họng, xâm lấn nội sọ nhưng chưa ghi nhận di căn.

Phương pháp điều trị đa mô thức gồm phẫu thuật kết hợp với hoá trị và xạ trị là phương pháp điều trị chính. Điều trị đa mô thức được ủng hộ để ngăn ngừa di căn, tái phát và điều trị khối u còn sót lại sau khi cắt bỏ. Theo Carvajal (9), kết quả của phẫu thuật triệt căn sớm (radiacal surgery) sẽ tốt hơn so với phẫu thuật không triệt căn (non – radical surgery). Mặc dù PNET nhạy với xạ trị nhưng xạ trị là phương pháp điều trị hỗ trợ được dùng trong những trường hợp không cắt bỏ được hoàn toàn khối u hoặc rìa gần u. Phác đồ hóa trị được khuyến nghị trong điều trị PNET bao gồm vincristine, doxorubicin và cyclophosphamide cùng với ifosfamide và etoposide (IE) (9). Trong trường hợp của chúng tôi, 1 bệnh nhân đã được sinh thiết và đang xạ trị, 1 bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy toàn bộ khối u nhưng không kết hợp hoá xạ trị sau phẫu thuật.

Do tính chất phát triển nhanh và độ xâm lấn cao nên tiên lượng của PNET rất xấu, tỷ lệ sống còn sau 2 năm từ sau khi được chẩn đoán và điều trị đa mô thức là 65%, và giảm xuống 25% nếu khối u lớn hơn 5 cm (7). Nhiều tài liệu y văn cho thấy tỷ lệ sống sót sau 5 năm của những bệnh nhân có bệnh lý tại chỗ là 40 -79%, và đã di căn là 0 – 25% (7). Các yếu tố tiên lượng xấu đối với PNET bao gồm bệnh nhân trên 10 tuổi, thâm nhiễm xương và di căn tủy xương, xạ trị trị liệu với liều cao hơn 5 Gy, và hóa trị liệu liều cao. Hiện tại số liệu của chúng tôi còn ít để có thể đánh giá tỷ lệ sống còn của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

U ngoại bì thần kinh nguyên thuỷ (PNET) là các khối u ác tính có độ xâm lấn cao, rất hiếm gặp ở đầu và cổ. Đến nay, vẫn chưa có các phương thức lâm sàng hay hình ảnh học nào giúp phát hiện sớm bệnh lý này. Tuy nhiên, hoá mô miễn dịch đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị sớm giúp cải thiện khả năng sống sót lâu dài của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Batsakis JG, Mackay B, el-Naggar AK**. Ewing's sarcoma and peripheral primitive neuroectodermal tumor: an interim report. Ann Otol Rhinol Laryngol 1996; 105: 838-843.
2. **Stout AP.** A tumor of the ulnar nerve. Proc NY Pathol Soc 1918;12:2-12.
3. **Hart MN, Earle KM.** Primitive neuroectodermal tumors of the brain in children. Cancer 1973;32:890-7.
4. **Iezzoni JC, Mills SE**. "Undifferentiated" small round cell tumors of the sinonasal tract: Differential diagnosis update. Am J clin Pathol 2005; 124: 110- 121.
5. **Yuwanati M, Tupkari J, Mhaske S, Joshi P (2013)** Primitive neuroectodermal tumor of the posterior mandible: A case report. J Clin Exp Invest 4: 101-104.
6. **Carvajal R, Meyer P.** Ewing's sarcoma and primitive neuroectodermal family of tumor. Hematol Oncol Clin North Am. June 2005; 19: 501-525.
7. **Kushner BH, Haydu S, Gulati SC.** Extracranial primitive neur- oectodermal tumors. Cancer 1991; 67: 1825-1826.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN VIÊM MŨI XOANG CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Ngọc Hà[1], Nguyễn Quang Trung[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm vi khuẩn học ở trẻ em viêm mũi xoang cấp tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 43 trường hợp được chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tại Khoa Tai Mũi Họng và Khoa Vi sinh - Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023. **Kết quả nghiên cứu**: cho thấy tuổi trung bình chung là 6,07±3,61, tỷ lệ trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ (65,1% và 34,9%). Tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 69,8% (30 bệnh nhân). Vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae chiếm 53,3%, tiếp theo là M.catarrhalis (20,0%); S. pneumoniae và S.aureus (16,7%); không gặp trường hợp nào là vi khuẩn kị khí và P.aeruginosa. **Kết luận:** Nuôi cấy định danh vi khuẩn trong viêm mũi xoang cấp tínhtrẻ em cho bác sỹ lâm sàng định hướng sử dụng kháng sinh thích hợp để điều trị.

