

City là một bệnh viện phát triển theo hướng khách sạn 5 sao, là bệnh viện duy nhất trên toàn thành phố Hà Nội đạt tiêu chuẩn Quốc tế JCI về chất lượng bệnh viện. Do vậy, chất lượng cung cấp dịch vụ luôn mang lại sự hài lòng cho NB.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của NB trước và sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% NB hài lòng về cơ sở vật chất, môi trường cảnh quan bệnh viện, vì vậy đây là một yếu tố duy trì không đưa được vào phân tích mối liên quan với tình trạng lo âu của NB. Chưa có mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học, trình độ học vấn, đặc điểm cuộc phẫu thuật và yếu tố bệnh sử với tình trạng lo âu của NB.

Có ba yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của NB gồm: sự phụ thuộc kinh tế, thời gian phẫu thuật và tình trạng công việc của NB. Theo đó, NB có việc làm cố định (có HĐLĐ dài hạn) có tình trạng lo âu cao hơn đối tượng làm part-time hoặc kinh doanh. NB phụ thuộc 1 phần kinh tế có tình trạng lo âu hơn NB không phụ thuộc hoặc phụ thuộc hoàn toàn. Thời gian phẫu thuật ngắn dưới 45 phút làm NB có tình trạng lo âu cao hơn thời gian phẫu thuật dài trên 45 phút. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Trước phẫu thuật, tỷ lệ NB lo âu trước phẫu thuật là 13,3%, trong đó 76,5% NB lo âu ở mức bình thường, 10,3% mức độ nhẹ, 10,3% mức độ vừa, 2,5% mức độ nặng và 0,5% mức độ rất nặng.

Sau phẫu thuật, tỷ lệ NB lo âu giảm xuống còn 4%, trong đó 93% mức độ bình thường, 3% mức độ nhẹ, 3,5% mức độ vừa, 0,5% mức độ nặng và không có NB nào mức độ rất nặng.

Ba yếu tố có liên quan đến tình trạng lo âu của NB là: sự phụ thuộc kinh tế, thời gian phẫu thuật và tình trạng công việc của NB ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch** (2017), Giáo Trình Tâm Lý Y học – Y đức, Bộ môn Y đức – Khoa học hành vi.
2. **McIntosh S., Adams J.** (2011), "Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score", *Int. J. Nurs. Pract.*, 17 (1), pp:85-92.
3. **Pinto A, Faiz O, Davis R, Almoudaris A, Vincent C.** (2016), "Surgical complications and their impact on patients' psychosocial well-being: a systematic review and meta-analysis", *BMJ Open*, 6(2):e007224.
4. **O'Hara, M W et al.** (1989), "Psychological consequences of surgery", *Psychosomatic medicine*, 51(3), pp:356-70.
5. **Trần Anh Vũ, Nguyễn Thị Sơn** (2019), "Ảnh hưởng của lo âu trước mổ đến sự hồi phục của bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", *Tạp chí khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên*, Tập 194, số 1, tr:115-120.
6. **Tchaou, B.A., et al.** (2014), "Preoperative psychological experience and beliefs in adult patients scheduled for surgery at the University Hospital of Parakou in Benin", *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*, 33(11), pp:576-80.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN TỈNH THANH HÓA

Bùi Thanh Hà¹, Nguyễn Thị Liên Hà¹, Đỗ Xuân Tiến²

TÓM TẮT

Để góp phần nâng cao kết quả điều trị và phòng chống bệnh viêm màng não mủ (VMNM) tại tỉnh Thanh Hóa, một nghiên cứu hồi cứu trong giai đoạn 7/2019 - 6/2022 đã xác định được 24 bệnh nhân người lớn VMNM, đáp ứng các tiêu chuẩn lâm sàng và vi sinh, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Kết quả cho thấy, tại Thanh Hóa, bệnh VMNM rải rác quanh năm, tăng vào các tháng thời tiết nóng. Bệnh

