

8. **Chaicharn Pothirat và et al** (2015). Peak expiratory flow rate as a surrogate for forced expiratory volume in 1 second in COPD severity classification in Thailand, International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 10, tr. 1213-1218.
9. **Global Initiative for Chronic Obstructive**

- Disease** (2020). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, report 2020.
10. **Piyush Arora & et al** (2014). Evaluating the technique of using inhalation device in COPD and Bronchial Asthama patients, Respiratory Medicine, 108, 992-998.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN VÀ THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ TRONG NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2021- 2022

Lê Nguyễn Uyên Chi¹, Đặng Diệu Linh¹, Phùng Mạnh Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình nhiễm khuẩn, đặc điểm nhạy cảm và đề kháng kháng sinh của các tác nhân gây bệnh giúp quyết định sự lựa chọn kháng sinh ban đầu trong nhiễm trùng cổ sâu. Thời gian điều trị nhiễm trùng cổ sâu phản ánh mức độ nặng của bệnh và hiệu quả của các phương pháp điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn và thời gian điều trị trong nhiễm trùng cổ sâu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca, ghi nhận 138 trường hợp nhiễm trùng cổ sâu được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2021 đến 5/2022. **Kết quả:** Các loài Streptococcus là vi khuẩn Gram dương thường gặp nhất (54%); nhạy 100% với Tigecycline, Linezolid, Vancomycin. Nhóm Streptococcus anginosus và nhóm khác thuộc Viridans Streptococci không nhạy với Penicillin (21,6% và 46,2%), Ceftriaxone (2,9% và 7,7%). K. pneumoniae là vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất (29%); ưu thế ở bệnh nhân có đái tháo đường (37,5% so với 13,9%; p <0,05); nhạy cao với β -lactam/ chất ức chế β -lactamase, nhóm Carbapenem, Tigecycline (89,7% - 93,1%). Vi khuẩn đa kháng chiếm tỷ lệ 20% và đa dạng về các loài và kiểu hình. Thời gian điều trị có trung vị là 8 ngày, khoảng tứ phân vị là 6- 12 ngày, phạm vi là 2- 36 ngày. Yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị ≥ 10 ngày gồm: số khoang cổ sâu bị áp xe (OR = 1,42; 95% CI = 1,13-1,79), nhiễm toan ceton (OR = 2,96; 95% CI = 1,12-7,82), vết thương mủ kéo dài (OR = 5,9; 95% CI = 2,26- 15,41). **Kết luận:** Trong nhiễm trùng cổ sâu các loài Streptococcus nhạy với Tigecycline, Linezolid, Vancomycin; không nhạy với Penicillin và Ceftriaxone. K. pneumoniae nhạy với β -lactam/ chất ức chế β -lactamase, nhóm Carbapenem, Tigecycline. Vi khuẩn đa kháng đa dạng. Số khoang cổ sâu bị áp xe, nhiễm toan ceton và vết thương mủ kéo dài là các yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị ≥ 10 ngày. **Từ khóa:** Nhiễm trùng cổ sâu, vi khuẩn, thời gian điều trị

SUMMARY

INVESTIGATING BACTERIOLOGY AND LENGTH OF STAY IN PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTION

Background: Choosing an appropriate initial antibiotic therapy for deep neck infection depends on bacteriology and antibiotic sensitivity pattern of pathogens. Length of stay reflects the severity of deep neck infection and the effectiveness of treatment. **Objectives:** Investigating bacteriology and length of stay in patients with deep neck infection in Cho Ray hospital from 12/2021 to 05/2022. **Methods:** Description of 138 patients with deep neck infection in Cho Ray hospital from 12/2021 to 05/2022. **Results:** Streptococcus sp. were the most common gram-positive bacterial pathogen (54%) and were sensitive 100% to Tigecycline, Linezolid, Vancomycin. Streptococcus anginosus group and other subgroups of Viridans Streptococci group were not sensitive to Penicillin (21.6% and 46.2%), Ceftriaxone (2.9% and 7.7%). K. pneumoniae were the most common gram-negative bacterial pathogen (29%), predominated in patients with diabetes (37.5% vs 13.9%; p <0,05); were highly sensitive to β -lactam/ β -lactamase inhibitors, Carbapenem, Tigecycline (89.7%- 93.1%). Multidrug-resistant organisms accounted for 20% and were various in species and phenotypes. The median of length of stay in patients with deep neck infection was 8 days, the interquartile range was 6-12 days, and the range was 2-36 days. Risk factors for length of stay ≥ 10 days included: number of involved spaces (OR = 1.42; 95% CI = 1.13 - 1.79), ketoacidosis (OR = 2.96; 95% CI = 1.12-7.82), prolonged purulent wound (OR = 5.9; 95% CI = 2.26-15.41). **Conclusions:** In deep neck infection, Streptococcus sp. were sensitive to Tigecycline, Linezolid, Vancomycin; not sensitive to Penicillin, Ceftriaxone. K. pneumoniae were sensitive to β -lactam/ β -lactamase inhibitors, Carbapenem, Tigecycline. Multidrug-resistant organisms were various. Number of involved spaces, ketoacidosis and prolonged purulent wound were risk factors for length of stay ≥ 10 days.