Từ khóa: Vi khuẩn, viêm mũi xoang cấp, trẻ em.

[1]Bệnh viện Nhi Trung ương
[2]Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hà
Email: drhaent@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023
Ngày duyệt bài: 22.8.2023

SUMMARY

BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objectives: To evaluate Bacteriological

characteristics in children with acute rhinosinusitis at the National Children's Hospital. **Methods:** A prospective sectional study was conducted 43 cases of acute rhinosinusitis diagnosed at the Department of Otolaryngology and Microbiology – Vietnam National Hospital of Pediatrics from July 2022 to April 2023. **Result:** The results showed that the mean age was 6.07±3.61, and the proportion of boys was higher than that of girls (65.1% and 34.9%). The positive proportion was 69.8% (30 patients). The most frequently detected bacteria were H influenzae 53.3%, M. catarrhalis (20,0%); S. pneumoniae and S.aureus (16,7%); there were no cases of anaerobic bacteria and P.aeruginosa. **Conclusion:** Bacterial Identification with culture media in acute rhinosinusitis in children helps clinicians guide appropriate antibiotic use for treatment. ***Keywords:*** Bacteria, acute rhinosinusitis, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang ở trẻ em đang có xu hướng gia tăng do tình trạng ô nhiễm môi trường, sự mở rộng các đô thị và đặc biệt là sự gia tăng hiện tượng kháng thuốc của vi khuẩn. Ở Mỹ, ước tính khoảng 5%-13% trẻ bị viêm xoang.[1] Tại Việt Nam, tỉ lệ viêm xoang ở trẻ em ước tính 6,3%-6,6%[2]. Bệnh lý viêm mũi xoang cấp gây ra bởi các tác nhân như vi khuẩn và virus với nhiều yếu tố thuận lợi làm bệnh tiến triển. Viêm mũi xoang là nhóm nguyên nhân thứ 5 sử dụng kháng sinh, trong đó nhóm vi khuẩn hay gặp là Streptococcus Pneumonia, Hemophilus Influenza, Moraxella Catarrhalis.[3,4] Khoảng 30% trẻ em bị viêm xoang cấp nhiễm S. pneumonia, H. influenza 20% và M. catarrhalis là khoảng 20%. S.pneumoniae kháng penicilin tiếp tục gia tăng tới 25% đến 50%, tùy thuộc từng khu vực. 50% H. influenzae sinh beta - lactamase và 100% M.catarrhalis cũng làm tăng gánh nặng về kháng kháng sinh trong điều trị viêm mũi xoang trẻ em; đặc biệt P.aeruginosa thường được tìm thấy sau nhiều đợt kháng sinh và trên những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.[5]Tại Việt Nam, vấn đề vi khuẩn trong điều trị viêm mũi xoang cũng đã được nghiên cứu bởi một số tác giả trong nước từ năm 1974 - 2017. Tuy nhiên, các vi khuẩn không ngừng biến đổi, kéo theo đó là sự thay đổi về mô hình vi khuẩn cũng như tỷ lệ nhạy kháng với kháng sinh trong điều trị bệnh viêm mũi xoang. Vì vậy nghiên cứu này đã được thực hiện với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm vi khuẩn học ở trẻ em viêm mũi xoang cấp tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiêncứu. Trẻ dưới 18 tuổi, được chẩn đoán viêm mũi xoang cấp theo European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 (EPOS 2020).[3] (Ngạt tắc mũi; Chảy dịch mũi đổi màu; Ho (ngày và đêm); Đột ngột xuất hiện hai hoặc nhiều hơn các triệu chứng trên, thời gian <12 tuần).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng và Khoa Vi sinh - Bệnh viện Nhi Trung Ương.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh, không có nhóm chứng.

Cỡ mẫu: 43 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu:

- Nuôi cấy, định danh vi khuẩn: Bệnh phẩm vi khuẩn được nuôi cấy, phân lập theo đúng qui trình (Hệ thống máy Vitek MS; Sinh phẩm, hóa chất tương ứng)

• Nhuộm soi: Nhuộm Gram, ghi nhận hình thái, tính chất bắt màu của vi khuẩn.