gặp ở mọi nhóm tuổi, tập trung ở nhóm 41- 60 tuổi (50,0%), nam chiếm 75%. nghề nông chiếm 66,7% và tỷ lệ có bệnh nền là 62,5%. Các biểu hiện lâm sàng và dịch não tủy không điển hình. Sốt chỉ gặp ở 87,5%, tần xuất các biểu hiện đau đầu, cứng gáy, nôn và Kernig từ 54,2% - 100,0%. Tỷ lệ VMNM kết hợp nhiễm khuẩn huyết là 62,5%. Các căn nguyên gây bệnh gồm *S. suis* (70,8%) và *S. pneumoniae* (20,8%) đều nhạy cảm với cephalosporin thế hệ III và vancomycin, trong khi *E. coli* (4,2%), *S. mitis* (4,2%) kháng với các kháng sinh trên. *S. suis* hay gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, *S. pneumoniae* có liên quan với đường xâm nhập.

Từ khóa: viêm màng não mủ, *Streptococcus suis*, *Streptococcus pneumoniae*

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thanh Hà

Email: ceciliabui82@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

CHARACTERISTICS OF MENINGITIS IN ADULTS AT THANH HOA PROVINCE HOSPITAL

To contribute to improving the results of treatment and prevention of bacterial meningitis (BM) in Thanh Hoa province, a retrospective study in the period 7/2019 - 6/2022 was conducted. 24 BM adult patients responded clinical and microbiological criteria, treated at Thanh Hoa Provincial General Hospital were selected for analysis. The results showed that, in Thanh Hoa, BM occurred all year round, increasing in hot months. The disease was found in all age groups, mainly in the 41-60 age group (50.0%), 75% males, 66.7% farming occupation, and 62.5% patients with underlying disease. Clinical manifestations and cerebrospinal fluid were atypical. While fever was only seen in 87.5% of patients, symptoms such as headache, neck stiffness, vomiting, and Kernig ranged from 54.2% to 100%. The rate of BM associated with bacteremia was 62.5%. Pathogenic bacteria, including *S. suis* (70.8%) and *S. pneumoniae* (20.8%) were susceptible to third-generation cephalosporins and vancomycin, while *E. coli* (4.2%) and *S. mitis* (4.2%) resistant to these antibiotics. *S. suis* was common in immunocompromised patients, *S. pneumoniae* was associated with the route of entry.

Keywords: bacterial meningitis, *Streptococcus suis*, *Streptococcus pneumoniae*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não mủ (VMNM) đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng. Mặc dù hiện nay đã có kháng sinh điều trị, nhưng kết quả điều trị chưa được như mong đợi [4],[8]. Do tầm quan trọng của bệnh, Tổ chức Y tế Thế giới đã triển khai kế hoạch hành động phòng chống VMNM trên toàn cầu giai đoạn 2020 – 2030 [6].

Tại Việt Nam, theo các kết quả nghiên cứu từ năm 2009 đến nay, *Streptococcus suis* đang là căn nguyên quan trọng gây VMNM ở người trưởng thành, mặc dù công tác phòng chống *S. suis* đã được triển khai [2],[3],[5],[7]. Thanh Hoá là một tỉnh lớn của Bắc Trung Bộ, trên vị trí trung chuyển giữa các tỉnh phía Bắc và phía Nam của Việt Nam, với dân số 3,7 triệu người. Thanh Hoá được định hướng xây dựng là một trong những trung tâm lớn, văn minh và hiện đại ở phía Bắc của Việt Nam cũng như trong cả nước.

Để góp phần bảo vệ sức khỏe nhân dân trong tỉnh Thanh Hóa, đặc biệt là lĩnh vực bệnh lý VMNM, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm màng não mủ ở người lớn tại bệnh viện tỉnh Thanh Hóa" với 2 mục tiêu: *Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể giúp ích cho ngành Y tế Tỉnh Thanh Hóa trong công tác phòng chống, cũng như điều trị bệnh VMNM.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

nghiên cứu

Đối tượng: Gồm 24 bệnh nhân người lớn được chẩn đoán lâm sàng VMNM và có kết quả cấy DNT tìm được vi khuẩn gây bệnh. Nghiên cứu không bao gồm những bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu và bệnh nhân HIV/AIDS.

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Thời gian nghiên cứu: 01/2019 - 06/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi tiến hành đánh giá toàn bộ hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng VMNM. Những bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu, nhập viện điều trị trong thời gian trên, đều được chọn để phân tích.

