

nhân nào bị viêm màng não mủ.

Bảng 5 cho kết quả tỷ lệ các biến chứng trong can thiệp Ngoại khoa: Tỷ lệ biến chứng cao nhất là loét, 11 bệnh nhân 64,7%; suy kiệt 9 bệnh nhân, 53,9%; viêm phổi 7 bệnh nhân, 41,2%; có 4 trường hợp bị biến chứng tắc mạch, 23,5%; viêm màng não mủ có 3 bệnh nhân, 17,6%.

Khi so sánh các tỷ lệ biến chứng giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa, với $P < 0,05$; biến chứng trong điều trị ngoại khoa cao hơn điều trị nội khoa. Tuy nhiên, các bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa thường có diễn biến bệnh và mức độ tổn thương nặng nề hơn nên kết quả và các biến chứng có thể bị ảnh hưởng. Bên cạnh đó, số lượng 2 nhóm bệnh nhân còn chưa tương đương, vì thế sẽ ảnh hưởng đến kết quả khi so sánh.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ định điều trị nội khoa, chiếm tỷ lệ 72,2%.

- Các trường hợp có chỉ định ngoại khoa chủ yếu là các bệnh nhân có không máu tụ lớn gây di lệch đường giữa nhiều và giãn não thất mức độ nặng.

- Kết quả điều trị của 2 nhóm điều trị nội khoa và ngoại khoa không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, trong khi tỷ lệ biến chứng của nhóm điều trị ngoại khoa có xu hướng nhiều hơn.

Như vậy, việc điều trị nội khoa vẫn là cơ bản chỉ nên mổ cho các trường hợp não thất giãn nhiều, máu tụ lớn làm di lệch đường giữa nhiều và cần chú ý các trường hợp này nguy cơ biến chứng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đăng (1990). Góp phần nghiên cứu lâm sàng chẩn đoán và xử trí xuất huyết nội sọ ở người trẻ dưới 50 tuổi, Luận án Phó tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hoàng Đức Kiệt (1998). Chẩn đoán X quang Cắt lớp vi tính sọ não, Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh, NXB Y học, tr 112-136.
3. Trần Việt Lực (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và hướng điều trị chảy máu não thất không chấn thương, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú bệnh viện, Chuyên ngành Thần kinh.
4. Khúc Thị Nhện (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố tiên lượng của chảy máu não thất.
5. Lê Văn Thịnh (2002). Chảy máu dưới nhện chẩn đoán và điều trị, Kỷ yếu công trình khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, tr 300- 310.

TỔN THƯƠNG DẠ DÀY THỰC QUẢN Ở BỆNH NHI GAN MẠN TÍNH CÓ TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Nguyễn Phạm Anh Hoa¹, Nguyễn Thuỳ Dung¹

TÓM TẮT

TALTMC ở trẻ em do nhiều nguyên nhân gây ra. Ở các trẻ mắc bệnh gan mạn tính, TALTMC là một yếu tố tiên lượng xấu. Nội soi đường tiêu hóa trên không chỉ được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán TALTMC mà còn giúp phân độ búi giãn tĩnh mạch dạ dày-thực quản và phát hiện các tổn thương khác, đánh giá nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân để có các biện pháp điều trị can thiệp và dự phòng. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca bệnh được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2019 -10/2020 trên 79 bệnh nhân có bệnh gan mạn tính dưới 18 tuổi, được chẩn đoán TALTMC dựa vào tiêu chuẩn giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi tiêu hóa nhằm đánh giá các tổn thương thường gặp trên nội soi dạ dày thực quản ở trẻ em bị bệnh gan mạn tính có TALTMC. Kết

quả nghiên cứu cho thấy 58,2% bệnh nhân gan mạn tính trong độ tuổi 1-5 có TALTMC. Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm lách to 98,7%, gan to 44,3%, giảm tiểu cầu 73,4%; thiếu máu 60,8%, giảm số lượng bạch cầu 15,2% và giảm bạch cầu đa nhân trung tính 12,7% và thay đổi chức năng gan. Mức độ giãn TMTQ trên nội soi tại thời điểm chẩn đoán chủ yếu ở độ I (26,5%) và độ II (46,8%), tỷ lệ búi giãn độ III (15,6%), độ IV (10,2%). Các tổn thương phổi hợp khác gồm viêm niêm mạc dạ dày (92,4%), giãn tĩnh mạch phình vi (26,6%), viêm loét hành tá tràng 10,1%. Cần phát hiện, chẩn đoán sớm TALTMC ở bệnh nhân có bệnh gan mạn nhằm giảm tỷ lệ biến chứng và nguy cơ tử vong. Từ khóa: Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, giãn tĩnh mạch thực quản, bệnh gan mạn tính

