Asian J Neurosurg*, 18(3):454-467.

doi:10.1055/s-0043-1772763.

3. Kim KH. (2009). Predictors for functional recovery and mortality of surgically treated traumatic acute subdural hematomas in 256 patients. *J Korean Neurosurg Soc*, 45(3):143-150. doi:10.3340/jkns.2009.45.3.143.
4. Seelig JM, Becker DP, Miller JD, et al. (1981). Traumatic acute subdural hematoma: major mortality reduction in comatose patients treated within four hours. *N Engl J Med*, 304(25):1511-1518. doi:10.1056/NEJM198106183042503.
5. Walcott BP, Khanna A, Kwon CS, et al. (2014). Time interval to surgery and outcomes following the surgical treatment of acute traumatic subdural hematoma. *J Clin Neurosci*, 21(12):2107-2111. doi:10.1016/j.jocn.2014.05.016.
6. Manan Z, Rehman SU, Khan AA, et al. (2022). Predictive factors of outcomes in acute subdural hematoma evacuation. *Cureus*, 14(11):e31635. doi:10.7759/cureus.31635.
7. Carney N, Totten AM, O'Reilly C, et al. (2017). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, fourth edition. *Neurosurgery*, 80(1):6-15. doi:10.1227/NEU.0000000000001432.

ĐẶC ĐIỂM CĂN NGUYÊN VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY, GIAI ĐOẠN 2019 – 2021

Đoàn Thị Thía¹, Phạm Đức Lượng¹, Hoàng Thị Hà¹, Nguyễn Thị Sâm¹, Ngô Thị Lợi¹, Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Mai Xuân Thiên¹, Vũ Hữu Thắng¹, Đoàn Mai Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và phân bố căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết theo một số yếu tố lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City giai đoạn 2019 - 2021.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên 336 bệnh nhân nội trú có kết quả cấy máu dương tính trong giai đoạn 01/2019 - 12/2021. Dữ liệu vi sinh lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Dữ liệu vi sinh được trích xuất từ hệ thống xét nghiệm. Mẫu máu được nuôi cấy bằng hệ thống cấy máu tự động BacT/ALERT® 3D 120 (bioMérieux, Pháp). Các chủng vi khuẩn được định danh bằng hệ thống MALDI Biotyper (Bruker, Đức) theo quy trình chuẩn của phòng xét nghiệm. Phân tích thống kê mô tả

được thực hiện bằng phần mềm SPSS 30.

Kết quả: Về đặc điểm căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế (68,7%) so với Gram dương (31,3%). *Escherichia coli* là căn nguyên thường gặp nhất (31,8%), tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* (15,8%) và *Staphylococcus aureus* (13,7%). Về phân bố căn nguyên theo các yếu tố lâm sàng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các khoa điều trị ($p < 0,05$), trong đó ICU ghi nhận số lượng chủng phân lập cao nhất. Theo ổ nhiễm khuẩn tiên phát, *Escherichia coli* chiếm ưu thế ở nhóm nhiễm khuẩn tiết niệu và ổ bụng. Trong nhóm 31 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, *Escherichia coli* là tác nhân gặp nhiều nhất (41,9%).

Kết luận: Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế trong nhiễm khuẩn huyết, trong đó *Escherichia coli* là căn nguyên chủ đạo. Phân bố căn nguyên có sự khác biệt theo khoa điều trị và ổ nhiễm khuẩn tiên phát; *Escherichia coli* chiếm tỉ lệ nổi bật trong nhiễm khuẩn tiết niệu, ổ bụng và ở nhóm sốc nhiễm khuẩn. Kết quả nhấn mạnh vai trò của vi khuẩn Gram âm trong điều trị kinh nghiệm tại bệnh viện.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, căn nguyên vi khuẩn, Gram âm, *Escherichia coli*.

¹Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Thía

Email: doanthia1994@gmail.com

Mã bài: N331

Ngày nhận bài: 30/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/3/2026

Ngày duyệt bài: 30/5/2026