

được thực hiện ở các bệnh nhi NOMC

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gonzales K.D LH.** Choledochal cyst. *Pediatric Surgery*. 2012;983-988.
2. **Moslim MA, Takahashi H, Seifarth FG, al. e.** Choledochal Cyst Disease in a Western Center: A 30-Year Experience. *J Gastrointest Surg*. Aug 2016;20(8):1453-63. doi:10.1007/s11605-016-3181-4
3. **Makin E, Davenport M.** Understanding choledochal malformation. *Arch Dis Child*. Jan 2012;97(1):69-72. doi:10.1136/adc.2010.195974
4. **Huỳnh Giới.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở trẻ em dựa trên chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ mật-tụy. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2013.
5. **Liem NT, Phạm HD, Dung le A, Son TN, Vu HM.** Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. Jul-Aug 2012;22(6):599-603. doi:10.1089/lap.2012.0018
6. **Nguyễn Thị Ngọc Nga, Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Phương Loan.** Đặc điểm hình ảnh nang ống mật chủ ở trẻ em trên siêu âm và cộng hưởng từ. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23(1)
7. **Lee HC, Yeung CY, Chang PY, Sheu JC, Wang NL.** Dilatation of the biliary tree in children: sonographic diagnosis and its clinical significance. *Journal of ultrasound in medicine: official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*. Mar 2000;19(3):177-82; quiz 183-4. doi:10.7863/jum.2000.19.3.177
8. **Trương Nguyễn Uy Linh.** Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý nang ống mật chủ và đánh giá kết quả cắt nang triệt để ở trẻ em. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2008.
9. **Huang CT, Lee HC, Chen WT, Jiang CB, Shih SL, Yeung CY.** Usefulness of magnetic resonance cholangiopancreatography in pancreaticobiliary abnormalities in pediatric patients. *Pediatr Neonatol*. Dec 2012;52(6):332-6. doi:10.1016/j.pedneo.2011.08.006
10. **Saito T.** Use of preoperative, 3-dimensional magnetic resonance cholangiopancreatography in pediatric choledochal cysts. *Surgery*. Apr 2011; 149(4):569-75. doi:10.1016/j.surg.2010.11.004

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA LIỆU PHÁP KHÁNG SINH CÓ SỬ DỤNG KHÍ DUNG COLISTIN TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Lưu Quang Thùy¹, Lê Thị Nguyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cận lâm sàng, tác dụng không mong muốn của liệu pháp kháng sinh có sử dụng khí dung Colistin so với đường tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy do vi khuẩn Gram(-). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, phân nhóm ngẫu nhiên có đối chứng. 60 bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo phương pháp rút thăm ngẫu nhiên: Nhóm khí dung (KD): sử dụng 2MUI colistin pha trong 10ml nước muối vô trùng khí dung 6h/lần trong 30 phút; Nhóm tĩnh mạch (TM): sử dụng LD 9MUI colistin, sau đó 2MUI pha 50ml nước muối SE tĩnh mạch trong 60 phút x 6h/ lần. Thu thập số liệu về thay đổi lâm sàng của 2 nhóm nghiên cứu, xử lý và so sánh bằng các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** PaO₂/FiO₂ trung bình ban đầu của nhóm KD là 259.5 ± 24.3 và nhóm TM là 250.0 ± 28.8. Trong quá trình dùng colistin, chỉ số của 2 nhóm tăng dần vào ngày thứ 3, 7 và đến ngày thứ 10 là 400 ±

54.6 ở nhóm KD và 376.5 ± 72.4 ở nhóm TM. Nồng độ CRP tại thời điểm bắt đầu dùng colistin của nhóm khí dung là 139,9 ± 94,4 mg/l, sau đó ngày thứ 10 còn 40,5 ± 25,6 mg/l. Với nhóm TM lúc đầu nồng độ CRP là 147,6 ± 84,0 mg/l và đến ngày thứ 10 còn 69,9 ± 56,1. Sau 14 ngày điều trị thì CRP của cả 2 nhóm tương tự nhau là 41,9 ± 50,2 ở nhóm KD và 41,3 ± 39,1 ở nhóm TM. Tỷ lệ xuất hiện tổn thương trên thận ở nhóm KD là 13.3% và nhóm TM là 23,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Thời gian xuất hiện tổn thương trên thận khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, thường gặp nhất vào ngày thứ 7 sau điều trị colistin. Không gặp các tác dụng phụ không mong muốn ngoài thận ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa về hiệu quả cận lâm sàng, tác dụng không mong muốn của liệu pháp kháng sinh có sử dụng colistin khí dung so với colistin tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy

Từ khóa: Viêm phổi liên quan đến thở máy, Vi khuẩn Gr(-), Colistin, khí dung

SUMMARY

EVALUATING THE SUBCLINICAL EFFICACY AND ADVERSE EFFECTS OF ANTIBIOTIC THERAPY USING NEBULIZED COLISTIN IN THE TREATMENT OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA

Objectives: To evaluate the clinical

¹Bệnh viện Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

effectiveness, undesirable effects of antibiotic therapy using nebulized Colistin compared with intravenous route in the treatment of ventilator-associated pneumonia caused by Gram(-) bacteria. **Methods:** Prospective study, clinical trial, randomized controlled group. 60 patients were divided into two groups by random drawing: Nebulized group (KD): use 2MUI colistin mixed in 10ml of sterile saline, nebulize every 6 hours for 30 minutes; Intravenous group (TM): use LD 9MUI colistin, then 2MUI mix 50ml of saline SE intravenously for 60 minutes x 6 hours/time. Collect data on clinical changes of the 2 study groups, process and compare by statistical methods. **Results:** The initial mean PaO₂/FiO₂ of the KD group was 259.5 ± 24.3 and the TM group was 250.0 ± 28.8. During the time while patients was treating by colistin, this index of the 2 groups increased gradually on the 3rd, 7th and by the time of 10th day, PaO₂/FiO₂ ratio was 400 ± 54.6 in the KD group and 376.5 ± 72.4 in the TM group. CRP concentration at the start of colistin administration of the nebulized group was 139.9 ± 94.4 mg/l, then on the 10th day it was 40.5 ± 25.6 mg/l. With the TM group, at first, the CRP concentration was 147.6 ± 84.0 mg/l and on the 10th day it was 69.9 ± 56.1. After 14 days of treatment, the CRP of both groups was similar at 41.9 ± 50.2 in the KD group and 41.3 ± 39.1 in the TM group. The incidence of kidney damage in the KD group was 13.3% and the TM group was 23.3%, the difference was not statistically significant (p>0.05). The time when occurrence of kidney damage was not statistically significant between the two groups, most commonly on the 7th day after colistin treatment. There were no adverse events other than renal in both groups. **Conclusion:** There was no significant difference in the clinical efficacy, adverse effects of antibiotic therapy using aerosol colistin compared with intravenous colistin in the treatment of ventilator-associated pneumonia.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, Gr(-) bacteria, Colistin, nebulize.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là bệnh nhiễm trùng bệnh viện phổ biến nhất trong hồi sức tích cực (HSTC) làm tăng tỷ lệ tử vong, tăng sự kháng kháng sinh của vi khuẩn, kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí y tế và làm phức tạp quá trình điều trị bệnh lý nền phải nằm hồi sức¹. Nguyên nhân gây VPLQTM thường thay đổi theo thời gian và địa điểm khác nhau, nhưng các vi khuẩn gây VPLQTM thường gặp chủ yếu là các chủng vi khuẩn gram âm: *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, đặc trưng bởi tỷ lệ tái phát cao và thường xuyên lựa chọn kháng sinh mới mặc dù đã điều trị kháng sinh ban đầu đầy đủ. Colistin là kháng sinh thuộc nhóm polymycin, một loại kháng sinh phụ thuộc thời gian và nồng độ, nhạy cảm tốt với một số loại vi khuẩn đặc biệt là các vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn bệnh viện.

Colistin thấm rất kém vào nhu mô phổi, khoang màng phổi, dịch màng tim và dịch não tủy². Khí dung kháng sinh có khả năng tạo ra nồng độ thuốc cao trong mô phổi ở phổi bình thường và phổi bị nhiễm trùng, giúp lắng đọng tại phổi nhiều hơn và từ đó có hiệu quả tiêu diệt vi khuẩn³. Ngoài ra, khí dung kháng sinh còn ít hấp thu và giảm tác dụng phụ toàn thân. Vậy khí dung colistin thực sự có hiệu quả so với đường tĩnh mạch hay không cần được đánh giá trên thực tế lâm sàng. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá hiệu quả cận lâm sàng và tác dụng không mong muốn của liệu pháp kháng sinh có sử dụng khí dung Colistin trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy: Dựa theo bảng điểm lâm sàng viêm phổi CPIS của Pugin: điểm viêm phổi > 6 sau thở máy ít nhất 48 giờ (không lấy tiêu chuẩn vi khuẩn); có chỉ định dùng colistin: Cây ra vi khuẩn Gram (-) đa kháng có kháng sinh đồ nhạy với Colistin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Gây mê hồi sức Ngoại khoa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022

b. Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân được chia thành hai nhóm ngẫu nhiên, mỗi nhóm 30 bệnh nhân:

