

hiện từ các tài liệu nhi khoa rằng nhựa composite là chất phục hồi thẩm mỹ được chấp nhận nhất ở trẻ nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy rằng cha mẹ quan tâm đến các tổn thương sâu răng ban đầu hơn so với trẻ em. Bố mẹ và trẻ em đều thấy rằng hình ảnh của chụp zirconia là cách phục hình dễ chấp nhận nhất cho những răng trước bị phá hủy nặng. Phục hình bằng xi măng nha khoa GIC thường được các bác sĩ Răng Hàm Mặt khuyên dùng do đặc tính giải phóng florua, chống sâu răng tái phát, dễ thao tác trong môi trường miệng của trẻ. Mặc dù vậy nhựa composite rõ ràng là vật liệu trám răng ưa thích nhất của các bậc cha mẹ và con cái.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin bày tỏ lời cảm ơn tới các khách hàng đã tham gia vào nghiên cứu và các nhân viên y tế, lãnh đạo tại một số bệnh viện công lập ở Hà Nội đã tạo điều kiện và hỗ trợ để thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dye B.A., Tan S., Smith V. và cộng sự.** (2007). Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital Health Stat 11*, (248), 1-92.
2. **Salami A., Walia T., và Bashiri R.** (2015). Comparison of Parental Satisfaction with Three Tooth-Colored Full-Coronal Restorations in Primary Maxillary Incisors. *J Clin Pediatr Dent*, 39(5), 423-428.
3. **Pani S.C., Saffan A.A., AlHobail S. và cộng sự.** (2016). Esthetic Concerns and Acceptability of Treatment Modalities in Primary Teeth: A Comparison between Children and Their Parents. *Int J Dent*, 2016, 3163904.
4. **Tạ Thị Tươi** (2019), Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân đối với một số dịch vụ chăm sóc răng miệng tại Trung tâm Kỹ thuật cao Răng Hàm Mặt, Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt năm 2018-2019 và một số yếu tố liên quan.
5. **Olatosi O.O., Onyejaka N.K., Oyapero A. và cộng sự.** (2019). Age and reasons for first dental visit among children in Lagos, Nigeria. *Niger Postgrad Med J*, 26(3), 158-163.
6. **Murshid E.Z.** (2016). Children's ages and reasons for receiving their first dental visit in a Saudi community. *Saudi Dent J*, 28(3), 142-147.
7. **Lê Tiên Tùng** (2017), Đánh giá sự hài lòng của khách hàng tại Trung tâm y khoa số 1 Tôn Thất Tùng, Bệnh Viện Đại học Y Hà Nội năm 2016.

SO SÁNH KẾT QUẢ KHUYẾN CÁO KHÁNG SINH HỢP LÍ THEO CÔNG CỤ DỰ ĐOÁN NEOS CỦA KAISER VỚI HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CDC 2010 Ở TRẺ SƠ SINH ≥ 34 TUẦN TUỔI THAI NGHI NHIỄM KHUẨN HUYẾT SỚM ĐƯỢC SANH RA TỪ BÀ MẸ VIÊM MÀNG ỒI LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Hoàng Oanh¹, Nguyễn Thu Tịnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm màng ối là tiêu chí được sử dụng để chỉ định kháng sinh cho trẻ ngay sau sanh bất kể có triệu chứng lâm sàng hay không. Tuy nhiên, chẩn đoán viêm màng ối mô học khó đạt được. Tiêu chuẩn "viêm màng ối lâm sàng" mang tính chủ quan, dẫn đến nhiều trẻ khoẻ mạnh bị chỉ định kháng sinh không cần thiết. **Mục tiêu:** So sánh tỷ lệ khuyến cáo kháng sinh hợp lý theo hướng dẫn CDC 2010 với công cụ dự đoán NEOS của Kaiser ở trẻ sơ sinh ≥ 34 tuần tuổi thai nghi nhiễm khuẩn huyết sớm được sanh ra từ bà mẹ viêm màng ối lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Theo dõi tiến cứu. Trẻ sơ sinh ≥ 34 tuần tuổi thai được sanh từ những bà mẹ với chẩn đoán viêm màng ối lâm sàng tại khoa sản bệnh viện Nguyễn