Keywords: Deep neck infection, bacteriology, length of stay

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu là bệnh lý nguy hiểm có tỷ lệ biến chứng là 22% và tỷ lệ tử vong là

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Uyên Chi

Email: uyenchien@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

1,4%. Vi khuẩn thường gặp trong nhiễm trùng cổ sâu bao gồm: các loài Streptococcus, Staphylococcus aureus, các loài Prevotella, các loài Peptostreptococcus⁽¹⁾. Đặc điểm nhạy cảm và đề kháng kháng sinh của các tác nhân vi khuẩn giúp bác sĩ lâm sàng lựa chọn kháng sinh ban đầu thích hợp. Thời gian điều trị (TGĐT) trung bình nhiễm trùng cổ sâu tại bệnh viện Chợ Rẫy vào năm 2018 là $10,1 \pm 4,8$ ngày⁽²⁾. Các yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị sẽ làm tăng gánh nặng về chi phí, nguồn lực y tế và tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là khảo sát các yếu tố ảnh hưởng thời gian nằm viện của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu từ 18 tuổi trở lên được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2021 đến 05/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm trùng cổ sâu, được phẫu thuật dẫn lưu mủ và làm xét nghiệm nuôi cấy, định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2021 tới 05/2022

Tiêu chuẩn loại ra. Bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu hoặc bệnh nhân ung thư vùng cổ áp xe hóa, lao áp xe hóa hoặc bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu thứ phát sau vết thương, phẫu thuật vùng đầu cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả loạt ca

Các bước tiến hành. Ghi nhận các xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn hiếu khí (VITEK 2 COMPACT, MALDI – TOF) và kháng sinh đồ (VITEK 2 COMPACT, BioMerieux, tiêu chuẩn của Viện tiêu chuẩn xét nghiệm cận lâm sàng CLSI 2016).

Chúng tôi ghi nhận các kiểu hình đề kháng kháng sinh theo Magiorakos gồm (1) Không đa kháng (not multidrug-resistant, NR): kháng lại ≤ 2 nhóm kháng sinh; (2) Đa kháng (multidrug-resistant, MDR): kháng lại ít nhất 1 loại trong ≥ 3 nhóm kháng sinh; (3) Đa kháng diện rộng (extensively drug resistant, XDR): kháng lại ít nhất 1 loại trong hầu hết các nhóm kháng sinh trừ ≤ 2 nhóm và (4) Kháng toàn bộ (pandrug-resistant, PDR): kháng tất cả các loại trong tất cả các nhóm kháng sinh⁽³⁾.

Ghi nhận thời gian nằm viện của các trường hợp nhiễm trùng cổ sâu và chia thành hai nhóm bệnh nhân có TGĐT <10 ngày và TGĐT ≥ 10 ngày.