Quy trình nghiên cứu:

- Thu thập hồ sơ của những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

- Tiến hành thu thập các thông tin nghiên cứu về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án được thiết kế sẵn.

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính kết quả nghiên cứu theo tỷ lệ %, giá trị trung bình và trung vị.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu. Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

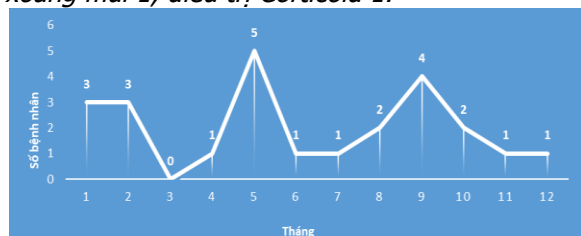
3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân VMNM gặp ở mọi nhóm tuổi, thấp nhất 23 tuổi và cao nhất 70 tuổi, tập trung ở nhóm 41-60 tuổi. Nam chiếm 75%, nghề nông chiếm hơn một nửa, ngoài ra là nghề tự do và công nhân. Hầu hết bệnh nhân là dân tộc Kinh, nhưng cũng gặp ở người Mường và người Thái. Trong 24 bệnh nhân, 62,5% có bệnh lý nền, hay gặp là bệnh tiểu đường, chấn thương/phẫu thuật sọ não (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học

| Đặc điểm nhân khẩu học | n (%) |
|------------------------|-----------|
| Phân bố tuổi | |
| 21 – 40 tuổi | 8 (33,3) |
| 41 – 60 tuổi | 12 (50,0) |
| > 60 tuổi | 4 (16,7) |
| Giới tính | |
| Nam | 18 (75,0) |
| Nữ | 6 (25,0) |
| Nghề nghiệp | |
| Nông dân | 16 (66,7) |
| Nghề tự do | 7 (29,2) |

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Công nhân | 1 (4,2) |
| Dân tộc | |
| Kinh | 22 (91,6) |
| Dân tộc khác (Mường, Thái) | 2 (8,4) |
| Có bệnh lý nền¹ | 15 (62,5) |

¹Các bệnh nền gồm: Tiểu đường 10, phẫu thuật/chấn thương sọ não 4, ung thư 1, hở xoang mũi 1, điều trị Corticoid 1.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh theo các tháng trong năm

Tại Thanh Hoá, bệnh VMNM gặp rải rác quanh năm, xu hướng tăng vào mùa hè và mùa thu (biểu đồ 3.1).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên gây bệnh

Bảng 3.2. Các biểu hiện lâm sàng của 24 bệnh nhân VMNM

| Các biểu hiện lâm sàng | n | % |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Mức độ sốt | | |
| > 39°C (sốt cao) | 2 | 8,3 |
| 38,1°C - 39°C (sốt vừa) | 14 | 58,3 |
| 37,6°C - 38°C (sốt nhẹ) | 5 | 20,8 |
| 35,5°C - 37,5°C (không sốt) | 3 | 12,5 |
| < 35,5°C (hạ thân nhiệt) | 0 | 0,0 |
| Y thức (điểm Glasgow <15) | 15 | 62,5 |
| Hội chứng màng não | | |
| Đau đầu | 24 | 100,0 |
| Cứng gáy | 16 | 66,7 |
| Nôn vọt | 14 | 58,3 |
| Kernig | 13 | 54,2 |
| Vạch màng não | 3 | 12,5 |
| Tiêu chảy | 2 | 8,3 |
| Dấu hiệu thần kinh khu trú | | |
| Giảm thính lực | 8 | 33,3 |
| Mất thăng bằng | 1 | 4,2 |
| Đại, tiểu tiện không tự chủ | 1 | 4,2 |
| Ban trên da | 8 | 33,3 |
| Thời gian nhập viện (ngày) | | |
| Trung vị (max - min) | 3 (1 - 21) | |

Các biểu hiện trên lâm sàng của 24 bệnh nhân (Bảng 3.2), gồm sốt (87,5%), 62,5% có điểm Glasgow dưới 15 điểm. Các biểu hiện của hội chứng màng não hay gặp như đau đầu, cứng gáy, nôn và dấu hiệu Kernig. Ngoài ra, còn có một số dấu hiệu tổn thương thần kinh như giảm thính lực, mất thăng bằng và rối loạn đại tiểu

tiện. Ban trên da gặp 33,3%. Thời gian (trung vị) từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện là 3 ngày.