Đình Chiểu từ 1/11/2021 đến 30/4/2022. Quan sát và ghi nhận đặc điểm bà mẹ, lâm sàng của trẻ, ghi nhận khuyến cáo kháng sinh, không kháng sinh dựa vào công cụ dự đoán NEOS của Kaiser và hướng dẫn CDC 2010. **Kết quả:** 39 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, tất cả đều cấy máu âm tính. Hướng dẫn của CDC 2010 khuyến cáo kháng sinh cho 39/39 (100%) trẻ, trong khi công cụ dự đoán NEOS của Kaiser khuyến cáo kháng sinh cho 14/39 (35,9%). Trong đó, chỉ có 5/39 (12,8%) được chẩn đoán là "có khả năng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm" và đều được cả hai khuyến cáo kháng sinh ngay sau sanh. **Kết luận:** Trên những trẻ được sanh ra từ bà mẹ có chẩn đoán viêm màng ối lâm sàng, sử dụng công cụ dự đoán NEOS của Kaiser giúp giảm 64,1% trẻ được chỉ định sử dụng kháng sinh không cần thiết so với hướng dẫn của CDC 2010. Công cụ vẫn có thể được áp dụng một cách an toàn trên những đối tượng này vì theo kết quả nghiên cứu không có trẻ nào bị "bỏ sót".

Từ khoá: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm, công cụ dự đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm, hướng dẫn của CDC 2010, viêm màng ối.

Viết tắt: AAP: American Academy of Pediatrics, BSI: BloodStream Infection, CDC: Centers for Disease

¹Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022

Control and Prevention, CRP: C-Reactive Protein, GBS: Group B Streptococcus, NEOS: Neonatal Early Onset Sepsis, NKHSS: nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm.

SUMMARY

THE COMPARISON OF RESULTS REASONABLE ANTIBIOTIC RECOMMENDATIONS BY THE NEONATAL EARLY ONSET RISK SEPSIS CALCULATOR OF KAISER VERSUS THE 2010 CDC GUIDELINES AT NEWBORNS ≥ 34 WEEKS OF GESTATION AGE BORN TO MOTHERS WITH CLINICAL CHORIOAMNIONITIS

Background: Chorioamnionitis is the criterion used to indicate antibiotics for infants after birth regardless of clinical symptoms or not. However, it is difficult to reach a histological diagnosis of chorioamnionitis. The criteria for "clinical chorioamnionitis" are subjective, resulting in many healthy children being exposed to unnecessary antibiotics. **Objective:** To compare the proportion of reasonable antibiotic recommendations under the 2010 CDC guidelines versus a protocol based on a neonatal early-onset sepsis (NEOS) calculator developed by Kaiser Permanente in neonates at ≥ 34 weeks of gestation born to mothers with clinical chorioamnionitis. **Methods:** Prospective follow-up study, newborns ≥ 34 weeks were born to mothers with clinical chorioamnionitis at the Department of Obstetrics and Gynecology of Nguyen Dinh Chieu Hospital from November 1, 2021 to April 30, 2022. Observe and record clinical features of mother and child. Then, record antibiotic and antibiotic-free treatment recommendations under the 2010 CDC guidelines versus a protocol based on a neonatal early-onset sepsis (EOS) calculator developed by Kaiser Permanente. **Results:** 39 infants met the study criteria. All blood cultures were negative. The 2010 CDC guidelines recommend antibiotics for 39/39 (100%), while the early-onset sepsis (EOS) risk calculator of Kaiser recommends antibiotics for 14/39 (35.9%). In which, 5/39 (12.8%) were diagnosed with "early neonatal sepsis" and were recommended antibiotics immediately after birth by both. **Conclusion:** In newborns born to mothers with clinical chorioamnionitis, the use of Kaiser's NEOS predictor resulted in a 64.1% reduction in the number of newborns receiving unnecessary antibiotics compared with the 2010 CDC guidelines. This calculator can be safely used in these cases. According to the study results, no newborn was "missed" by the calculator.

Keywords: early onset sepsis, Early Onset Sepsis Calculator, The 2010 CDC guidelines, chorioamnionitis.