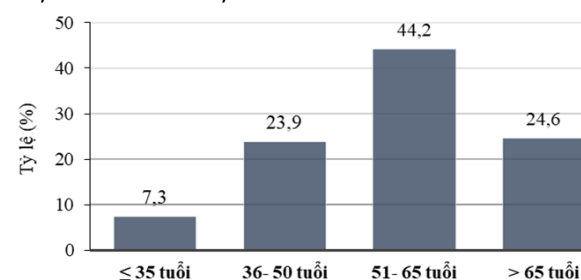
Ghi nhận các biến số về tuổi, giới tính, nhiều bệnh đồng mắc (≥ 2 bệnh); đái tháo đường; albumin máu thấp (< 3 mg/dL); thời gian bệnh trước nhập viện; hội chứng đáp ứng viêm toàn thân tại thời điểm nhập viện; khoang cổ sâu bị áp xe và biến chứng lan trung thất (xác định trên CT-scan hàm mặt hoặc cổ ngực có cản quang), rối loạn điện giải, nhiễm toan ceton, vết thương mủ kéo dài (vết thương sau mổ còn mủ hậu phẫu ngày 4), phẫu thuật mở khí quản, nuôi ăn qua sonde, nhập ICU, tử vong hoặc xin về.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu với phần mềm Stata 14.2

Thông kê mô tả: Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (TB \pm ĐLC) nếu phân phối bình thường hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị nếu phân phối không bình thường. Biến kết cục là biến nhị giá. Với biến độc lập định tính, kiểm định mối tương quan bằng kiểm định chi bình phương và kiểm định Fisher. Với biến độc lập định lượng, kiểm định mối tương quan bằng hồi quy logistic đơn biến. Với nhiều biến độc lập, kiểm định mối tương quan bằng hồi quy logistic đa biến, xây dựng mô hình hồi quy tối ưu và thống kê mô tả bằng chỉ số odds ratio, khoảng tin cậy 95% (OR; 95% CI).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 138 trường hợp nhiễm trùng cổ sâu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Tỷ lệ phân bố giới tính của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 57,2% nam và 42,8% nữ.



Biểu đồ 1: Đặc điểm phân bố nhóm tuổi

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $56,4 \pm 13,12$; tập trung nhiều nhất ở nhóm 51-65 tuổi (44,2%). Nhóm bệnh nhân > 65 tuổi chiếm 24,6% (Biểu đồ 1).

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu có bệnh lý đồng mắc là 85,5%, phổ biến nhất là đái tháo đường (61,6%) và bệnh lý tim mạch (43,5%). Nguyên nhân thường gặp nhất là sâu răng chiếm tỷ lệ 18,8%.

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu ảnh hưởng đa khoang (≥ 2 khoang) là 73,2%. Trong đó, vị trí thường gặp nhất là khoang dưới hàm (52,3%).

3.2. Tình hình nhiễm khuẩn. Tỷ lệ nuôi cấy định danh vi khuẩn dương tính là 67,4%. Trong đó, 62,3% bệnh nhân định danh được 1 loài vi khuẩn; 5,1% bệnh nhân đồng nhiễm 2 loài vi khuẩn.

Bảng 1: Các loài vi khuẩn định danh được trong nghiên cứu

| Vi khuẩn | n | Tỷ lệ (%) |
|--|----|-----------|
| Vi khuẩn Gram dương (n= 59; 59%) | | |
| Các loài Streptococcus | 54 | 54 |
| Nhóm Streptococcus anginosus ^a | 38 | 38 |
| Nhóm khác thuộc Viridans Streptococci ^b | 13 | 13 |
| Nhóm Streptococci tiêu huyết β ^c | 3 | 3 |
| Staphylococcus aureus | 5 | 5 |
| Vi khuẩn Gram âm (n= 41; 41%) | | |
| Klebsiella pneumoniae | 29 | 29 |
| Các loài khác thuộc họ | 5 | 5 |

| Enterobacteriaceae ^d | | |
|---------------------------------|------------|------------|
| Acinetobacter baumannii | 3 | 3 |
| Pseudomonas aeruginosa | 2 | 2 |
| Burkholderia pseudomallei | 2 | 2 |
| Tổng cộng | 100 | 100 |