Bảng 3.3. Kết quả công thức máu của 24 bệnh nhân VMNM

| Kết quả công thức máu | n | (%) |
|--|----|------|
| Hb (g/l) | | |
| ≥ 120 | 7 | 29,2 |
| 90 - 120 | 17 | 70,8 |
| Số lượng bạch cầu (G/L) | | |
| > 10 | 21 | 87,5 |
| 4 - 10 | 3 | 12,5 |
| Tỷ lệ bạch cầu trung tính >70% | 22 | 91,7 |
| Số lượng tiểu cầu (G/L) | | |
| 300 - 800 | 5 | 20,8 |
| 100 - 300 | 16 | 66,7 |
| < 100 | 3 | 12,5 |
| CRP (mg/l) | | |
| < 10 | 3 | 12,5 |
| 10 - 30 | 4 | 16,7 |
| > 30 | 17 | 70,8 |
| Glucose máu (mmol/l) > 6,4 | 14 | 58,3 |
| Natri (mmol/l) < 135 | 8 | 33,3 |
| Urê > 7,5 mmol/L | 4 | 16,7 |
| Creatinine > 120 mmol/L | 0 | 0,0 |
| AST (U/L) > 80 | 5 | 20,8 |
| ALT (U/L) > 80 | 6 | 25,0 |

Bảng 3.3 trình bày kết quả xét nghiệm máu của 24 bệnh nhân VMNM. Số lượng bạch cầu > 10 G/L là 87,5% và tỷ lệ bạch cầu trung tính > 70% là 91,7%. Số lượng tiểu cầu < 100 G/L là 12,5%. Về xét nghiệm hóa sinh, 70,8% có nồng độ CRP máu > 30 mg/l và 12,5% không tăng CRP. Tỷ lệ glucose máu > 6,4 mmol/l là 58,3%. Các enzyme AST và ALT tăng trên 80 U/L lần lượt là 20,8% và 25%.

Bảng 3.4. Kết quả phân tích dịch não tủy

| Kết quả phân tích dịch não tủy | n | (%) |
|--|----|------|
| Màu sắc dịch não tủy | | |
| Trong | 11 | 45,8 |
| Đục | 10 | 41,7 |
| Anh vàng | 3 | 12,5 |
| Số tế bào (tế bào/mm³) | | |
| 10 - 500 | 8 | 33,3 |
| 501 - 1000 | 2 | 8,3 |
| > 1000 | 14 | 58,3 |
| Protein (g/l) | | |
| < 0,2 | 1 | 4,2 |
| 0,2 - 1 | 3 | 12,5 |
| > 1 | 19 | 79,2 |
| Glucose (mmol/l) < 2,2 | 17 | 70,8 |

Trong 24 mẫu DNT, tỷ lệ màu đục là 41,7% và 12,5% màu ánh vàng. Số lượng tế bào > 1000 tế bào/mm³ là 58,3%, nồng độ protein > 1 g/l và glucose < 2,2 mmol/l lần lượt là 79,2% và

70,8% (Bảng 3.4).

Bảng 3.5. Các loại bệnh phẩm và căn nguyên vi khuẩn đã được xác định

| Vi khuẩn | DNT n (%) | Máu và DNT n (%) | Tổng số n (%) |
|--------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Streptococcus suis | 5(20,8) | 12(50,0) | 17(70,8) |
| Streptococcus pneumoniae | 2(8,3) | 3(12,5) | 5(20,8) |
| Escherichia coli | 1(4,2) | 0(0,0) | 1(4,2) |
| Streptococcus mitis | 1(4,2) | 0(0,0) | 1(4,2) |
| Tổng số | 9(37,5) | 15(62,5) | 24(100,0) |