• Định danh vi khuẩn: Vi khuẩn từ đĩa cấy sẽ được phân lập và định danh sơ bộ bằng hình thể nhuộm soi, các thử nghiệm tính chất sinh vật hoá học.

2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử.
- Đặc điểm vi khuẩn: Xét nghiệm nuôi cấy, định danh vi khuẩn, kháng sinh đồ.

2.4. Phương pháp xử lý sốliệu. Các số liệu sau khi thu thập từ bệnh án được nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê Y học.Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này không gây bất kỳ nguy hại gì cho bệnh nhân và gia đình. Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân được giải thích trước, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Họ có quyền rút ra khỏi nghiên cứu với bất cứ lý do gì. Việc tiến hành nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương Bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của Ban Giám Đốc và Ban chủ nhiệm khoa TMH - Bệnh viện Nhi Trung Ương; Ban chủ nhiệm khoa Vi sinh - Bệnh viện Nhi Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

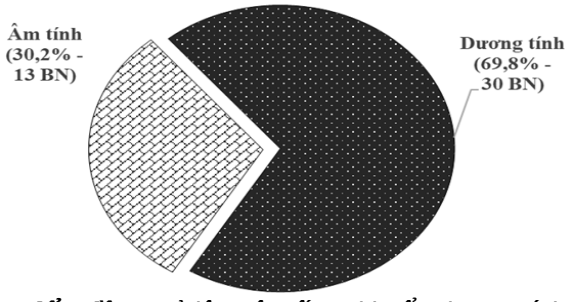
Bảng 1: Tuổi, giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Giới	n	%
Nam	28	65,1%
Nữ	15	34,9%
Tuổi		

< 2 tuổi	2	4,7%
2 – 5 tuổi	22	51,2%
> 5 tuổi	19	44,1%

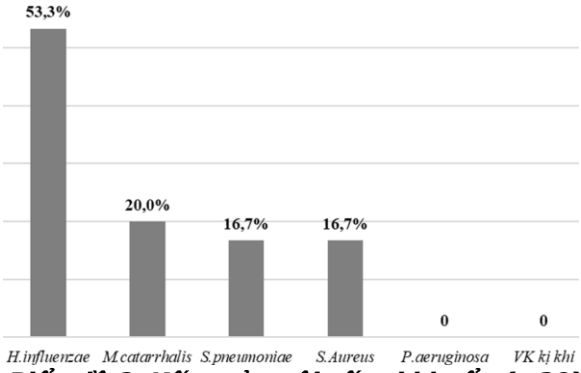
Nhận xét: - Giới: Nhóm đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ Nam: Nữ là 1,9:1

- Tuổi: Trẻ viêm mũi xoang cấp trong nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi 2 – 5 tuổi (51,2%).Tuổi trung bình chung là 6,07±3,61 (với tuổi nhỏ nhất 1 tuổi, lớn nhất 14 tuổi)



Biểu đồ 1. *Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính*

Nhận xét: Tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 69,8% (30 bệnh nhân), 30,2% âm tính (13 bệnh nhân).



Biểu đồ 2. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn (=30)

Nhận xét: Trong đó 30 mẫu nuôi cấy dương tính, vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae chiếm 53,3%, tiếp theo là M. catarrhalis (20,0%); S. pneumoniae và S.aureus (16,7%); không gặp trường hợp nào là vi khuẩn kị khí và P.aeruginosa.

Bảng 2. Đặc điểm vi khuẩn theo tính chất dịch mũi và nội soi

Đặc điểm cơ năng		H.influenzae	M. catarrhalis	S. pneumoniae	S.aureus
Số lượng		**16**	**6**	**5**	**5**
Tính chất dịch mũi	Nhầy	5 (31,3)	2 (33,3)	3 (60,0)	0 (0)
	Mủ	8 (50,0)	2 (33,3)	1 (20,0)	5 (100)
	Nhầy + mủ	3 (18,8)	2 (33,4)	1 (20,0)	0 (0)
Nội soi ngách giữa, ngách bướm sàng	Nhầy	5 (31,3)	1 (16,7)	2 (50,0)	0 (0)
	Mủ	7 (43,8)	3 (50,0)	2 (50,0)	4 (80,0)
	Nhầy + mủ	4 (25,0)	2 (33,3)	0 (0)	1 (20,0)