SUMMARY

PORTAL HYPERTENSIVE GASTROPATHY OF CHRONIC LIVER DISEASES IN CHILDREN

Portal hypertension (PH) in children is caused by many causes. In patients with chronic liver disease, PH is one of the poor prognostic factor. Upper gastrointestinal endoscopy is not only considered as the gold standard to diagnosis PH, classify grade

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: dranhhoa@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.6.2022

gastroesophageal varices, detect other lesions but also assess the risk of gastrointestinal bleeding, use interventional and prophylactic measures. This is a cross-sectional study on 79 chronic liver disease who were diagnosed PH by endoscopy. The study was conducted at the National Children's Hospital from July 2019 to October 2020. The results of the study showed 58.2% of chronic liver disease patients in the age 1-5 years had PH. Common clinical symptoms include splenomegaly 98.7%, hepatomegaly 44.3%, thrombocytopenia 73.4%; anemia 60.8%, decrease in white blood cell count 15.2% and neutropenia 12.7% and abnormal liver function tests. The esophageal varices on endoscopic examination at the time of diagnosis was mainly at grade I (26.5%) and grade II (46.8%), the rate of varices grade III (15.6%), grade IV (10,2%). Other combined lesions include gastric mucosal inflammation (92.4%), gastric varices (26.6%), duodenal ulcer 10.1%. It is necessary to detect and diagnose ASCVD early in patients with chronic liver disease in order to reduce the rate of complications and the risk of death. Key words: Portal hypertension, esophageal varices, chronic liver disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) là tình trạng tăng áp lực trong lòng mạch của hệ tĩnh mạch cửa. TALTMC hiếm gặp ở trẻ em và do nhiều nguyên nhân gây ra, sự xuất hiện tình trạng TALTMC là một trong những yếu tố tiên lượng xấu ở các bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính. Có nhiều các phương pháp tiếp cận chẩn đoán TALTMC với giá trị khác nhau, trong đó nội soi đường tiêu hóa trên được coi là xét nghiệm có tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán. Nội soi tiêu hóa còn có thể giúp phân độ búi giãn tĩnh mạch dạ dày-thực quản và các tổn thương khác ở dạ dày thực quản trên các bệnh nhân TALTMC, từ đó đánh giá nguy cơ xuất huyết tiêu hoá ở bệnh nhân để có các biện pháp điều trị can thiệp và dự phòng. Ở Việt Nam còn ít các nghiên cứu về đặc điểm các tổn thương dạ dày thực quản qua nội soi ở đường tiêu hoá trên ở trẻ em bị TALTMC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu.

1. Đánh giá các tổn thương thường gặp tại dạ dày thực quản ở trẻ em bị bệnh gan mạn tính có TALTMC

2. Nhận xét đặc điểm búi giãn tĩnh mạch thực quản ở trẻ em bị bệnh gan mạn tính có TALTMC

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca bệnh được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2019 đến tháng 10/2020. Chọn tất cả những bệnh nhân có bệnh gan mạn tính <18 tuổi, được chẩn đoán TALTMC dựa vào tiêu chuẩn giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi tiêu

hóa. Loại trừ khỏi nghiên cứu các bệnh nhân đã trải qua can thiệp điều trị nội khoa về TALTMC; Bệnh nhân đã phẫu thuật tạo shunt cửa – chủ; Bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng hoặc các bệnh lý bẩm sinh phức tạp; Cha mẹ hoặc người giám hộ của bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các tổn thương trên nội soi đường tiêu hoá trên tại thời điểm chẩn đoán TALTMC

Phân loại búi giãn TMTQ: Dựa vào kích thước và hình dạng, phân độ giãn tĩnh mạch thực quản. Độ I: TMTQ giãn nhưng biến mất khi bơm hơi; Độ II: TMTQ giãn, không biến mất khi bơm hơi nhưng không chiếm hết chu vi thực quản; Độ III: TMTQ giãn, chiếm hết chu vi thực quản; Độ IV: có vết rạn đỏ trên tĩnh mạch giãn, báo hiệu nguy cơ chảy máu.

Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý theo chương trình SPSS version 22.0. Đề tài nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội và hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

a. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 79 bệnh nhân bệnh gan mạn tính đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. TALTMC gặp ở hai giới nam và nữ với tỷ lệ lần lượt là 43% và 57% (1/1,3). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Bảng 1: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	n	%
<1 tuổi	13	16,5
1-5 tuổi	46	58,2
>5 tuổi	20	25,3
Tổng	79	100%
p	0,000	
Tuổi trung bình, trung vị (năm)	1 (1-5)	

Nhận xét: Tuổi trung vị chẩn đoán TALTMC là 1 tuổi, tứ phân vị 1-5 tuổi. 58,2% trẻ ở độ tuổi 1-5 tuổi có TALTMC, cao hơn nhóm dưới 1 tuổi và trên 5 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

b. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	n	%
Lách to	78	98,7
Gan to	35	44,3
Xuất huyết tiêu hóa	6	7,5
Dịch cổ trướng	6	7,5

Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm lách to (98,7%) và gan to (44,3%). Các xuất huyết tiêu hóa (7,5%) và dịch cổ trướng (7,5%) ít gặp hơn.

Bảng 3: Xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm	Trung bình
Số lượng bạch cầu (G/L)	6,9 (5,1 – 9,7)
Bạch cầu đa nhân trung tính (G/L)	2,5 (1,7 – 3,8)
Số lượng hồng cầu (T/L)	4,1 ± 0,7
Huyết sắc tố (g/L)	108 ± 19
Số lượng tiểu cầu (G/L)	127 ± 59

Bảng 4: Xét nghiệm chức năng gan

Xét nghiệm	Trung bình/ Trung vị
Bilirubin (mcmlol/L)	31,99 (16 – 72,1)
GGT (U/L)	177,5 (100 – 306,8)
ALT (U/L)	89,7 (47,1 – 119,6)
AST (U/L)	116,6 (64,2 – 187)
Albumin (g/L)	37,7 ± 5,5
INR	1,11 (1 – 1,3)

Bảng 5: Phân độ giãn TMTQ

Phân độ giãn TMTQ	n	%	Tuổi	p
Độ I	21	26,5	1 (1 – 5,5)	0,000
Độ II	37	46,8	1 (1 – 6)	
Độ III	13	16,5	1 (0,5 – 2)	
Độ IV	8	10,2	2 (1 – 6)	
Tổng	79	100	1 (1 – 6)	

73,5%, bệnh nhân TMTQ từ độ II tới độ IV, trong đó giãn TMTQ độ II chiếm tới 46,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,000.

Bảng 6. Các tổn thương khác trên nội soi tiêu hóa của nhóm nghiên cứu

Tổn thương	n	%
Viêm niêm mạc dạ dày	73	92,4
Viêm loét hành tá tràng	8	10,1
Giãn tĩnh mạch phình vị	21	26,6

Nhận xét: Các tổn thương khác được phát hiện trên nội soi tiêu hóa gồm viêm niêm mạc dạ dày, giãn tĩnh mạch phình vị và viêm loét hành tá tràng với tỷ lệ lần lượt là 92,4%, 26,6% và 10,1%.

c. Các nguyên nhân gây tắc áp lực tĩnh mạch cửa ở trẻ em

Bảng 7: Phân loại TALTMC theo nhóm nguyên nhân

Nguyên nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
Teo mật bẩm sinh	65	82,3
Bệnh Wilson	5	6,3
Hội chứng Caroli	1	1,3
PFIC	1	1,3
Xơ gan CRNN	7	8,8
Tổng	79	100%

Nguyên nhân TALTMC ở trẻ em gặp chủ yếu ở trong bệnh lý teo mật bẩm sinh với tỷ lệ 82,3%. Các bệnh lý gây TALTMC khác bao gồm