Trong các vi khuẩn được xác định (Bảng 3.5) gồm, Streptococcus suis chiếm 70,8%, tiếp theo là Streptococcus pneumoniae (20,8%), ngoài ra còn do Escherichia coli và Streptococcus mitis (đều chiếm 4,2%). Trong 17 trường hợp do S. suis, 12 trường hợp phân lập được trong cả bệnh phẩm máu và DNT. Trong 5 trường hợp do S. pneumoniae, 3 trường hợp phân lập được trong cả 2 bệnh phẩm này. Ngoài ra, E. coli và S. mitis đều chỉ phân lập được trong DNT. Kết quả đối chiếu bệnh lý nền của từng bệnh nhân VMNM với vi khuẩn gây bệnh phân lập được, cho thấy S. suis gặp ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, ba căn nguyên còn lại có liên quan với đường xâm nhập (Bảng 3.6).

Trên các mẫu được thử nghiệm kháng sinh đồ S. suis nhạy cảm với các kháng sinh nhóm beta lactam (Bảng 3.7) và S. pneumoniae nhạy cảm với cephalosporin thế hệ 3, vancomycin và meropenem (Bảng 3.8). Trên kháng sinh đồ E. coli (n=1) nhạy với ceftazidime, meropenem, fosmycin, kháng cefotaxim, cefepime, levofloxacin. S. mitis (n=1) nhạy với vancomycin, levofloxacin, kháng ceftriaxone, cefotaxim.

Bảng 3.6. Đối chiếu căn nguyên gây bệnh và bệnh nền¹

| Bệnh nền | S. suis (n = 17) | S. pneumoniae (n = 5) |
|-------------------------------|------------------|-----------------------|
| Tiểu đường | 7 (41,2) | 1 (20,0) |
| Phẫu thuật/chấn thương sọ não | 0 (0,0) | 2 (40,0) |
| Ung thư | 1 (5,9) | 0 (0,0) |
| Hở xoang mũi | 0 (0,0) | 1 (20,0) |
| Điều trị Corticoid | 0 (0,0) | 1 (20,0) |
| Tổng | 8 (47,1) | 5 (100,0) |

¹Trên 2 bệnh nhân phân lập được E. coli và S. mitis đều có cơ địa phẫu thuật/chấn thương sọ não và tiểu đường

Bảng 3.7. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn S. suis

| Độ nhạy | Số ca | Nhạy | Trung gian | Kháng |
|---------|-------|------|------------|-------|
|---------|-------|------|------------|-------|

| Kháng sinh | cảm được làm | n (%) | gian n (%) | n (%) |
|-------------------------------|--------------|------------|------------|---------|
| Ampicillin | 6 | 6 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Ceftriaxone | 14 | 14 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Cefotaxim | 15 | 14 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Cefepime | 14 | 14 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Vancomycin | 15 | 14 (93,3) | 0 (0,0) | 1 (6,7) |
| Meropenem | 5 | 5 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Ofloxacin | 7 | 7 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Amoxicillin + Acid clavulanic | 5 | 5 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

Bảng 3.8. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn S. pneumoniae (n=5)

| Kháng sinh | Độ nhạy cảm được làm | Số ca | Nhạy | Trung gian | Kháng |
|-------------------------------|----------------------|-----------|---------|------------|---------|
| Ceftriaxone | 2 | 2 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Cefotaxim | 2 | 2 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Cefepime | 2 | 2 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Vancomycin | 4 | 4 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Meropenem | 3 | 3 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Amoxicillin + Acid clavulanic | 2 | 2 (100,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

Bảng 3.9. Kết quả điều trị

| Kết quả điều trị | n (%) |
|--------------------------------------|-----------|
| Khỏi¹ | 12 (50,0) |
| Nặng chuyển tuyến² | 2 (8,3) |
| Di chứng | 10 (41,6) |
| Giảm thính lực | 8 (33,3) |
| Suy giảm nhận thức | 2 (8,3) |

¹:Bệnh ổn định, marker viêm giảm, DNT về bình thường

²:Không có bệnh nhân tử vong hoặc nặng xin về

Trong 24 bệnh nhân VMNM, 50,0% được điều trị khỏi, 41,6% để lại các di chứng như suy giảm nhận thức, giảm thính lực. Ngoài ra, có 8,3% trường hợp nặng phải chuyển tuyến (Bảng 3.9).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã xác định được 24 bệnh nhân VMNM đáp ứng đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuy số lượng bệnh nhân chưa đáp ứng mong đợi, nhưng kết quả bước đầu sẽ cung cấp các thông tin về bệnh VMNM tại tỉnh Thanh Hóa.