Nhận xét: Dịch mũi nhầy ở mũi và nội soi ngách giữa, ngách bướm sàng thường gặp tỷ lệ cao ở nhóm vi khuẩn S. pneumoniae (60,0% và 50,0%); với dịch mủ thường gặp ở nhóm vi khuẩn H.influenzae(50,0%) và S.aureus (80,0%), dịch có cả nhầy có tỷ lệ cao ở nhóm vi khuẩnM. catarrhalis (33,4% và 33,3%).

IV. BÀN LUẬN

Viêm mũi xoang cấp tính trẻ em gặp ở cả hai giới, trong nghiên cứu của chúng tôi có 28/43 là trẻ nam (65,1%) cao hơn gần gấp 2 so với tỷ lệ trẻ nữ (34,9%); tuổi trung bình chung là 6,07±3,61 (với tuổi nhỏ nhất 1 tuổi, lớn nhất 14 tuổi). Đa phần bệnh nhân ở lứa tuổi học mầm non và tiểu học, nguyên nhân có thể do nhóm tuổi này thường học bán trú, sinh hoạt cùng nhau tại lớp học nên tăng khả năng lây bệnh nhau; ngoài ra ở lứa tuổi này hay bị viêm VA quá phát, đó cũng là nguyên nhân hay gặp gây viêm mũi xoang.

Bệnh lý viêm mũi xoang cấp gây ra bởi các tác nhân như vi khuẩn và virus với nhiều yếu tố thuận lợi làm bệnh tiến triển. Trong 43 bệnh nhân, kết quả của chúng tôi có 30 mẫu nuôi cấy dương tính chiếm tỉ lệ 69,8%.Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính cao có thể được giải thích bởi việc sử dụng các kháng sinh thế hệ cũ đã không còn hiệu quả với việc tiêu diệt vi khuẩn. Tỷ lệ trong nghiên cứu cũng cũng tương đồng với một số báo cáo trước có tỷ lệ vi khuẩn dương tính 68% - 72%.[4,6]Trong 30 trường hợp dương tính, vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae chiếm 53,3%, tiếp theo là M. catarrhalis (20,0%); S. pneumoniae và S.aureus (16,7%); không gặp trường hợp nào là vi khuẩn kị khí và P.aeruginosa. Nghiên cứu của Trương Xuân Bang cho thấy tỷ lệ đối tượng có kết quả nuôi cấy dương tính (63,9%); số 55 trường hợp VK mọc thì có 27/55 trường hợp là H.influenzae chiếm tỷ lệ cao nhất 48,3%. S.aureus có 13/55 trường hợp chiếm 23,2%. P.aeruginosa có 7/25 trườnghợp chiếm 12,5%. M.catarrhalis và S.Epimidis đều có 4/55 trường hợp chiếm tỉ lệ 7,1%. S.Viridans có 1/55 trường hợp chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,8%. Trường hợp có 2 chủng vi khuẩn trong một bệnh phẩm nuôi cấy dương tinh là H.influenzae và S.aureus[7]. Brook nhận định đa

số viêm mũi xoang là do virus, sau đó là nhiễm khuẩn thứ phát, và các chủng hay gặp S.pneumoniae, H.influenza, M.catarrhalis, S.aureus[8]. Những kết quả thu được từ việc phân lập, nuôi cấy vi khuẩn gây viêm mũi xoang trẻ em của các tác giả đã cho thấy có những xu hướng chuyển dịch về sự phân bố vi khuẩn trong mũi họng trẻ em, sự phân bố và định danh khá đa dạng. H.influenzae, S.pneumoniae và M.catarrhalis là những tác nhân gây bệnh viêm mũi xoang cấp ở trẻ em phổ biến. Một số nghiên cứu trước cũng chỉ ra rằng các tác nhân phổ biến thường gặp ở viêm phổi cấp tính ở trẻ em là S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis, Streptococcus pyogenes và vi khuẩn kỵ khí[9].