^a Bao gồm: S. constellatus, S. anginosus và S. intermedius

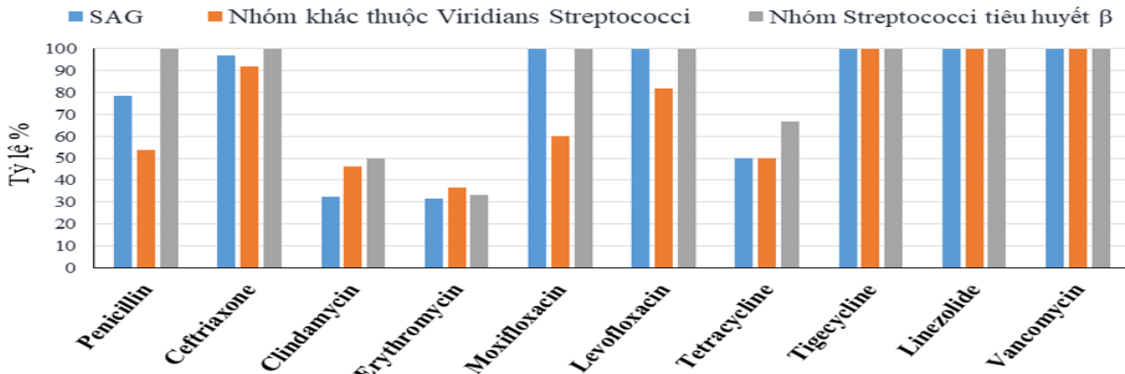
^b Bao gồm các nhóm S. mitis, S. sanguis, S. salivarius, S. mutans

^c Bao gồm nhóm A (S. pyogenes), nhóm B (S. agalactiae), nhóm D (Enterococcus faecalis)

^d Bao gồm: E. coli, Enterobacter aerogenes, Morganella morganii, Citrobacter koseri

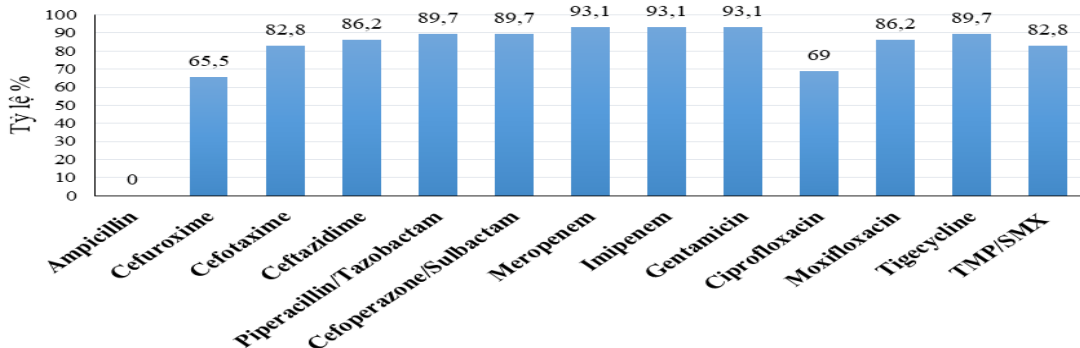
Trong nhiễm trùng cổ sâu, vi khuẩn Gram dương chiếm ưu thế với tỷ lệ 59%. Vi khuẩn Gram dương thường gặp nhất là các loài Streptococcus (54%). Vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất là K. pneumoniae (29%) (Bảng 1).

Nhóm bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ định danh được K. pneumoniae cao hơn đáng kể so với bệnh nhân không đái tháo đường (37,5% so với 13,9%; $p < 0,05$).



Biểu đồ 2: Đặc điểm nhạy cảm kháng sinh của các loài Streptococcus

Các loài Streptococcus còn nhạy 100% với Tigecycline, Linezolid, Vancomycin. Nhóm Streptococci tiêu huyết β nhạy 100% với Penicillin, Ceftriaxone. Nhóm Streptococcus anginosus (Streptococcus anginosus group- SAG) và nhóm khác thuộc Viridans Streptococci không nhạy với Penicillin (21,6% và 46,2%) và Ceftriaxone (2,9% và 7,7%) (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 3: Đặc điểm nhạy cảm kháng sinh của Klebsiella pneumoniae

K. pneumoniae nhạy cao với β -lactam/ chất ức chế β -lactamase (89,7%), nhóm Carbapenem (93,1%), Gentamycin (93,1%) và Tigecycline (89,7%) (Biểu đồ 3).