4.1. Về đặc điểm dịch tễ bệnh VMNM tại tỉnh Thanh Hóa. Kết quả nghiên cứu cho thấy, về nhân khẩu học bệnh gặp mọi nhóm tuổi, tập trung ở nhóm 41- 60 tuổi, hay gặp ở nam giới (Bảng 1). Trong 24 bệnh nhân, 62,5% có bệnh lý nền và chủ yếu làm nghề nông (66,7%), nghề tự do (29,2%). Các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân chúng tôi cũng tương tự như bệnh nhân VMNM tại bệnh viện Bệnh Truyền nhiễm và

Nhiệt đới Trung ương (NHTD) [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ người VMNM có bệnh nền tại Thanh Hóa cao hơn so với tại NHTD (62,5% so với 41,2%), đặc biệt là tiểu đường (41,7%), chấn thương/phẫu thuật sọ não (16,7%) [3]. Một vấn đề đáng lưu ý khác là tại Thanh Hóa và NHTD, tỷ lệ nam mắc VMNM cao hơn nữ giới, trong khi các nghiên cứu ở một số nước ghi nhận không có sự khác nhau giữa hai giới [1]. Theo ý kiến của chúng tôi, có thể, tại Việt Nam nguy cơ ở nam giới cao hơn có liên quan với các thói quen. Các Y văn và nghiên cứu đã ghi nhận, nguy cơ VMNM có liên quan với yếu tố nhân khẩu học, như nhóm 40–60 tuổi, bệnh lý nền, thói quen (nghiện rượu) và tiếp xúc với lợn/sản phẩm từ lợn [4],[8].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tại Thanh Hóa bệnh VMNM rải rác quanh năm, xu hướng tăng vào các tháng nóng (Biểu đồ 3.1). Các vi khuẩn gây VMNM cũng đã được ghi nhận có liên quan với điều kiện khí hậu và địa lý [4],[8]. Như vậy, mùa, nhóm tuổi, giới tính, các bệnh nền, nghề nông và có thể các thói quen là những yếu tố cần quan tâm trong công tác phòng chống VMNM tại Thanh Hóa.

4.2. Về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trên kết quả nghiên cứu, biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân VMNM tại Thanh Hóa (Bảng 3.2) không điển hình [1]. Ngoài biểu hiện đau đầu (100,0%), sốt chỉ gặp 87,5%, các biểu hiện ý thức (Glasgow < 15 điểm), cứng gáy, nôn và Kernig chỉ gặp từ 54,2 - 66,7%, mặc dù thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện đã 3 ngày. Có thể bệnh lý nền đã làm lu mờ các triệu chứng của VMNM [1],[3],[4]. Tuy nhiên, các chỉ số xét nghiệm máu (Bảng 3.3), như số lượng bạch cầu > 10 G/L (87,5%), tỷ lệ trung tính > 70% (91,7%) và nồng độ CRP máu > 30mg/l (70,8%) có giá trị gợi ý tình trạng nhiễm khuẩn [3]. Kết quả phân tích DNT cũng cho thấy không điển hình trong VMNM [1],[4]. Màu sắc đục chỉ gặp 41,7% trong khi màu trong và ánh vàng chiếm ưu thế. Hai trong ba trường hợp DNT vàng có tiền sử chấn thương sọ não và có thể đã gây ảnh hưởng đến màu sắc DNT [1]. Số lượng bạch cầu DNT > 1000 tế bào/mm³ chỉ gặp 58,3% và nồng độ protein > 1g/l, glucose < 2,2mmol/l lần lượt là 79,2% và 70,8% (Bảng 3.4). Vì vậy để chẩn đoán trên lâm sàng bệnh VMNM cần kết hợp giữa biểu hiện lâm sàng, các chỉ số viêm và kết quả DNT [3].