+ Nhóm khí dung (KD): sử dụng 2MUI colistin pha trong 10ml nước muối vô trùng khí dung 6h/lần trong 30 phút.

+ Nhóm tĩnh mạch (TM): sử dụng LD 9MUI colistin, sau đó 2MUI pha 50ml nước muối SE tĩnh mạch trong 60 phút x 6h/ lần

c. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

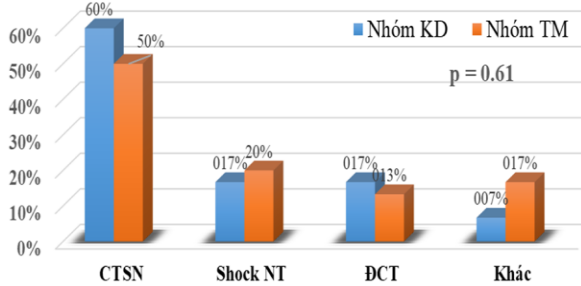
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

	Nhóm KD (n=30)	Nhóm TM (n=30)	
Tuổi (năm)	50.2±20.9	53.8±19.5	0.529
Giới (nam%)	24 (80)	26(86.7)	0.488
Chiều cao (cm)	164.0±6.8	165.4±5.4	0.378
Cân nặng (kg)	62.7±4.0	63.6±4.1	0.410
BMI (kg/m ²)	23.37±1.85	23.25±1.49	0.790
Điểm CPIS ban đầu	9[8-10]	8[7.75-9]	0.427

Nhận xét: Đặc điểm về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI của 2 nhóm bệnh nhân khác

biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về mức độ suy đa tạng (SOFA), điểm nhiễm trùng phổi (CPIS), tại thời điểm bắt đầu dùng colistin ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm bệnh lý nguyên nhân thở máy

Nhận xét: Không có sự khác biệt về phân bố bệnh lý nguyên nhân thở máy của hai nhóm ($p > 0,05$). Nguyên nhân chính thở máy là chấn thương sọ não.

Bảng 3.2. Đặc điểm vi sinh của bệnh nhân nghiên cứu

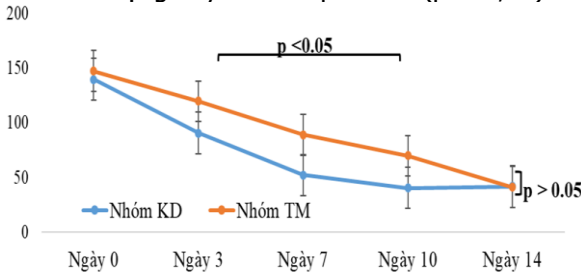
Vi khuẩn phân lập được	Nhóm chung n=60	Nhóm KD n=30	Nhóm TM n=30	p
Acinetobacter baumannii	40 (66.7%)	19 (63.3%)	21 (70%)	0.850
Klebsiella pneumoniae	5 (8.3%)	3 (10%)	2 (6.7%)	
Pseudomonas aeruginosa	15 (25%)	8 (26.7%)	7 (23.3%)	

Nhận xét: Vi khuẩn phân lập được của hai nhóm là như nhau và chủ yếu là Acinetobacter baumannii ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Sự thay đổi chỉ số PaO₂/FiO₂ của hai nhóm