Vi khuẩn đa kháng trong nhiễm trùng cổ sâu chiếm tỷ lệ cao (20%) và đa dạng: Staphylococcus aureus (3/5 trường hợp, kiểu hình MDR), K. pneumoniae (9/29 trường hợp, kiểu hình MDR và 2/29 trường hợp, kiểu hình XDR), E. coli (2/2 trường hợp, kiểu hình MDR), Acinetobacter baumannii (3/3 trường hợp, kiểu hình XDR), Pseudomonas aeruginosa (1/2 trường hợp, kiểu hình MDR).

3.3. Thời gian điều trị. Thời gian điều trị có trung vị là 8 ngày, khoảng tứ phân vị là 6- 12 ngày, phạm vi là 2-36 ngày. Nhóm bệnh nhân có TGĐT <10 ngày chiếm 60,14% (83 trường hợp), còn lại là nhóm có TGĐT \geq 10 ngày chiếm 39,86% (55 trường hợp).

Thời gian điều trị kéo dài có tương quan với rất nhiều yếu tố khác nhau liên quan đến bệnh đồng mắc, vấn đề dinh dưỡng và các biến chứng trong quá trình điều trị. Bệnh nhân có thời gian điều trị \geq 10 ngày có tỷ lệ cao hơn đáng kể về: nhiều bệnh đồng mắc (61,8% so với 39,8%; $p < 0,05$), albumin máu thấp (43,6% so với 15,7%; $p < 0,001$), nhiễm trùng lan trung thất (23,6% so với 10,8%; $p < 0,05$), rối loạn điện giải (50,9% so với 30,1%; $p < 0,05$), nuôi ăn qua sonde dạ dày (41,82% so với 18,07%; $p < 0,01$) và nhiễm trùng bệnh viện (20% so với 3,6%; $p < 0,05$) so với bệnh nhân có thời gian điều trị < 10 ngày.

Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận các yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị \geq 10 ngày gồm: số khoang cổ sâu bị áp xe, nhiễm toan ceton và vết thương mù kéo dài.

Bảng 2: Yếu tố nguy cơ gây kéo dài TGĐT \geq 10 ngày

| Yếu tố nguy cơ | OR | Khoảng tin cậy 95% | p |
|------------------------------|------|--------------------|---------|
| Số khoang cổ sâu bị áp xe | 1,42 | 1,13-1,79 | 0,003 |
| Vết thương cùn mù sau 4 ngày | 5,9 | 2,26- 15,41 | <0,0001 |
| Nhiễm toan ceton | 2,96 | 1,12-7,82 | 0,028 |

Cứ thêm 1 khoang cổ sâu bị áp xe thì odds TGĐT \geq 10 ngày (tỷ lệ xác suất bệnh nhân có TGĐT \geq 10 ngày trên xác suất bệnh nhân có TGĐT < 10 ngày) tăng thêm 42% (Bảng 2).

Bệnh nhân bị nhiễm toan ceton có odds TGĐT \geq 10 ngày gấp 2,96 lần so với bệnh nhân không nhiễm toan ceton. Bệnh nhân có vết thương mù kéo dài có odds TGĐT \geq 10 ngày gấp 5,9 lần so với bệnh nhân không có vết thương

mù kéo dài (Bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhiễm trùng cổ sâu là ưu thế ở giới nam với tỷ lệ 57,2%. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu của tác giả Velhonoja (64,6%), của tác giả Boscolo-Rizzo (56,2%)^{(1),(4)}. Nhiều nghiên cứu ghi nhận hormone sinh dục có ảnh hưởng đến đáp ứng miễn dịch của cơ thể đối với nhiễm trùng. Trong đó testosterone khiến cơ thể nhạy cảm hơn với tác nhân gây bệnh ngược lại với estrogen có vai trò bảo vệ cơ thể⁽⁵⁾.

Bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu trong nghiên cứu tập trung nhiều ở nhóm tuổi 51-65 chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,2%. Nhóm bệnh nhân lớn tuổi (> 65 tuổi) chiếm 24,6% (Biểu đồ 1). Nghiên cứu của tác giả Chi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân > 65 tuổi chiếm 21,6%. So với nhóm bệnh nhân 18- 65 tuổi, nhóm bệnh nhân này có tỷ lệ cao hơn về: các bệnh đồng mắc (đái tháo đường, tăng huyết áp), áp xe đa khoang, biến chứng và can thiệp phẫu thuật⁽⁶⁾.