bệnh Wilson (6.4%), Hội chứng Caroli (1,3%), PFIC (1,3%) và xơ gan CRNN (8,8%).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung vị là 1 tuổi (1 – 5 tuổi) với tỷ lệ nam và nữ tương đương. TALTMC được chẩn đoán chủ yếu trong độ tuổi 1-5 tuổi với số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi này chiếm tỷ lệ 58,2%. Tuổi chẩn đoán ở nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu hồi cứu của Đoàn Thị Lan năm 2018 trên 86 trẻ với tuổi chẩn đoán trung bình là 6,6 ± 4,2 tuổi, nghiên cứu của Iran được tiến hành trên 45 trẻ có độ tuổi trung bình chẩn đoán TALTMC là 7,6 ± 4,7 tuổi. Sự khác biệt về độ tuổi chẩn đoán giữa các nghiên cứu có thể do thời điểm và phương pháp nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, bệnh nhân gan mạn tính trong nhóm nghiên cứu được dõi định kỳ nên được các triệu chứng gợi ý TALTMC được phát hiện sớm hơn các nghiên cứu hồi cứu của các tác giả khác.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ TALTMC gồm lách to (98,7%), gan to (44,3%), xuất huyết tiêu hóa và dịch cổ trướng ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 7,5% và 7,5%. Triệu chứng lách to chiếm tỷ lệ cao nhất, tương tự nhận xét của Hussain và cộng sự năm 2016 với 98% trẻ có triệu chứng lách to, đây là một trong những triệu chứng lâm sàng có giá trị định hướng ban đầu trong quy trình chẩn đoán xác định TALTMC. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa trong nghiên cứu của Hussain cao hơn kết quả của chúng tôi sự khác nhau về phương pháp nghiên cứu, các bệnh nhân gan mạn tính trong nghiên cứu tiến này, được theo dõi và chỉ định thường quy các xét nghiệm, thăm dò nhằm phát hiện sớm biến chứng TALTMC nên được phát hiện và chẩn đoán sớm hơn các bệnh nhân trong nghiên cứu của Hussain với 87% là trẻ trên 6 tuổi

Với tỷ lệ 73,4%, giảm tiểu cầu là một trong những triệu chứng thường gặp ở TALTMC, số lượng tiểu cầu trung bình 127 ± 59 G/L, tương tự kết quả nghiên cứu của Yunfu và cộng sự năm 2012 với 66% bệnh nhân giảm tiểu cầu.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu chiếm 60,8%, số lượng hồng cầu trung bình và nồng độ huyết sắc tố trung bình đều thấp (4,1 ± 0,7 T/L và 108 ± 19g/L). Các bệnh nhân có bệnh gan mạn tính có tình trạng thiếu máu do giảm chức năng tổng hợp các chất, giảm chức năng tạo hồng cầu do thiếu erythropoietin, do chảy máu tiêu hóa cấp tính hoặc mạn tính, thiếu

máu thiếu sắt do bệnh lý dạ dày thứ phát. Nghiên cứu của Mahajan (2018) trên 51 bệnh nhân TALTCM có tỷ lệ thiếu máu lên tới 86,3%, cao hơn kết quả của chúng tôi, có thể do có tới 74,5% bệnh nhân của Mahajan nhập viện trong tình trạng chảy máu tiêu hóa, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 7,5%. Chẩn đoán, phát hiện sớm TALTCM đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế xuất huyết tiêu hóa và giảm nguy cơ tử vong do biến chứng này.

Giảm bạch cầu và bạch cầu hạt cũng có thể ở bệnh nhân TALTCM. Tổn thương gan tiến triển gây hậu quả xơ gan, cường lách, giảm bạch cầu và giảm bạch cầu hạt ở bệnh nhân TALTCM. Tỷ lệ bệnh nhân giảm số lượng bạch cầu và bạch cầu hạt lần lượt trong nghiên cứu này là 15,2% và 12,7%. Tỷ lệ giảm bạch cầu của Sahin và cộng sự năm 2018 lên tới 33,9%, có thể do tuổi trung bình của nghiên cứu này cao hơn ($58,3 \pm 13,9$ tuổi). Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan như Bilirubin, INR, AST, ALT và GGT đều có giá trị bất thường, Albumin huyết thanh $37,7 \pm 5,5$ g/L, Bilirubin và AST trung bình lần lượt là: $75,1 \pm 112,7$ mcmmol/L và $136,7 \pm 90,9$ U/L do đây là nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân có bệnh gan mạn tính và có khá nhiều bệnh nhân teo mật bẩm sinh.

Mức độ giãn TMTQ trên nội soi ở các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu ở độ I và II với tỷ lệ lần lượt là 26,5% và 46,8%, tỷ lệ búi giãn độ III, IV được phát hiện qua lần nội soi chẩn đoán lần đầu tiên lần lượt là 15,6% và 10,2%, với độ tuổi chẩn đoán trung vị là 1 tuổi. Các bệnh nhân có giãn TMTQ độ III, IV có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao, đe dọa tính mạng. Độ tuổi chẩn đoán càng thấp đồng nghĩa với khả năng can thiệp điều trị nội soi và ngoại khoa càng khó khăn.