Abbreviation: AAP: American Academy of Pediatrics, BSI: BloodStream Infection, CDC: Centers for Disease Control and Prevention, CRP: C-Reactive Protein, GBS: Group B Streptococcus, NEOS: Neonatal Early Onset Sepsis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng ối lâm sàng là một trong các yếu tố nguy cơ đáng kể đối với nhiễm khuẩn huyết

sớm ở trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây báo cáo nguy cơ mắc nhiễm khuẩn huyết sớm ở trẻ sơ sinh có mẹ viêm màng ối lâm sàng là thấp. Hướng dẫn của CDC 2010 sử dụng trẻ có mẹ viêm màng ối lâm sàng làm một tiêu chí chỉ định kháng sinh ngay sau sinh cho trẻ bất kể tình trạng lâm sàng của trẻ [8], dẫn đến một lượng lớn trẻ bị phơi nhiễm kháng sinh không cần thiết. Công cụ sử dụng các yếu tố nguy cơ của mẹ, phân tích hồi qui tìm mối liên quan của từng yếu tố nguy cơ với nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm và đưa vào mô hình hồi qui để tính ra chỉ số nguy cơ mắc bệnh trên 1.000 trẻ sanh sống (gọi là giá trị tiền nghiệm) [4], sau đó kết hợp với chỉ số khả dĩ của từng nhóm lâm sàng của trẻ (khỏe, nghi ngờ và bệnh) để tính được chỉ số tiên đoán nguy cơ nhiễm khuẩn huyết của từng trẻ tương ứng (gọi là giá trị hậu nghiệm). Từ chỉ số nguy cơ đó, công cụ sẽ đưa ra khuyến cáo kháng sinh, xét nghiệm hay chỉ cần theo dõi trẻ [2]. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu nhằm so sánh tỷ lệ khuyến cáo kháng sinh hợp lý của công cụ dự đoán NEOS của Kaiser so với hướng dẫn CDC 2010 ở trẻ ≥ 34 tuần tuổi thai nghi nhiễm khuẩn huyết sớm được sanh ra từ bà mẹ viêm màng ối lâm sàng. **Giá thuyết nghiên cứu:** Trên đối tượng trẻ được sanh từ bà mẹ viêm màng ối lâm sàng, việc sử dụng công cụ hiệu quả hơn trong giảm tỷ lệ sử dụng kháng sinh và an toàn không kém so với hướng dẫn CDC 2010 tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, Bến Tre.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập trẻ từ khoa sản và đơn nguyên sơ sinh cấp II tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu. Chúng tôi chọn những trẻ sơ sinh sanh ra sống ≥ 34 tuần tuổi thai của các bà mẹ đến từ các xã, huyện và thành phố của toàn tỉnh Bến Tre, trong khoảng thời gian từ 1/11/2021 đến 30/4/2022 với chẩn đoán bà mẹ viêm màng ối lâm sàng tại thời điểm chuyển dạ.

2.1. Tiêu chí loại trừ. Trẻ sanh ra từ bà mẹ sanh chưa qua chuyển dạ, mẹ dùng thuốc có thể ảnh hưởng đến trẻ (nhóm thuốc gây nghiện), sanh mổ gây mê nội khí quản. Và đứa trẻ sanh ra bị tật bẩm sinh, chuyển viện trong thời gian đang nghiên cứu, tử vong trong thời gian nghiên cứu, người đại diện pháp lý không đồng ý.

2.2. Thu thập số liệu. Chúng tôi sử dụng bảng công cụ nghiên cứu gồm 5 đặc tính từ bà mẹ: tuổi thai, thân nhiệt cao nhất của mẹ trong sanh, thời gian vỡ ối, tình trạng nhiễm GBS lúc sanh, loại và thời gian sử dụng kháng trước sanh

của mẹ.

Tuổi thai tính theo tuần cộng số ngày chia cho 7, nhiệt độ cao nhất (nếu có) hoặc chọn nhiệt độ lúc nhập viện (nếu không theo dõi thân nhiệt), thời gian vỡ ối tính bằng giờ, tình trạng GBS ghi nhận là "dương tính" hoặc "âm tính" dựa vào kết quả cấy âm đạo và hoặc hậu môn và hoặc nước tiểu thời điểm 35 – 37 tuần tuổi thai có kết quả dương tính hoặc âm tính. Ghi nhận "không rõ" nếu thai phụ không được xét nghiệm hoặc kết quả xét nghiệm chưa có tại thời điểm sanh. Kháng sinh được cho là đặc hiệu GBS gồm penicillin, ampicillin, clindamycin, erythromycin, cefazolin, vancomycin. Kháng sinh phổ rộng gồm: các kháng sinh nhóm cephalosporins khác, fluoroquinolone, kháng sinh nhóm β -lactam hoặc một kháng sinh bất kỳ kết hợp aminoglycosid. Tỷ lệ hiện mắc nhiễm khuẩn huyết sớm là tỷ lệ được chúng tôi thống kê tại đơn vị trong năm 2021 trên những trẻ có tuổi thai ≥ 34 tuần, có 130 trẻ sanh sống với chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm/7.927 trẻ sanh ra sống trong một năm. Tương đương tỷ lệ hiện mắc nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm ở tuổi thai ≥ 34 tuần của chúng tôi là 16/1.000 trẻ sanh sống.