4.2. Tình hình nhiễm khuẩn. Chúng tôi ghi nhận được 100 kết quả định danh vi khuẩn hiếu khí, trong đó các vi khuẩn Gram dương chiếm ưu thế với tỷ lệ 59%. Vi khuẩn Gram dương thường gặp nhất là các loài Streptococcus với tỷ lệ 54% (Bảng 1). Tác giả Võ Thanh Hà và tác giả Velhonoja cũng đưa ra kết luận tương tự với tỷ lệ các loài Streptococcus lần lượt là 44,6% và 63,7%^{(1),(7)}. Các loài Streptococcus được phân thành nhóm Streptococci tiêu huyết β và nhóm Streptococci không tiêu huyết β . Nhóm Streptococci không tiêu huyết β gồm phế cầu và nhóm Viridans Streptococci. Viridans Streptococci là một nhóm lớn các vi khuẩn thường trú ở vùng họng miệng và bao gồm nhiều nhóm nhỏ khác nhau trong đó có nhóm S. anginosus (SAG)⁽⁸⁾. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận SAG chiếm tỷ lệ cao nhất là 38% (Bảng 1). Tác giả Jarno Velhonoja ghi nhận SAG chiếm tỷ lệ 35,8%⁽¹⁾.

Các loài Streptococcus còn nhạy 100% với Tigecycline, Linezolid, Vancomycin nhưng đã xuất hiện các chủng không nhạy với Penicillin, Ceftriaxone ở SAG (21,6%; 2,9%) và nhóm khác thuộc Viridans Streptococci (46,2%; 7,7%) (Biểu đồ 2). Nhóm Viridans Streptococci đề kháng Penicillin qua cơ chế đột biến gen pbp2x làm thay đổi cấu trúc phân tử protein gắn Penicillin (PBP) và sự thay đổi này cũng có ảnh hưởng đến độ nhạy cảm với các kháng sinh β -lactam khác như Cephalosporin⁽⁸⁾.

Chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân có đái tháo đường có tỷ lệ nhiễm *K. pneumoniae* cao hơn đáng kể so với bệnh nhân không đái tháo đường (37,5% so với 13,9%; $p < 0,05$). Tác giả Hidaka khi thống kê nhiều nghiên cứu ghi nhận đái tháo đường là yếu tố nguy cơ nhiễm trùng cổ sâu do *K. pneumoniae*. Bệnh lý đái tháo đường làm suy giảm khả năng miễn dịch của cơ thể, tạo điều kiện cho *K. pneumoniae* chuyển từ trạng thái khuẩn lạc sang thành trạng thái gây bệnh ở các bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu⁽⁹⁾.

K. pneumoniae nhạy cao với β -lactam/ chất ức chế β -lactamase (89,7%), nhóm Carbapenem (93,1%), Gentamycin (93,1%) và Tigecycline (89,7%) (Biểu đồ 3). Nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Hà trên bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại bệnh viện Chợ Rẫy vào năm 2016 cũng cho kết quả tương tự khi ghi nhận tác nhân này nhạy 100% với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Gentamycin, Trimethoprim/Sulfamethoxazole và nhóm Quinolone⁽⁷⁾.

Dựa vào định nghĩa của tác giả Magiorakos và kết quả kháng sinh đồ, chúng tôi ghi nhận các trường hợp đa kháng chiếm tỷ lệ 20%; đa dạng về chủng loài và kiểu hình đề kháng: *Staphylococcus aureus* (3/5 trường hợp, kiểu hình MDR), *K. pneumoniae* (9/29 trường hợp, kiểu hình MDR và 2/29 trường hợp, kiểu hình XDR), *E. coli* (2/2 trường hợp, kiểu hình MDR), *Acinetobacter baumannii* (3/3 trường hợp, kiểu hình XDR), *Pseudomonas aeruginosa* (1/2 trường hợp, kiểu hình MDR). Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên mô tả đặc điểm vi khuẩn đa kháng trong bệnh lý nhiễm trùng có nguồn gốc từ cộng đồng nói chung và bệnh lý nhiễm trùng cổ sâu nói riêng.