Cũng như tình hình chung tại Việt Nam, kết quả nuôi cấy, phân lập đã chỉ ra căn nguyên gây bệnh chính là *S. suis* (70,8%), tiếp theo là *S. pneumoniae* (20,8%), ngoài ra còn do *E. coli* và

S. mitis (đều chiếm 4,2%) (Bảng 3.5) [3],[5],[7]. Đáng lưu ý, trong 24 bệnh nhân VMNM, 62,5% có bằng chứng nhiễm khuẩn máu và đều do *S. suis*, *S. pneumoniae* [1],[3],[4]. Đây là bệnh cảnh nặng và đòi hỏi thời gian điều trị kéo dài hơn. Trong kết quả nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy, trong khi *S. suis* hay gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch như tiểu đường, người bệnh ung thư, thì ba căn nguyên còn lại có liên quan với đường xâm nhập như phẫu thuật/chấn thương sọ não, hở xoang mũi. Kết quả kháng sinh đồ (phương pháp định tính khoan giấy kháng sinh khuếch tán trong thạch) cho thấy, trên các mẫu thử nghiệm *S. suis* (Bảng 3.7) và *S. pneumoniae* (Bảng 3.8) đều còn nhạy cảm với cephalosporin thế hệ 3 và vancomycin, là những kháng sinh được phác đồ điều trị VMNM của Bộ Y Tế hướng dẫn sử dụng. Do một số hạn chế, các xét nghiệm kháng sinh đồ chỉ được thực hiện giới hạn và cũng chỉ giới hạn trong những kháng sinh được Bộ Y Tế khuyến cáo.

Hạn chế của nghiên cứu: Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu nên không tránh khỏi một số nhược điểm của dạng nghiên cứu này. Thứ hai, số lượng bệnh nhân còn ít, có thể liên quan với dịch bệnh CoV-19 (bệnh nhân VMNM được chuyển tuyến điều trị). Tuy nhiên, kết quả này có thể sẽ cung cấp các thông tin cần thiết cho công tác phòng chống bệnh VMNM tại tỉnh Thanh Hóa.

V. KẾT LUẬN

– Tại Thanh Hóa: bệnh VMNM rải rác quanh năm, tăng vào các tháng nóng. Bệnh gặp ở mọi nhóm tuổi, tập trung ở nhóm 41- 60 tuổi (50,0%), nam chiếm 75%. nghề nông chiếm 66,7% và tỷ lệ có bệnh nền là 62,5%.

– Về lâm sàng: Các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm DNT không điển hình. Sốt chỉ gặp 87,5%. Tần xuất các biểu hiện đau đầu, cứng gáy, nôn và Kernig từ 54,2% - 100,0%. Tỷ lệ VMNM kết hợp nhiễm khuẩn huyết là 62,5%.

– Các căn nguyên gồm *S. suis* (70,8%) và *S. pneumoniae* (20,8%) đều nhạy cảm với Cephalosporin thế hệ III và Vancomycin, trong khi *E. coli* (4,2%), *S. mitis* (4,2%) kháng với các kháng sinh trên. *S. suis* hay gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch và *S. pneumoniae* có liên quan với đường xâm nhập.

VI. KIẾN NGHỊ

– Trong công tác phòng chống bệnh VMNM tại Thanh hóa cần tăng cường giáo dục các biện pháp phòng chống *S. Suis* và tiêm phòng vắc xin phế cầu.