Tiêu chí viêm màng ối lâm sàng gồm: mẹ sốt lúc chuyển dạ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ và ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau: bạch cầu máu mẹ $\geq 15.000/\text{mm}^3$, nhịp tim mẹ ≥ 100 lần/phút, nhịp tim thai ≥ 160 lần/phút kéo dài > 1 giờ, tiểu đau và hoặc dịch ối hôi [3].

Lâm sàng chúng tôi ghi nhận trên trẻ và xếp vào nhóm theo công cụ dự đoán NEOS của Kaiser hoặc theo hướng dẫn CDC 2010. Theo công cụ thì trẻ không có bất kỳ triệu chứng nào sau sanh đến 12 giờ phân thành nhóm "khỏe". Nhóm "bệnh" khi trẻ có: Apgar 5 phút < 5 , bệnh não sơ sinh, co giật hoặc sử dụng thuốc vận mạch hoặc thở áp lực dương liên tục qua mũi, thở oxy lưu lượng cao qua mũi, thở máy liên tục hoặc cần cung cấp oxy để duy trì $\text{SpO}_2 > 90\%$ trong ≥ 2 giờ. Trẻ được cho là "nghi ngờ" khi

trẻ có một triệu chứng bất thường kéo dài ≥ 4 giờ hoặc \geq hai triệu chứng bất thường kéo dài ≥ 2 giờ, như nhịp tim nhanh $\geq 160/\text{phút}$, thở nhanh $\geq 60/\text{phút}$, nhiệt độ không ổn định ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36,4^{\circ}\text{C}$) hoặc suy hô hấp (thở rên, phập phồng cánh mũi hoặc thở co lõm ngực) không cần cung cấp oxy [2]. Theo tiêu chuẩn BSI các triệu chứng được cho là liên quan nhiễm khuẩn gồm: nhiệt độ không ổn định ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$), nhịp tim nhanh $\geq 180/\text{l/p}$ hoặc nhịp tim chậm $\leq 100/\text{l/p}$, nhịp thở $> 60/\text{l/p}$ kèm thở rên hoặc co lõm ngực hoặc giảm oxy hóa máu (tím trung ương hoặc giảm độ bão hòa oxy máu), lừ đừ hoặc thay đổi trạng thái thần kinh, không dung nạp đường (khi glucose máu $> 10\text{mmol/L}$), không dung nạp sữa (khi dịch dạ dày trước ăn còn $> 50\%$ lượng sữa của cử ăn trước kèm nôn, chướng bụng, huyết áp $< 2\text{SD}$ so với bình thường theo tuổi (huyết tâm thu $\leq 50\text{mmHg}$ ở trẻ 1 ngày tuổi), thời gian đổ đầy mao mạch > 3 giây [5].

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sớm chúng tôi dựa vào cấy máu hoặc tiêu chuẩn của BSI với 3 nhóm: "nhiễm khuẩn huyết" khi cấy máu dương tính, "có khả năng nhiễm khuẩn huyết" khi trẻ có cấy máu âm tính và có ≥ 3 triệu chứng lâm sàng theo BSI hoặc ≥ 2 triệu chứng lâm sàng kết hợp CRP $> 10\text{mg/l}$, "không nhiễm khuẩn huyết" khi cấy máu âm tính và trẻ khỏe [5].

Dựa trên những dữ liệu thu thập được, chúng tôi ghi nhận hướng dẫn xử trí theo CDC 2010 và phân trẻ thành 2 nhóm: kháng sinh, không kháng sinh. Dựa theo khuyến cáo công cụ dự đoán NEOS của Kaiser bằng cách truy cập vào trang <http://neonatalepisicalculator.kaiserpermanente.org/> và dựa vào khuyến cáo của công cụ cũng phân trẻ thành 2 nhóm tương tự. Chúng tôi tiến hành so sánh tỷ lệ khuyến cáo kháng sinh giữa hai nhóm ở 2 thời điểm sau sanh đến 12 giờ tuổi và thời điểm sau cùng 120 giờ ± 8 .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 1/11/2021 đến 30/4/2022, tại khoa sản và khoa nhi của bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, chúng tôi đã thu thập được 39 trẻ thỏa tiêu chuẩn vào lô nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu. N=39, số liệu được trình bày dưới dạng n (%)