4.3. Thời gian điều trị. Chúng tôi ghi nhận thời gian điều trị của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu có trung vị là 8 ngày, khoảng tứ phân vị là 6-12 ngày, phạm vi là 2-36 ngày. Tác giả Nguyễn Thị Kim Hương ghi nhận thời gian điều trị trung bình của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại bệnh viện Chợ Rẫy là $10,1 \pm 4,8$ ngày; phạm vi là 2-28 ngày⁽²⁾. Tác giả Velhonoja ghi nhận bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu có thời gian điều trị trung bình là 8,5 ngày; trung vị là 6 ngày; phạm vi là 2-114 ngày⁽¹⁾. Kết quả của tất cả các nghiên cứu nêu trên đều cho thấy thời gian điều trị của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu dao động trong phạm vi rất rộng. Sự khác biệt lớn về thời gian điều trị giữa các trường hợp nhiễm trùng cổ sâu càng nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc xác định các yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị.

Chúng tôi sử dụng hồi quy logistic đa biến để khảo sát nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến thời gian điều trị và loại trừ sự ảnh hưởng lẫn nhau giữa các yếu tố và khử các yếu tố gây nhiễu. Kết quả ghi nhận yếu tố nguy cơ độc lập khiến TGD ≥ 10 ngày theo mô hình hồi quy gồm: số khoang cổ sâu bị áp xe (OR = 1,42; 95% CI = 1,13-1,79), nhiễm toan ceton (OR = 2,96; 95% CI = 1,12-7,82), vết thương mổ kéo dài (OR = 5,9; 95% CI = 2,26- 15,41) (Bảng 2). Tác giả Lee sử dụng hồi quy tuyến tính đa biến ghi nhận các yếu tố nguy cơ kéo dài thời gian nằm viện gồm số khoang cổ sâu bị áp xe (hệ số hồi quy là 0,15; $p = 0,027$), đái tháo đường (hệ số hồi quy là 0,139; $p = 0,048$) và biến chứng (hệ số hồi quy là 0,54; $p = 0,001$)⁽¹⁰⁾.

Nhiều khoang cổ sâu bị áp xe phản ánh mức độ nặng của tình trạng nhiễm trùng; làm tăng nguy cơ bỏ sót ổ áp xe và nguy cơ phải phẫu thuật lần hai; tăng vị trí đường mổ để tiếp cận ổ mổ và đặt dẫn lưu, gây kéo dài thời gian theo dõi và chăm sóc vết thương hậu phẫu.

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát từng biến chứng cụ thể của nhiễm trùng cổ sâu như nhiễm trùng lan trung thất, nhiễm toan ceton, rối loạn điện giải, nhiễm trùng bệnh viện. Trong đó, chỉ có nhiễm toan ceton là yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị. Nhiễm toan ceton là biến chứng cấp tính của bệnh lý đái tháo đường, thường xảy ra khi bệnh nhân có nhiễm trùng nặng. Kết quả của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát đường huyết trên các bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu có đái tháo đường.

Bên cạnh đó, tình trạng vết thương sau mổ có thể phản ánh hiệu quả của phẫu thuật dẫn lưu mổ, liệu pháp kháng sinh và quá trình chăm sóc vết thương. Đánh giá vết thương sau mổ là cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng và có kế hoạch nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Trong nhiễm trùng cổ sâu, vi khuẩn Gram dương chiếm ưu thế, trong đó thường gặp nhất là các loài *Streptococcus*. Các loài *Streptococcus* nhạy với Tigecycline, Linezolid, Vancomycin; không nhạy với Penicillin và Ceftriaxone. *K. pneumoniae* là vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất, phổ biến ở bệnh nhân có đái tháo đường. *K. pneumoniae* nhạy với β -lactam/ chất ức chế β -lactamase, nhóm Carbapenem, Tigecycline. Vi khuẩn đa kháng chiếm tỷ lệ cao và đa dạng về loài và kiểu hình. Các yếu tố nguy cơ gây kéo dài thời gian điều trị ≥ 10 ngày gồm số khoang cổ

