

trị nói lên tính đa hình của hình thái tổn thương trong bệnh cảnh huyết khối xoang tĩnh mạch.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xoang ngang có tỷ lệ huyết khối tới 54,55%, xoang sigma là 50%, xoang dọc trên là 36,4%, cảnh trong là 22,7%. Còn lại rải rác gặp ở tĩnh mạch vỏ não, xoang hang, xoang thẳng, tĩnh mạch Galen. Theo nghiên cứu Huỳnh Phú Lộc, vị trí tĩnh mạch não bị huyết khối cao nhất là xoang dọc trên 85,7%, kế đến là xoang ngang 54,8%, xoang sigma 40,5%. Các xoang tĩnh mạch còn lại ít gặp hơn như: Xoang thẳng 11,9%, tĩnh mạch cảnh trong 11,9%, tĩnh mạch vỏ não 2,4% và  $\geq 2$  xoang bị tắc 59,5% [5]. Theo Mei Ling và cộng sự: Xoang dọc trên chiếm tỷ lệ cao nhất 83,7% [8]. Sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi với của các tác giả khác có lẽ dừng ở việc huyết khối xoang thường ở các xoang lớn như xoang dọc trên, xoang ngang, xoang sigma.

Có 18,18% trường hợp chỉ tắc xoang tĩnh mạch bán phần. Điều này cho thấy khi chẩn đoán hình ảnh phát triển thì việc chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não có thể được phát hiện sớm, khi các xoang còn tắc chưa hoàn toàn. Đồng thời cũng cho thấy huyết khối tĩnh mạch não có xu hướng phát triển từ từ tăng dần ứng với triệu chứng lâm sàng diễn biến bán cấp, tạo ra một bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, diễn biến xu hướng tăng dần nếu không phát hiện và điều trị sớm. Việc nghi ngờ và làm chẩn đoán cho bệnh nhân giai đoạn sớm sẽ rất hữu ích nhằm giảm nguy cơ tử vong cũng như di chứng cho bệnh nhân.

Như vậy, với tính đa hình của các nhóm xoang có thể bị huyết khối, vị trí tổn thương não cũng như các loại tổn thương não tạo ra một

bệnh cảnh lâm sàng đa dạng trong bệnh lý huyết khối tĩnh mạch não.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Huyết khối tĩnh mạch não khởi phát chủ yếu là bán cấp và có đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh rất đa dạng.

Nên chụp cộng hưởng từ tĩnh mạch loại trừ huyết khối tĩnh mạch não khi có triệu chứng thần kinh mới xuất hiện mà không có đặc điểm bệnh điển hình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. E. S. Kristoffersen, C. E. Harper, K. G. Vetvik, et al. (2020). Incidence and Mortality of Cerebral Venous Thrombosis in a Norwegian Population. *Stroke*,51(10),3023-3029.
2. F. J. Canhao P. (2017), Cerebral Venous Thrombosis. *Primer on Cerebrovascular Diseases*,
3. A. Borhani Haghighi, R. C. Edgell, S. Cruz-Flores, et al. (2012). Mortality of cerebral venous-sinus thrombosis in a large national sample. *Stroke*,43(1),262-4.
4. J. M. Ferro, P. Canhao, J. Stam, et al. (2004). Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). *Stroke*,35(3),664-70.
5. L. V. M. Huỳnh Phú Lộc. (2022). Huyết khối tĩnh mạch não: đặc điểm lâm sàng và hình ảnh não. *Tạp chí y dược học cần thơ*,54,211-216.
6. P. X. L. Nguyễn Anh Tài. (2013). Tiên lượng huyết khối tĩnh mạch não. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*,Tập 17 (số 1),108-112.
7. M. Wasay, S. Kaul, B. Menon, et al. (2019). Asian Study of Cerebral Venous Thrombosis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*,28(10),104247.
8. K. A. A. K. Mei-Ling Sharon TAI, Chong Tin TAN, Kay Sin TAN. (2020). Cerebral venous thrombosis in multi-ethnic patients from Malaysia. *Neurology Asia*,25(2),127-138.

## TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH VÀ ĐÁNH GIÁ VIỆC QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU

Triệu Quốc Đứng<sup>1</sup>, Võ Minh Phương<sup>2</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhha@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 29.8.2023

**Đặt vấn đề:** Các chủng vi khuẩn đề kháng kháng sinh (một số lớn trong đó có khả năng đa đề kháng) xuất hiện gần đây là nguyên nhân gây tử vong do nhiễm trùng hàng đầu trên thế giới. Kết quả nghiên cứu nhằm giúp bệnh viện có biện pháp quản lý, nâng cao hiệu quả sử dụng kháng sinh và kiểm soát nhiễm khuẩn. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ đề kháng kháng sinh của từng nhóm bệnh nhiễm khuẩn huyết và kết quả dùng kháng sinh theo kinh nghiệm so với kháng sinh đồ trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2022-2023. **Đối tượng và phương**

**pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 281 bệnh án nội trú của bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau. **Kết quả:** Tỷ lệ vi khuẩn chiếm đa số là *Staphylococcus aureus* (19,9%), *Staphylococcus hominis* (17,4%), *Burkholderia cepacia* (15,7%), *Escherichia coli* (15,3%) và còn lại là các vi khuẩn khác. Tỷ lệ vi khuẩn nhạy với kháng sinh là 63,0%, đa kháng kháng sinh là 52,7% và kháng mở rộng là 28,1%. Tỷ lệ phù hợp giữa kết quả sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm với kết quả kháng sinh đồ là 67,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ vi khuẩn đa kháng kháng sinh là 52,7% và kháng mở rộng là 28,1%. Tỷ lệ phù hợp giữa kết quả sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm với kết quả kháng sinh đồ là 67,3%.