– Để phát hiện sớm VMNM cần lưu ý các đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Vũ Huy và CS**, Bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn (Viêm màng não mủ). Nhà xuất bản Y học, 2020.
2. Nguyễn Tuấn Bình và CS, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm màng não do Streptococcus Suis tại Bệnh viện Trung ương Huế giai đoạn 2010 - 2012. Truyền nhiễm Việt Nam, 2016. Tr. 7-9.
3. **Bùi Thanh Hà, et al**, Etiology and clinical features of bacterial meningitis in adults at national hospital for tropical diseases, period 2015 - 2018. Jpn J Infect Dis, 2022.
4. **Hasbun R, et al**, Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Elsevier, 2019. p. 1183-1219.
5. **Hồ Đăng Trung Nghĩa, et al**, Risk factors of Streptococcus suis infection in Vietnam. A case-control study. PLoS One, 2011. 6(3): 17604.
6. **WHO**, Defeating meningitis by 2030 the first meeting of the Technical Taskforce, 2019.
7. **Wertheim HF, et al**, Streptococcus suis, an important cause of adult bacterial meningitis in northern Vietnam. PLoS One, 2009. 4(6): 5973.
8. **Zunt JR, et al**, Global, regional, and national burden of meningitis, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Neurology, 2018. 17(12): p. 1061-1082.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG VỠ C2

Hoàng Gia Du¹, Nguyễn Văn Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và độ phù hợp của phương pháp chụp X-quang và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương vỡ C2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 64 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương vỡ C2 tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2010 – 6/2012. **Kết quả:** Có 44 bệnh nhân gãy mỏm nha, 14 bệnh nhân gãy kiểu Hangman, 6 vỡ thân C2. X-quang thẳng há miệng phát hiện được 81,8% trường hợp gãy mỏm nha, X-quang nghiêng phát hiện được 92,9% gãy Hangman. X-quang thẳng không phát hiện được tổn thương vỡ C2. Trên hình ảnh CLVT, gãy mỏm nha loại 2 chiếm 86,4%, gãy Hangman loại 3 chiếm 78,7%, vỡ thân C2 loại 3 chiếm 50%. Khả năng phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và cắt lớp vi tính trong tổn thương gãy mỏm nha ở mức độ khá với chỉ số Kappa = 0,44. **Kết luận:** X-quang đóng vai trò quan trọng trong phát hiện tổn thương vỡ C2 trong chẩn đoán cấp cứu ban đầu. Khả năng phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT ở mức độ vừa. CLVT là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và phân loại chấn thương vỡ C2.

Từ khóa: Vỡ C2, X-quang, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

X-RAY AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING IN DIAGNOSIS OF C2 FRACTURE

Objectives: Analyzing and comparing of x-ray imaging and computed tomography features in diagnosis of C2 fracture. **Methods:** Cross-sectional described retrospective studying of 64 C2 fracture

patients were diagnosed in Viet Duc hospital from January 2010 to June 2012. **Results:** 44 patients had odontoid fracture, 14 patients had Hangman's fracture, 6 patients had C2 vertebral body fracture. Open-mouth X-ray view was diagnosed 81,8% cases of odontoid fracture, lateral view was diagnosed 68,2% cases of Hangman's fracture, anteroposterior views couldn't find C2 fracture. On computed tomography imaging, type 2 of odontoid fracture rates was 86,4%, type 3 of Hangman's fracture rates was 78,7%, type 3 of vertebral body C2 fracture was rates 50%. The Kappa value (0,44) for measuring the reliability between X-ray and CT in findings of C2 fractures was moderate. **Conclusion:** X-ray plays an important role in screening and emergency diagnosis of C2 fracture. The reliability between X-ray and CT in findings of C2 fractures was moderate. Computed tomography imaging was gold standard for diagnose and classify C2 fracture. **Keywords:** C2 fracture, Xray, Computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ cao là một tổn thương nguy hiểm trong chấn thương nói chung và chấn thương cột sống cổ nói riêng. Vỡ C2 gặp 23,5% – 23,9% trong chấn thương cột sống cổ¹ và thường liên quan đến những bệnh nhân trên 65 tuổi². Tuy rất nghiêm trọng nhưng triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn, vì vậy chẩn đoán thường gặp khó khăn, dễ bỏ sót tổn thương, gây ra những di chứng nặng nề, khó sửa chữa. Vì cấu trúc đặc biệt của C2 nên hình thái trong tổn thương vỡ C2 cũng đa dạng. Trên thực hành lâm sàng thường gặp: gãy mỏm nha, gãy Hangman và vỡ thân. Ngày nay, nhờ các công cụ chẩn đoán hình ảnh hiện đại nên việc chẩn đoán chấn thương vỡ C2 đã dễ dàng hơn. Tại Việt

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023