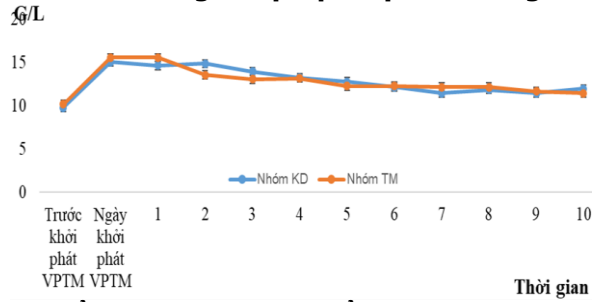
PaO ₂ /FiO ₂	Ngày 0	Ngày 3	Ngày 7	Ngày 10	p 1 nhóm
Nhóm KD	259.5 ± 24.3	309.5 ± 18.8	403.0 ± 50.4	400.0 ± 54.7	<0.01
Nhóm TM	250.0 ± 28.8	297.5 ± 27.7	395.0 ± 69.8	391.5 ± 72.4	
p 2 nhóm	0.178	0.054	0.148	0.193	

Nhận xét: Hai phác đồ đều có tác dụng làm tăng chỉ số PaO₂/FiO₂ của bệnh nhân VPLQTM ($p < 0,05$), nhưng không có sự khác biệt khi so sánh tác dụng này của hai phác đồ ($p > 0,05$).



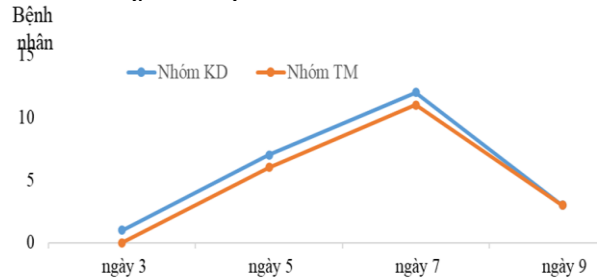
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi của CRP hai nhóm

3.2. Đánh giá hiệu quả cận lâm sàng



Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi tỷ lệ BC của hai nhóm trong điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ BC đều giảm dần trong quá trình điều trị ở cả hai nhóm, và không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tỷ lệ BC trước và sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Số BN có dấu hiệu XQ phổi về bình thường trong điều trị

Nhận xét: Dấu hiệu X quang phổi trở về bình thường chủ yếu vào ngày thứ 5 và ngày thứ 7 sau khi điều trị colistin ở cả hai nhóm.

Nhận xét: Nồng độ CRP giảm dần ở cả 2 nhóm, khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Số bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận

	Nhóm KD n	Nhóm TM n	p
Bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận	4(13.3%)	7(23.3%)	0.186
Phân loại mức độ tổn thương thận	Nguy cơ - R	4(57.1%)	0.324
	Tổn thương - I	1(25%)	
	Suy - F	0(0%)	

Nhận xét: Số bệnh nhân và phân loại mức độ tổn thương thận của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương trên thận của hai nhóm

	Nhóm KD (n=4)	Nhóm TM (n=7)	p
Thời gian xuất hiện tổn thương thận (ngày)	7.0 ±3.2	5.6 ±2.2	0.409
Thời điểm nồng độ creatinin tăng cao nhất (ngày)	7 [5.25-8.75]	7 [6-8]	0.764

Nhận xét: Thời gian xuất hiện tổn thương thận và thời điểm có nồng độ creatinine tăng cao nhất không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 3.6. Các tác dụng không mong muốn ngoài thận

	Nhóm KD n = 30	Nhóm TM n = 30	P
Tổn thương thần kinh	0 (0%)	0 (0%)	1.000
Dị ứng	0 (0%)	0 (0%)	1.000
Co thắt phế quản	0 (0%)	0 (0%)	1.000

Nhận xét: không gặp các tác dụng không mong muốn ngoài thận ở cả hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Đặc điểm giới, tuổi, chiều cao, cân nặng:

Trong số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam và nữ phân bố không đều ở cả hai nhóm: tỷ lệ nam giới của nhóm KD là 80% và nhóm TM là 86.7%, tỷ lệ này không khác biệt giữa cả hai nhóm và tương đương với các nghiên cứu trong nước. Hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về tuổi, chiều cao và cân nặng ($p > 0.05$). Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự là $50,2 \pm 20,8$ (nhóm KD) và $53,5 \pm 19,5$ (nhóm TM). Tỷ lệ lứa tuổi lao động (18 – 60) chiếm 66.7% và 70% tương ứng ở nhóm KD và TM, điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với tình hình bệnh chiếm đa số là chấn thương do tai nạn giao thông: CTSN và ĐCT. Cân nặng là yếu tố quan trọng trong việc tính liều nạp ở bệnh nhân có chỉ định dùng colistin, trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng trung bình của nhóm KD là $62,7 \pm 4,0$ và nhóm TM là $63,6 \pm 4,1$.