Xuất huyết tiêu hóa do TALTCM dù bất kể nguyên nhân nào cũng thường rất nặng nề và có nguy cơ tử vong cao. Nếu có những phương pháp chẩn đoán sớm hoặc các thang điểm dự đoán TALTCM sẽ giúp các bác sĩ định hướng chẩn đoán và can thiệp kịp thời các biến chứng của TALTCM, hạn chế biến chứng xuất huyết tiêu hóa và nguy cơ tử vong do vỡ giãn TMTQ. Ngoài giãn TMTQ, các bệnh nhân TALTCM còn có nhiều tổn thương phối hợp khác được phát hiện qua nội soi tiêu hóa, tỷ lệ viêm niêm mạc dạ dày tới 92,4%, viêm loét hành tá tràng 10,1%. Các tổn thương dạ dày trong TALTCM gây ra bởi tình trạng tăng áp lực hệ tĩnh mạch cửa, ảnh hưởng tới lưu lượng tưới máu niêm mạc dạ dày. Đây là các tổn thương có thể gây chảy máu tiêu hóa

mức độ nhẹ tới trung bình, cấp tính hoặc mạn tính, tuy là biến chứng không nặng như chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản song sự phối hợp của nhiều loại tổn thương có thể làm tăng nặng tình trạng bệnh của trẻ TALTCM đặc biệt trong các đợt xuất huyết tiêu hóa.

Giãn tĩnh mạch phình vị là một trong những tổn thương khó can thiệp bằng nội soi tiêu hóa và có nguy cơ chảy máu cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giãn tĩnh mạch phình vị gặp ở 21 trong tổng số 79 bệnh nhân nhóm TALTCM (26,6%). Nghiên cứu của Lee và cộng sự năm 2008 tiến hành trên 604 bệnh nhân có tỷ lệ chảy máu từ giãn tĩnh mạch phình vị lần lượt là 4,8%; 19,9% và 23,2% tại các thời điểm 1 năm, 3 năm và 5 năm sau khi được nội soi chẩn đoán. Tỷ lệ tử vong trong vòng 6 tuần kể từ khi thắt giãn TM phình vị theo nghiên cứu của Teng và cộng sự năm 2014 là 16,7%. Chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch phình vị thường ít xảy ra hơn nhưng mức độ chảy máu thường nặng hơn giãn TMTQ và khó kiểm soát. Cơ chế xuất huyết thường liên quan đến kích thích mạch máu và sức căng thành mạch hơn là mức độ tăng của áp lực TMC. Đây là tổn thương khó kiểm soát và có thể gây nguy cơ tử vong cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về các tổn thương thường gặp ở 79 bệnh nhân có bệnh gan mạn tính gây TALTCM cho thấy có tới 58,2% các bệnh nhân trong nhóm từ 1-5 tuổi đã có TALTCM, với các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất gồm lách to (98,7%), gan to (44,3%), giảm tiểu cầu 73,4; thiếu máu chiếm 60,8%, giảm số lượng bạch (15,2% và 12,7%) và thay đổi chức năng gan

Mức độ giãn TMTQ trên nội soi ở các bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán chủ yếu ở độ I (26,5%) và độ II (46,8%), tỷ lệ búi giãn độ III (15,6%), độ IV (10,2%) Ngoài giãn TMTQ, các bệnh nhân TALTCM còn có nhiều tổn thương phối hợp khác như viêm niêm mạc dạ dày (92,4%), giãn tĩnh mạch phình vị (26,6%), viêm loét hành tá tràng 10,1%, sự phối hợp của nhiều loại tổn thương gây tăng nặng tình trạng bệnh của trẻ TALTCM và nguy cơ tử vong

Cần lưu ý theo dõi sát các bệnh nhân có bệnh gan mạn tính để phát hiện và chẩn đoán sớm các trường hợp có TALTCM, giảm tỷ lệ biến chứng và nguy cơ tử vong

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grammatikopoulos T, McKiernan PJ, Dhawan A.** Portal hypertension and its management in children. Archives of Disease in Childhood.