Đặc điểm		Có khả năng NKHSS	Không NKHSS	n (%)
Đặc tính của mẹ				
Tuổi thai (tuần)	34 - <37	3 (7,7)	2 (5,1)	5 (12,8)
	≥ 37	2 (5,1)	32 (82,1)	34 (87,2)
Tình trạng GBS	Dương tính	0	0	0
	Âm tính	0	0	0

	Không rõ	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100)
Có chỉ định kháng sinh dự phòng trong sanh	Có	4 (10,3)	6 (15,4)	10 (25,6)
	Không	1 (2,6)	28 (71,7)	29 (74,4)
Loại và thời gian sử dụng kháng sinh trong sanh	Kháng sinh điều trị GBS <4 giờ	3 (7,7)	25 (64,1)	28 (71,8)
	Kháng sinh GBS ≥4 giờ	2 (5,1)	9 (23,1)	11 (28,2)
Thời gian ối vỡ (giờ)	≥18 giờ	3 (7,7)	1 (2,6)	4 (10,3)
	<18 giờ	2 (5,1)	33 (84,6)	35 (89,7)
Đặc tính ở trẻ				
Nhóm lâm sàng	Khoẻ	0	27 (69,2)	27 (69,2)
	Nghi ngờ	0	0	0
	Bệnh	5 (12,8%)	7 (18,0)	12 (30,8)
Triệu chứng lâm sàng	Suy hô hấp cần hỗ trợ oxy	5 (12,8%)	7 (18,0)	12 (30,8)
	Không dung nạp sữa	5 (12,8%)	6 (15,4)	11 (28,2)
	Thay đổi trạng thái thần kinh	4 (10,3%)	1 (2,6)	5 (12,8)

Chúng tôi phân tuổi thai thành 2 nhóm: non tháng (34-<37 tuần), đủ tháng (≥37 tuần), trong đó đa số là trẻ đủ tháng với 34/39 trẻ. Chỉ có 5 trẻ non tháng, nhưng 3 trong 5 trẻ đó "có khả năng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm", còn lại 2/32 trẻ đủ tháng "có khả năng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm". Từ đó, ta thấy được tuổi thai non tháng cũng góp phần vào gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết ở trẻ.

Trong 39 đối tượng nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận kết quả âm tính, dương tính với GBS, do tại thời điểm nhập viện các bà mẹ không cung cấp được kết quả đã xét nghiệm sàng lọc GBS âm tính hoặc dương tính trong vòng 5 tuần trước đó. Hơn nữa, xét nghiệm GBS được thực hiện sau nhập viện thì kết quả không có liên ngay thời điểm đánh giá, cho nên chúng tôi ghi nhận là "không rõ".

Đối với kháng sinh dự phòng trong sanh, chúng tôi phân thành 2 nhóm theo hướng dẫn của CDC, chúng tôi ghi nhận được những bà mẹ sử dụng kháng sinh không đủ thời gian là những

bà mẹ chuyển dạ và sanh nhanh. Tương tự thì đó là những đối tượng vỡ ối <18 giờ. Số bà mẹ được sử dụng kháng sinh ≥4 giờ thường là những bà mẹ có thời gian vỡ ối kéo dài.

Xét về lâm sàng của trẻ, chúng tôi ghi nhận không có trẻ thuộc phân nhóm "nghi ngờ", triệu chứng gặp nhiều nhất là triệu chứng hô hấp cần hỗ trợ oxy tương đương phân nhóm "bệnh" của công cụ Kaiser. Triệu chứng cũng gặp thường xuyên kế tiếp là không dung nạp sữa, đây là điểm khác nhau cơ bản giữa định nghĩa lâm sàng của công cụ Kaiser và tiêu chuẩn BSI (được hướng dẫn CDC 2010 sử dụng). Đây là những trẻ "khoẻ" theo Kaiser, nhưng lại là trẻ "có triệu chứng lâm sàng" theo hướng dẫn CDC 2010. Và CDC khuyến cáo kháng sinh cho trẻ này bất chấp nguy cơ của mẹ, ngược lại công cụ Kaiser khuyến cáo kháng sinh hay không tùy thuộc vào nguy cơ của bà mẹ là chính. Đây là một trong những lí do dẫn đến sự khác biệt trong khuyến cáo kháng sinh của công cụ Kaiser so hướng dẫn của CDC 2010.