- **Bệnh lý nguyên nhân thở máy:** Không có sự khác biệt về phân bố nhóm nguyên nhân của hai nhóm bệnh nhân dùng colistin ($p > 0.05$). Nguyên nhân hàng đầu của bệnh nhân vào khoa hồi sức tích cực là chấn thương sọ não chiếm 55% ở nhóm chung, chiếm 60% ở nhóm

KD và 50% ở nhóm TM, tương tự nghiên cứu của Ji Young Jang⁴ với bệnh lý nguyên nhân thở máy chủ yếu là CTSN (20%), XHN (27.4%) và ĐCT (15.8%).

- **Đặc điểm vi sinh.** Tác nhân chính là vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* với tỷ lệ 63,3% ở nhóm KD và 70% ở nhóm TM; tiếp sau đó là *Pseudomonas aeruginosa* lần lượt là 26,7% và 23,3%; *Klebsiella pneumoniae* chiếm lần lượt là 10% và 6,7%.

4.2. Hiệu quả cận lâm sàng

- XQ phổi: có biểu hiện hết trong vòng 7 ngày điều trị với tỷ lệ hết dấu hiệu trên XQ phổi ở 80% trên các trường hợp có dấu hiệu tổn thương trên phim. Ở cả hai nhóm đều gặp một số trường hợp không hết do tình trạng toàn thân nặng, đa chấn thương, có chấn thương ngực kèm theo.

- Tại thời điểm bắt đầu dùng colistin, điểm PaO_2/FiO_2 trung bình của nhóm khí dung là $259,5 \pm 24,3$ và nhóm tĩnh mạch là $250,0 \pm 28,8$. Trong quá trình dùng colistin, chỉ số của nhóm KD tăng dần tại ngày thứ 3 là $309,5 \pm 18,8$ và ngày thứ 7 là $403,0 \pm 50,4$ và ngày thứ 10 là $400 \pm 54,6$. Chỉ số này ở nhóm TM là $297,5 \pm 27,8$ ở ngày thứ 3 và $395,0 \pm 69,8$ ở ngày thứ 7, và $376,5 \pm 72,4$ ngày thứ 10.

- Nồng độ CRP tại thời điểm bắt đầu dùng colistin của nhóm khí dung là $139,9 \pm 94,4$ mg/l, sau đó giảm dần còn $90,7 \pm 52,5$ mg/l tại ngày thứ 3 và còn $52,2 \pm 33,2$ mg/l tại ngày thứ 7 và đến ngày thứ 10 còn $40,5 \pm 25,6$ mg/l. Với nhóm tĩnh mạch lúc bắt đầu dùng colistin, nồng độ CRP là $147,6 \pm 84,0$ mg/l và ngày thứ 3 giảm còn $119,8 \pm 72,8$ mg/l, đến ngày thứ 7 còn $89,1 \pm 82,7$ mg/l, và ngày thứ 10 còn $69,9 \pm 56,1$. Sau 14 ngày điều trị thì CRP của cả 2 nhóm tương tự nhau là $41,9 \pm 50,2$ ở nhóm KD và $41,3 \pm 39,1$ ở nhóm TM. Tương tự với tác dụng làm giảm điểm CPIS, hai phác đồ đều có tác dụng làm giảm nồng độ CRP trong máu, tác dụng này là tương đương nhau ($p > 0,05$).

4.3. Tác dụng không mong muốn

- Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện tổn thương trên thận với phác đồ khí dung colistin là 13.3% và với phác đồ colistin tĩnh mạch 23,3%, tuy nhóm khí dung tỷ lệ gặp tổn thương trên thận thấp hơn so với nhóm dung colistin tĩnh mạch tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.060$).

- Không gặp các tác dụng không mong muốn ngoài thận như ngộ độc thần kinh, co thắt phế quản hay mất ngủ ở cả hai nhóm.

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi về số lượng BC, nồng độ CRP trước và sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt khi so sánh giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0.05$). Tỷ lệ xuất hiện tổn thương trên thận ở nhóm KD là 13.3% và nhóm TM là 23,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Thời gian xuất hiện tổn thương trên thận khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, thường gặp nhất vào ngày thứ 7 sau điều trị colistin. Không gặp tác dụng phụ không mong muốn ngoài thận khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arthur LE, Kizor RS, Selim AG., et al. Antibiotics for Ventilator Associated Pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(10).
2. Markantonis S.L, Markou N, Fousteri M, et al (2009). "Penetration of Colistin into Cerebrospinal

Fluid". Antimicrob Agents Chemother, 53(11), 4907-10.