Ngoài ra, dịch mũi nhầy ở mũi và nội soi ngách giữa, ngách bướm sàng thường gặp tỷ lệ cao ở nhóm vi khuẩn S. pneumoniae (60,0% và 50,0%); với dịch mủ thường gặp ở nhóm vi khuẩn H.influenzae (50,0%) và S.aureus (80,0%), dịch có cả nhầy có tỷ lệ cao ở nhóm vi khuẩn M. catarrhalis(33,4% và 33,3%). Trong nghiên cứu của Đinh Đức Linh cho thấy có 66,7% dịch mủ nhầy đục khi nuôi cấy lên có kết quả là S.aureus, có 33,3% dịch mủ vàng xanh nuôi cấy lên có kết quả là S.aureu[10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 69,8%. Vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae chiếm 53,3%, tiếp theo là M. catarrhalis (20,0%); S. pneumoniae và S.aureus (16,7%); không gặp trường hợp nào là vi khuẩn kị khí và P.aeruginosa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leo G, Incorvaia C, Cazzavillan A, Consonni D, Zuccotti G.** Could seasonal allergy be a risk factor for acute rhinosinusitis in children? The Journal of Laryngology Otology. 2018;132(2):150-153.
2. **Torumkuney D, Kundu S, Vu GV, et al.** Country data on AMR in Vietnam in the context of community-acquired respiratory tract infections: links between antibiotic susceptibility, local and international antibiotic prescribing guidelines, access to medicines and clinical outcome. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2022;77 (Supplement_1):i26-i34.
3. **Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al.** European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. Rhinology: official organ of the International rhinologic society. 2020.
4. **Sawada S, Matsubara S.** Microbiology of acute maxillary sinusitis in children. The Laryngoscope. 2021;131(10):E2705-E2711.
5. **Purnell PR, Carr MM.** Microbiology of pediatric sinusitis. Pediatric Rhinosinusitis. 2020:57-69.
6. **Wald ER.** Microbiology of acute and chronic sinusitis in children. Journal of allergy clinical immunology. 1992;90(3):452-456.
7. **Trương Xuân Bang.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ ở trẻ em viêm mũi xoang cấp tính mủ [Luận văn Thạc sỹ Y học], Đại học Y Hà Nội; 2017.
8. **Brook Itzhak.** Microbiology of sinusitis, the proceedings of the American Thoracic Society 8. 2011.
9. **Nocon CC, Baroody FM.** Acute rhinosinusitis in children. Current Allergy Asthma Reports. 2014;14:1-8.
10. **Đinh Đức Linh, Lê Công Hải, Nguyễn Duy Quang, Trần Khánh Toàn,.** Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính đợt cấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình từ tháng 4/2020 – 9/2020. Đề tài cấp cơ sở.Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình 2021.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU MẮC COVID-19 ĐỐI VỚI CÁN BỘ THUỘC BAN THƯỜNG VỤ TỈNH ỦY TỈNH THÁI BÌNH

Lê Thị Thanh Phương[1], Trần Thị Nương[2], Vũ Thanh Bình[2], Vũ Phi Hùng[2] , Lê Minh Hiếu[2], Nguyễn Thị Lý[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mắc COVID-19 của 408 đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 408 cán bộ thuộc diện Tỉnh ủy Thái Bình quản lý (kể cả đương chức và đã nghỉ hưu hiện đang sống trên địa bàn tỉnh). **Kết quả:** Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống SF-36 là 49,1 ± 5,1, không có sự khác nhau giữa điểm số chất lượng cuộc sống giữa nam và nữ. Điểm số cao nhất là điểm trung bình cảm giác đau (93,5 ± 13,0), điểm số thấp nhất là điểm trung bình tình trạng sức khỏe (51,6 ± 9,4). Đối tượng nghiên cứu có triệu chứng khi mắc COVID-19 có điểm SF-36 và điểm sức khỏe tâm thần thấp hơn với nhóm không có triệu chứng. Điểm SF-36 có xu hướng giảm khi tuổi càng cao. Điểm SF-36 có xu hướng giảm khi nguy cơ tim mạch tăng cao.

Từ khóa: sau mắc COVID-19, chất lượng cuộc sống, thang điểm SF-36

Viết tắt: Chất lượng cuộc sống (CLCS)

[1]Ban Bảo vệ, Chăm sóc Sức khỏe cán bộ tỉnh Thái Bình
[2]Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Phi Hùng
Email: vuphihung23793@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023
Ngày duyệt bài: 25.8.2023