Bảng 2: So sánh tỷ lệ khuyến cáo kháng sinh hợp lí của công cụ dự đoán NEOS của Kaiser so với hướng dẫn CDC 2010

Hướng dẫn		Có khả năng NKHSSS	Không NKHSSS	Tổng n (%)
Hướng dẫn CDC 2010	kháng sinh	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100)
	Không kháng sinh	0	0	0
Công cụ dự đoán NEOS của Kaiser	kháng sinh	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100)
	Không kháng sinh	0	25 (100)	25 (100)

Theo hướng dẫn CDC 2010, đứa trẻ sanh ra từ bà mẹ viêm màng ối là được chỉ định sử dụng kháng sinh ngay sau sanh bất chấp tình trạng lâm sàng của trẻ. Nên 39/39 trẻ (100%) được khuyến cáo kháng sinh theo CDC 2010. Ngược lại, với 14/39 trẻ được công cụ dự đoán NEOS của Kaiser khuyến cáo kháng sinh, trong đó 12

trẻ có triệu chứng hô hấp cần hỗ trợ oxy và hai trẻ còn lại thuộc phân nhóm "khoẻ" nhưng mẹ sốt 39°C kèm theo kháng sinh dự phòng trong sanh của bà mẹ không có hoặc < 2 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, hướng dẫn về xử trí nhiễm khuẩn

huyết sơ sinh sớm gần đây nhất là bản hướng dẫn của AAP 2019 [7], đây là bản nối tiếp dựa trên nền tảng của hướng dẫn CDC 2010. Đối với hướng dẫn CDC 2010 chỉ khuyến cáo điều trị ban đầu, chưa nêu ra được bước tiếp theo sau đó sẽ làm gì. Chính vì vậy, với AAP 2019 sẽ giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra những quyết định tiếp theo dựa trên diễn biến lâm sàng và kết quả xét nghiệm để khuyến cáo tiếp tục hay ngưng kháng sinh. Tại đơn vị chúng tôi áp dụng song song hai hướng dẫn CDC 2010, AAP 2019 và điều chỉnh cho phù hợp với thực hành lâm sàng ở đơn nguyên sơ sinh của chúng tôi. Với việc thực hành này, chúng tôi thường xuyên phải chỉ định kháng sinh không cần thiết cho một nhóm trẻ khỏe mạnh chỉ vì lí do được sanh ra từ một bà mẹ không chắc chắn viêm màng ối hay còn gọi là viêm màng ối lâm sàng. Được biết công cụ dự đoán NEOS của Kaiser cũng là một công cụ hướng dẫn tiếp cận xử trí ban đầu tương tự như vậy, nhưng với những dữ liệu được công cụ sử dụng mang tính khách quan và được phân tầng theo từng mức độ nguy cơ, kết hợp chặt chẽ lâm sàng và nguy cơ đưa ra khuyến cáo cho từng cá thể. Chính vì vậy, sự so sánh khuyến cáo điều trị của công cụ Kaiser so với hướng dẫn CDC 2010 được cho là phù hợp.

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được, hướng dẫn của CDC 2010 khuyến cáo 39/99 trẻ (100%) sử dụng kháng sinh ngay sau sanh, trong khi đó theo công cụ dự đoán NEOS của Kaiser chỉ khuyến cáo kháng sinh cho 14/39 (35,9%) trẻ. Tuy nhiên, chỉ có 5 trong số 39 trẻ thoả tiêu chuẩn chẩn đoán "có khả năng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm" và được tiếp tục sử dụng kháng sinh. 34 trẻ được theo dõi hết triệu chứng trong 24 giờ sau hoặc những trẻ khỏe không xuất hiện triệu chứng lâm sàng đều được ngưng kháng sinh lúc 48 giờ sau khi có 2 lần kết quả xét nghiệm âm tính và trẻ được xuất viện lúc 96 giờ. Kết quả cho thấy, công cụ dự đoán NEOS của Kaiser giúp giảm 64,1% tỷ lệ sử dụng kháng sinh không hợp lí so với hướng dẫn CDC 2010 trên đối tượng trẻ sanh ra từ bà mẹ viêm màng ối lâm sàng.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của N Money và cộng sự về việc áp dụng công cụ trên đối tượng là trẻ khỏe mạnh có mẹ viêm màng ối với kết quả ấn tượng giảm tỷ lệ sử dụng kháng sinh từ 99% xuống 2,5% [6]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của N Money và cộng sự sử dụng tỷ lệ hiện mắc là 0,5/1.000 trẻ sanh sống để áp dụng vào công cụ tính toán. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tỷ lệ hiện mắc tại đơn