sâu bị áp xe, nhiễm toan ceton và vết thương mủ kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Velhonoja J, Lääveri M, Soukka T, Irjala H, Kinnunen I.** Deep neck space infections: an upward trend and changing characteristics. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2020;03/01 2020;277(3):863-872. doi:10.1007/s00405-019-05742-9
2. **Nguyễn Thị Kim Hương.** Đặc điểm hình ảnh X-quang cắt lớp vi tính của áp xe vùng cổ. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2018.
3. **Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, et al.** Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect*. Mar 2012;18(3):268-281. doi:10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x
4. **Boscolo-Rizzo P, Stellin M, Muzzi E, et al.** Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2012/04/01 2012;269(4):1241-1249. doi:10.1007/s00405-011-1761-1
5. **vom Steeg LG, Klein SL.** Sex Steroids Mediate Bidirectional Interactions Between Hosts and Microbes. *Hormones and Behavior*. 2017/02/01/2017;88:45-51. doi:https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.10.016
6. **Chi TH, Tsao YH, Yuan CH.** Influences of patient age on deep neck infection: clinical etiology and treatment outcome. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Oct 2014;151(4):586-590. doi:10.1177/0194599814542589
7. **Võ Thanh Hà.** Khảo sát vi trùng áp dụng trong điều trị nhiễm trùng cổ sâu tại bệnh viện Chợ Rẫy Luận án chuyên khoa cấp II. 2016, đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Chun S, Huh HJ, Lee NY.** Species-specific difference in antimicrobial susceptibility among viridans group streptococci. *Annals of Laboratory Medicine*. 2015;35(2):205.
9. **Hidaka H, Yamaguchi T, Hasegawa J, et al.** Clinical and bacteriological influence of diabetes mellitus on deep neck infection: Systematic review and meta-analysis. 2015;37(10):1536-1546. doi:https://doi.org/10.1002/hed.23776
10. **Lee J-K, Kim H-D, Lim S-C.** Predisposing Factors of Complicated Deep Neck Infection: An Analysis of 158 Cases. *ymj*. 02 2007;48(1):55-62. doi:10.3349/ymj.2007.48.1.55

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI SAU ĐIỀU TRỊ LASER NỘI TĨNH MẠCH BẰNG THANG ĐIỂM CIVIQ-14

Trần Minh Bảo Luân^{1,2}, Phạm Văn Tạo³, Nguyễn Hưng Trường^{1,2}, Vũ Trí Thanh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới trước và sau điều trị Laser nội mạch. **Đối tượng – phương pháp:** đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tĩnh mạch mạn tính được điều trị laser nội mạch bằng thang điểm CIVIQ-14. **Kết quả:** từ 01/2020 đến 06/2021 tại khoa Ngoại Lồng Ngực – Mạch Máu BV Đại Học Y Dược TPHCM, 103 BN (156 chân) được thực hiện thủ thuật Laser nội mạch bước sóng 1470nm, 53 BN được can thiệp cả 2 chân, 50 BN can thiệp 1 chân. Trong đó, 66 nữ (64%), 37 nam (36%), tuổi trung bình 55,2 ± 11,8 (27 – 70). 52/103

BN (50,5%) được phẫu thuật Muller kèm theo. Điểm CIQIV-14 trung bình thay đổi trước và sau thủ thuật: Đau, Thở chất, Tâm lý thay đổi tương ứng 2,6 ± 2,6; 5,2 ± 4,6; 5,8 ± 5,4; tổng điểm trung bình thay đổi 13,7 ± 7,5. Tất cả BN đều hài lòng 40,8% hoặc rất hài lòng 59,2%. Không có BN không hài lòng. **Kết luận:** sự thay đổi của phương diện “đau”, “tâm lý” và “xã hội” thông qua bộ 14 câu hỏi trong thang điểm CIVIQ-14. Kết quả cho thấy sự thay đổi một cách rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. 100% các BN đều hài lòng hoặc rất hài lòng sau thủ thuật. Có 59,2% ở mức hài lòng và 40,8% mức rất hài lòng.

Từ khóa: suy tĩnh mạch mạn tính, laser nội mạch, thang điểm CIVIQ-14

SUMMARY

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY AFTER ENDOVENOUS LASER INTERVENTION BY CIVIQ-14 SCALE

Objectives: Evaluation of changes in quality of life of patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities before and after Endovenous Laser intervention. **Methods:** This is a retrospective case series study to evaluate the quality of life of patients

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đa khoa TP Cần Thơ

⁴Bệnh viện Đa khoa TP Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trí Thanh

Email: drthanhtinh2000@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023