3. Qin Lu, MD, et al (2012). "Efficacy of High-Dose Nebulized Colistin in Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug-Resistant Pseudomonas Aeruginosa and Acinetobacter Baumannii". Anesthesiology December 2012, 117, 1335-1347.
4. Ji Young Jang, et al (2017), "Efficacy and Toxicity of High-Dose Nebulized Colistin for Critically Ill Surgical Patients with Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug Resistant Acinetobacter Baumannii". Journal of Critical Care, (40), 251-256.
5. MJ Perez-Pedrero, M Sanchez-Casado, S Rodriguez-Villar (2011). Nebulized Colistin Treatment of Multi-Resistant Acinetobacter Baumannii Pulmonary Infection in Critical Ill Patients. Med Intensiva, 35(4), 266-31.
6. Nguyễn Bá Cường (2017). "Đánh Giá Hiệu Quả và Độc Tính Trên Thận Của Hai Chế Độ Liều Sử Dụng Colistin ở Bệnh Nhân Viêm Phổi Liên Quan Thở Máy". Luận Văn Bác Sĩ Nội Trú. Đại Học Y Hà Nội

KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN QUA ĐƯỜNG NÁCH GIỮA BÊN PHẢI ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN THÔNG LIÊN THẤT CÂN NẶNG DƯỚI 5KG TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH - BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Nguyễn Trung Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật ít xâm lấn qua đường nách giữa bên phải điều trị cho các bệnh nhân thông liên thất có cân nặng dưới 5kg tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 2 năm 2021 đến tháng 1 năm 2022, có 28 bệnh nhân chẩn đoán thông liên thất có cân nặng dưới 5kg được phẫu thuật ít xâm lấn và lỗ thông tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương sử dụng đường tiếp cận qua đường nách giữa bên phải được tiến hành hồi cứu. **Kết quả:** 28 bệnh nhân được và lỗ thông liên thất sử dụng phẫu thuật ít xâm lấn, có 8 bệnh nhân nam và 20 bệnh nhân nữ. Cân nặng trung bình và tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 4.8 kg (IQR, 4.5-5 kg) và 4.1 tháng (IQR, 3.52-4.78 tháng). Kích thước trung bình của lỗ thông là 8.3 ± 1.4 mm. Có 3 bệnh nhân (10.7%) có ống động mạch, 2 bệnh nhân (7.1%) có tổn tại tĩnh mạch chủ trên trái. Vị trí của lỗ thông: 22 bệnh nhân (78.6%) thông liên thất quanh màng, 3 bệnh nhân (10.7%) thông liên thất dưới van động mạch chủ, 2 bệnh nhân (7.1%) thông liên thất dưới hai van đại

động mạch, và 1 bệnh nhân (3.6%) thông liên thất phần buồng nhận. Thời gian phẫu thuật trung bình là 157.2 ± 22.2 phút, thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 45.04 ± 13.4 phút, thời gian chạy máy trung bình là 68.4 ± 13.9 phút. Chiều dài trung bình của đường rạch da là 5 cm (IQR, 4-5 cm). Thời gian thở máy trung bình là 11.7 ± 19.8 giờ. Không có bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật, không có bệnh nhân cần chuyển sang đường mổ khác. Có 3 bệnh nhân (10.7%) loạn nhịp sau phẫu thuật (2 bệnh nhân nhịp nhanh bộ nối, 1 bệnh nhân nhịp chậm xoang), và 2 bệnh nhân (7.1%) có shunt tồn lưu nhỏ ngay sau phẫu thuật. Khám lại sau phẫu thuật cho thấy không còn shunt tồn lưu và không có biến dạng lồng ngực sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả sớm sau phẫu thuật và thông liên thất cho trẻ có cân nặng dưới 5kg tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương là an toàn và khả thi. Cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp điều trị này. **Từ khóa:** thông liên thất, cân nặng dưới 5 kg, phẫu thuật ít xâm lấn

SUMMARY

PRIMARY OUTCOMES OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS CLOSURE USING THE RIGHT VERTICAL INFRA-AXILLARY MINI-THORACOTOMY FOR CHILDREN LESS THAN 5KG AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023