vị chúng tôi cho đối tượng ≥ 34 tuần tuổi thai là 16/1.000 trẻ sanh sống. Chúng tôi điều chỉnh điểm chặn trong phương trình hồi qui theo tỷ lệ hiện mắc của đơn vị theo khuyến cáo của ban nghiên cứu công cụ Kaiser. Có thể đây là lí do khiến tỷ lệ khuyến cáo kháng sinh của chúng tôi cao hơn, dẫn tới hiệu quả giảm kháng sinh thấp hơn của N Money và cộng sự.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự một nghiên cứu của tác giả David Carola và cộng sự trên dân số trẻ ≥ 35 tuần tuổi thai với hiệu quả giảm tỷ lệ sử dụng kháng sinh 67%, tuy nhiên trong nghiên cứu của David Carola bỏ sót 2/5 trẻ có kết quả cấy máu dương tính sau đó [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không bỏ sót trường hợp nào, những trẻ được công cụ không khuyến cáo kháng sinh đều khỏe và được xuất viện an toàn lúc 96 giờ tuổi.

Một điều các tác giả quan tâm là công cụ sẽ bỏ sót những trẻ sanh ra từ bà mẹ nguy cơ cao nhưng trẻ không có triệu chứng lâm sàng. Do tỷ lệ hiện mắc được công cụ sử dụng là tại quốc gia phát triển, tỷ lệ hiện mắc thấp. Đối với những quốc gia có tỷ lệ hiện mắc cao nếu sử dụng công cụ thì tỷ lệ bỏ sót sẽ cao, như vậy khiến công cụ không an toàn khi áp dụng. Khi chúng tôi điều chỉnh điểm chặn của công cụ theo tỷ lệ hiện mắc của đơn vị chúng tôi, không trường hợp nào bị công cụ bỏ sót.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn hạn chế. Thứ nhất: kết quả nghiên cứu không có trường hợp nào cấy máu dương tính, khiến cho tiêu chuẩn vàng để so sánh kết quả không đạt được. Thứ hai: do nghiên cứu tại bệnh viện tuyến tỉnh, nên kết quả sẽ khác các bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến huyện.

V. KẾT LUẬN

Trên những trẻ được sanh ra từ bà mẹ có chẩn đoán viêm màng ối lâm sàng, công cụ dự đoán NEOS của Kaiser giúp giảm 64,1% trẻ được chỉ định sử dụng kháng sinh không cần thiết so với hướng dẫn của CDC 2010. Không có trẻ nào bị công cụ "bỏ sót". Việc áp dụng công cụ có thể an toàn trên đối tượng này và giúp các bác sĩ lâm sàng mạnh dạn trì hoãn kháng sinh cho trẻ, đặc biệt là những trẻ không xuất hiện triệu chứng. Công cụ tương đối dễ áp dụng và thuận tiện, không đòi hỏi chuyên môn sâu nên có thể áp dụng tại khoa sản. Nữ hộ sinh, điều dưỡng, bác sĩ sản khoa có thể sử dụng để đánh giá nguy cơ từ bà mẹ và dựa vào chỉ số nguy cơ tính được nhằm phân loại trẻ nguy cơ để có kế hoạch hội chẩn bác sĩ nhi khoa kịp thời.

Tuy nhiên, đây cũng chỉ là công cụ tiếp cận ban đầu, việc theo dõi sát diễn tiến lâm sàng tiếp theo vô cùng quan trọng để tránh bỏ sót trẻ và kịp thời bắt được thời điểm diễn biến lâm sàng để chỉ định kháng sinh kịp thời, hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carola D, Vasconcelos M, Sloane A, McElwee D, Edwards C, Greenspan J, et al.** Utility of early-onset sepsis risk calculator for neonates born to mothers with chorioamnionitis. *J Pediatr* 2018; 195:48-52, e41.
2. **Escobar GJ, Puopolo KM, Wi S, et al.** Stratification of risk of early-onset sepsis in newborns \geq 34 weeks' gestation. *Pediatrics* 2014; 133: pp 30-36.
3. **Gibbs, Ronald S.; Duff, Patrick.** Progress in pathogenesis and management of clinical intraamniotic infection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164(5), 1317-1326. doi:10.1016/0002-9378(91)90707-X
4. **K. M. Puopolo, D. Draper, S. Wi, et al.** Estimating the Probability of Neonatal Early-Onset Infection on the Basis of Maternal Risk Factors, *Pediatrics*, Vol. 128.
5. **Modi N, Dore CJ, Saraswatula A, Richards M, Bamford KB, Coello R, et al.** A case definition for National and International neonatal bloodstream infection surveillance. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2009;94(1): F8-12.
6. **Money N, Newman J, Demissie S, Roth P, Blau J.** Anti-microbial stewardship: antibiotic use in well-appearing term neonates born to mothers with chorioamnionitis. *J Perinatol.* 2017 Dec;37(12): pp1304-1309.
7. **Puopolo, Karen M., et al.** Management of neonates born at \geq 35 0/7 weeks' gestation with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Pediatrics*, 2018, 142.6.
8. **Verani JR, McGee L, Schrag SJ;** Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010 Nov 19;59(RR-10):1-36.