- 2018;103(2):186-191.
- Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J.** Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases: Garcia-Tsao et al. *Hepatology*. 2017;65(1):310-335.
 - Đoàn Thị Lan.** Nghiên cứu căn nguyên và giá trị của một số chỉ số trong chẩn đoán và tiên lượng tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2018.
 - Imanieh MH, Dehghani SM, Khoshkhui M, Malekpour A.** Etiology of Portal Hypertension in Children: A Single Center's Experiences. *Middle East J Dig Dis*. 2012;4(4):206-210.
 - Kleinman R, Sanderson I, Goulet O.** Walker's Pediatric Gastrointestinal Disease. Vol Gastrointestinal Endoscopy. PMPH-USA; 2008; 1259-1348
 - Hussain F, Karim AB, Matin A, Sultana K, Anwar SA.** Portal Hypertension: 2 years Experience in Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, at a Tertiary Care Hospital, Bangladesh. *Journal of Shaheed Suhrawardy Medical College*. 2016;8(1):26-29.
 - Simbrunner B, Beer A, Wöran K, et al.** Portal hypertensive gastropathy is associated with iron deficiency anemia. *Wien Klin Wochenschr*. 2020;132(1):1-11.
 - Mahajan A, Ghildiyal RG, Karnik P.** Clinicopathological Correlation of Portal Hypertension in Children and Management Strategies. *Int J of Biomed & Adv Res*. 2018;9(2):70-75.
 - Lee CH, Lee JH, Choi YS, et al.** [Natural history of gastric varices and risk factors for bleeding]. *Korean J Hepatol*. 2008;14(3):331-341.
 - Sahin A, Artas H, Tunc N, Yalniz M, Bahcecioglu IH.** Hematological Indices in Portal Hypertension: Cirrhosis versus Noncirrhotic Portal Hypertension. *J Clin Med*. 2018;7(8).

TỶ LỆ NHIỄM VÀ SỰ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN ACINETOBACTER BAUMANNII PHÂN LẬP TỪ BỆNH PHẨM ĐƯỜNG HÔ HẤP BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

Trần Đỗ Hùng¹, Trần Linh Sơn², Ngô Thị Dung¹,
Nguyễn Hồng Hà¹, Nguyễn Hữu Chương¹, Phan Thanh Hải¹,
Lê Thị Bé Ngoan³, Phạm Thị Ngọc Nga^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Acinetobacter baumannii hiện nay đang được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) xếp vào nhóm vi khuẩn ưu tiên số 1 trong kiểm soát và điều trị. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ nhiễm và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn Acinetobacter baumannii được phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp của bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 318 mẫu bệnh phẩm đường hô hấp của bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2021. **Kết quả:** có 100/318 mẫu vi khuẩn Acinetobacter baumannii được phân lập, chiếm tỷ lệ là 31,4%. Đa số vi khuẩn Acinetobacter baumannii đề kháng cao với 13 loại kháng sinh thực nghiệm với tỷ lệ từ 75% với kháng sinh Tobramycin đến 100% với kháng sinh Cefazolin. Acinetobacter baumannii chỉ còn nhạy với một vài kháng sinh: colistin với tỷ lệ 91/100 (91%),

trimethoprim/sulfamethoxazole với tỷ lệ (50%) hay tobramycin 22/100 (22%) và một tỷ lệ rất ít từ 0-11% Acinetobacter baumannii kháng ở mức trung gian. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn Acinetobacter baumannii khá cao (31,4%). Vi khuẩn Acinetobacter baumannii cũng được xác định kháng cao (trên 75%) với 13/15 loại kháng sinh thực nghiệm.

Từ khoá: Acinetobacter baumannii, đề kháng kháng sinh, vi khuẩn.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF INFECTION AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF ACINETOBACTER BAUMANNII ISOLATED FROM RESPIRATORY TRACT SPECIMENS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL 2021

Background: Acinetobacter baumannii is currently being considered by the World Health Organization (WHO) as the first bacteria of interest in hospital control and treatment. **Objectives:** to determine the prevalence of infection and antibiotic resistance of Acinetobacter baumannii bacteria isolated from respiratory tract specimens at Can Tho City General Hospital, 2021. **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study analyzed over 318 samples from respiratory specimens of patient who was diagnosed with pneumonia at Can Tho City General Hospital in 2021. **Results:** 100/318 samples of Acinetobacter baumannii were isolated, accounting for 31.4%. Most of the bacteria

¹Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại Học Cửu Long

³Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.6.2022