CHỨC NĂNG NHĨ TRÁI TRÊN SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Nguyễn Bảo Khánh^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hoài²,
Đinh Thị Thu Hương^{2,3}, Đào Bích Ngọc², Phạm Mạnh Hùng^{2,3}

TÓM TẮT

Mở đầu: Ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm, tái cấu trúc nhĩ trái thường dẫn tới giãn nhĩ trái ở giai đoạn muộn. Siêu âm đánh dấu mô cho phép lượng giá những thay đổi kín đáo của chức năng nhĩ trái và dự báo tiên lượng cho các bệnh nhân suy tim.
Mục tiêu: Khảo sát một số chỉ số kích thước và chức năng nhĩ trái trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tổng máu giảm.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tổng máu giảm (EF \leq 40%) không có bệnh van tim thực thể nặng hay bệnh tim bẩm sinh và nhóm chứng bao gồm những người khỏe mạnh, cùng tuổi, cùng giới, không có biểu hiện suy tim trên lâm sàng và cấu trúc chức năng tim bình thường trên siêu âm tim. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được làm siêu âm tim đánh giá kích thước và chức năng tim và đánh giá sức căng đỉnh nhĩ trái trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim trên mặt cắt bốn

buồng và mặt cắt hai buồng tim từ mỏm. **Kết quả:** Trong thời gian từ 02/2022 đến tháng 7/2022, 188 đối tượng nghiên cứu gồm 126 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu EF giảm EF \leq 40%, nam 78,6%, nữ 21,4%, tuổi trung bình là 59,3 \pm 16,4 tuổi và nhóm chứng gồm 62 người khỏe mạnh được đưa vào nghiên cứu. Ở các bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm, bệnh đồng mắc hay gặp nhất là bệnh mạch vành (38,1%) sau đó là tăng huyết áp (31,3%) và đái tháo đường (9,5%). Sức căng nhĩ trái ở mặt cắt 4 buồng và 2 buồng lần lượt là (17,7 \pm 7,5%)và (15,5 \pm 7,1%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng khỏe mạnh. Các bệnh nhân có phì đại thất trái có sức căng nhĩ trái (13,94 \pm 6,96%) đo ở mặt cắt 4 buồng và (15,92 \pm 7,35%) đo ở mặt cắt 2 buồng, thấp hơn so với các bệnh nhân không có phì đại thất trái lần lượt ở các mặt cắt 4 buồng và 2 buồng là (16,63 \pm 6,38%) và (19,40 \pm 6,71%), ($p < 0,05$). Các bệnh nhân có giãn buồng thất trái có sức căng nhĩ trái (13,39 \pm 6,90%) đo ở mặt cắt 4 buồng và (15,19 \pm 7,35%) đo ở mặt cắt 2 buồng, thấp hơn rõ rệt so với các bệnh nhân không có giãn buồng thất trái lần lượt là (18,37 \pm 5,86 %) và (21,16 \pm 5,88%). ($p < 0,05$). Các bệnh nhân có hở hai lá vừa có sức căng nhĩ trái thấp nhất (13,36 \pm 6,48%) ở mặt cắt 4 buồng và (15,36 \pm 7,24%) ở mặt cắt 2 buồng, rồi đến các bệnh nhân có hở hai lá nhẹ (15,25 \pm 7,14%) và (17,45 \pm 7,20%), ở các mặt cắt 4 buồng và 2 buồng tương ứng, rồi đến các bệnh nhân không có hở hai lá (18,43 \pm 6,24%) và (20,89 \pm 6,54%), cũng với mặt cắt 4

¹Bệnh Viện Bưu Điện

²Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai

³Bộ Môn Tim Mạch, Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Khánh

Email: bskhanhbvbd@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022