**Từ khóa:** Đề kháng kháng sinh, vi khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, kháng sinh đồ.

## SUMMARY

### ANTIBIOTIC RESISTANCE SITUATION AND EVALUATION OF ANTIBIOTIC USE MANAGEMENT IN PATIENTS WITH SEPTICEMIA AT CA MAU GENERAL HOSPITAL

**Background:** Antibiotic-resistant bacterial strains (many of which are multi-resistant) have recently emerged as the leading cause of death from infection worldwide. The research results aim to help the hospital manage, improve the effectiveness of antibiotic use and control infection. **Objectives:** Survey on the antibiotic resistance rate of each group of septicemia patients and the results of empirical antibiotic use compared to antibiotic susceptibility testing in the treatment of septicemia at Ca Mau General Hospital in 2022-2023. **Materials and methods:** Retrospective, descriptive and cross-sectional methods were used. The sample size of the study was 281 medical records of inpatients diagnosed with sepsis at Ca Mau General Hospital. **Results:** The majority of bacteria were *Staphylococcus aureus* (19.9%), *Staphylococcus hominis* (17.4%), *Burkholderia cepacia* (15.7%), *Escherichia coli* (15.3%) and the rest were bacteria other. The rate of antibiotic-sensitive bacteria is 63%, multi-antibiotic resistance is 52.7% and extended resistance is 28.1%. The rate of concordance between the results of antibiotic use according to the experience of the treating doctor with the results of the antibiogram was 67.3%. **Conclusions:** Detection of pathogenic bacteria and a reasonable antibiotic use is needed in treatment of septicemia.

**Keywords:** antibiotic resistance, bacteria, septicemia, antibiogram.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân nặng gặp ở mọi quốc gia trên thế giới, đặc biệt ở các nước nhiệt đới, trong đó có Việt Nam [10]. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết rất đa dạng, diễn tiến thường nặng và không có chiều hướng tự khỏi nếu không được điều trị kịp thời [10]. Theo thống kê của Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát dịch bệnh

Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng hơn một triệu ca nhiễm khuẩn huyết và hơn 258.000 người Mỹ tử vong mỗi năm. Chi phí nhập viện trung bình với nhiễm khuẩn huyết là 25.891 euro [9].

Ở Việt Nam, hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đang phải đối mặt với tốc độ lan rộng các vi khuẩn kháng với nhiều loại kháng sinh. Sự kháng thuốc ngày càng tăng dẫn đến gánh nặng chi phí điều trị tăng lên, ngày điều trị kéo dài, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, cộng đồng và sự phát triển chung của xã hội. Tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau trong thời gian qua chưa có nhiều nghiên cứu, báo cáo về thực trạng nhiễm khuẩn huyết hay việc sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn ra sao để có biện pháp quản lý, nâng cao hiệu quả sử dụng kháng sinh và kiểm soát nhiễm khuẩn. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ đề kháng kháng sinh của từng nhóm bệnh nhiễm khuẩn huyết và kết quả dùng kháng sinh theo kinh nghiệm so với kháng sinh đồ trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2022-2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Đối tượng nghiên cứu:** là bệnh án nội trú của bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2022-2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** thỏa 2 tiêu chuẩn là bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết và bệnh nhân được cấy máu phân lập vi sinh vật và làm kháng sinh đồ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh án của những bệnh nhân thiếu thông tin thu thập dữ liệu nghiên cứu, bệnh án tử vong hoặc chuyển khoa trong 72 giờ đầu sau khi nhập khoa, bệnh nhân sử dụng kháng sinh ít hơn 3 ngày, bệnh nhân có chẩn đoán lao phổi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z=1,96 tương ứng với độ tin cậy mong muốn của nghiên cứu là 95%.

p: tỷ lệ phác đồ kháng sinh ban đầu không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ là 78,2%, kết quả này từ nghiên cứu của Trần Ngọc chọn p=0,782 [5]. Thay vào công thức ta được cỡ mẫu là 261.

**- Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ tất cả bệnh án nội trú của bệnh nhân cấy máu dương tính và thỏa tiêu chí chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế có 281 bệnh án nội trú của bệnh nhân đã được phân tích trong nghiên cứu này.

**- Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm các tác nhân gây nhiễm trùng huyết phân lập được bằng cấy máu và phân tích sự đề kháng kháng sinh của các tác nhân đó dựa trên kết quả kháng sinh đồ và kết quả dùng kháng sinh theo kinh nghiệm so với kháng sinh đồ trong điều trị nhiễm khuẩn huyết. Trong đó, mẫu bệnh phẩm được lấy theo quy trình lấy mẫu bệnh phẩm nuôi cấy theo quy định của Bộ Y tế, sau đó được chuyển lên khoa vi sinh tiến hành làm xét nghiệm phân lập định danh vi khuẩn gây bệnh. Phân lập và xác định vi khuẩn gây bệnh bằng phương pháp Maldi-TOF, máy BATEX 9120. Trường hợp điểm kết quả không cao hoặc không định danh được thì chạy Vitek 2-Compact hoặc đường API để khẳng định kết quả. Xác định mức độ nhạy cảm kháng sinh bằng phương pháp kháng sinh đồ giấy khuếch tán theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

**- Số liệu được thu thập** sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 2022-2023 tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau có 281 hồ sơ bệnh án nội trú bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

#### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)
<b>Ngày điều trị</b>	
≤ 14 ngày	199 (70,8)
> 14 ngày	82 (29,2)
<b>Nhóm tuổi</b>	
< 18 tuổi	1 (0,4)
18 – 39 tuổi	23 (8,2)
40 – 59 tuổi	65 (23,1)
≥ 60 tuổi	192 (68,3)

**Nhận xét:** Đa phần đối tượng nghiên cứu có ngày điều trị ≤ 14 ngày, chiếm 70,8%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao là nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 68,3%.

#### 3.2. Các tác nhân gây nhiễm trùng huyết xác định bằng cấy máu

**Bảng 2. Tác nhân gây nhiễm trùng huyết xác định bằng cấy máu**

Tác nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Vi khuẩn gram âm</b>	<b>152</b>	<b>54,1</b>
Burkholdia cepacian	44	15,7

E.coli	43	15,3
Klebsiella pneumoniae	35	12,5
Acinetobacter	8	2,8
Pseudomonas aeruginosa	7	2,5
Vi khuẩn gram âm khác	15	5,3
<b>Vi khuẩn gram dương</b>	<b>129</b>	<b>45,9</b>
Staphylococcus aureus	56	19,9
Staphylococcus hominis	49	17,4
Vi khuẩn gram dương khác	24	8,6

**Nhận xét:** Vi khuẩn Gram âm chiếm 54,1%, vi khuẩn Gram dương chiếm 45,9%. Burkholdia cepacian là vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất (15,7%), kể đến là E.coli (15,3%). Staphylococcus aureus là vi khuẩn Gram dương thường gặp nhất, chiếm 19,9%.

#### 3.3. Sự đề kháng kháng sinh của các nhóm bệnh nhiễm khuẩn huyết

**Bảng 3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung**

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)
<b>Nhạy</b>	
Có	177 (63,0)
Không	104 (37,0)
<b>Đa kháng</b>	
Có	148 (52,7)
Không	133 (47,3)
<b>Kháng mở rộng</b>	
Có	79 (28,1)
Không	202 (71,9)
<b>Toàn kháng</b>	
Có	0
Không	281 (100)
<b>Sinh EBSL</b>	
Có	32 (11,4)
Không	249 (88,6)

**Nhận xét:** Tỷ lệ vi khuẩn nhạy với kháng sinh chiếm đa số với 63%. 52,7% vi khuẩn đa kháng kháng sinh. Tỷ lệ kháng mở rộng chiếm 28,1% và có 11,4% vi khuẩn sinh EBSL.

#### 3.4. Sự phù hợp kết quả dùng kháng sinh theo kinh nghiệm so với kháng sinh đồ trong điều trị nhiễm khuẩn huyết

**Bảng 4. Tỷ lệ phù hợp kháng sinh điều trị trước và sau khi có kết quả kháng sinh đồ**

Phù hợp kháng sinh	Tỷ lệ (%)
Phù hợp	189 (67,3)
Không phù hợp	92 (32,7)

**Nhận xét:** Đa phần phác đồ kháng sinh ban đầu được đánh giá là phù hợp với kết quả kháng sinh đồ chiếm tỷ lệ 67,3%.

### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc tính chung của mẫu nghiên cứu.** Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 13 – 99 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi ≥

60 tuổi (68,3%), các bệnh nhân ở lứa tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cao Minh Nga (2009), lứa tuổi cao là đặc trưng của bệnh viện và đây có thể là lí giải kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này chưa khẳng định được bệnh nhiễm khuẩn huyết thường gặp ở nhóm tuổi cao ( $\geq 60$  tuổi) [4].

Sự kháng kháng sinh càng tăng có thể kéo dài ngày điều trị của bệnh nhân, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa phần ngày điều trị của đối tượng nghiên cứu là  $\leq 14$  ngày, ngày điều trị ngắn có thể phản ánh sự hiệu quả của phác đồ điều trị. Tuy nhiên còn nhiều nguyên nhân khác làm ngày điều trị ngắn như bệnh nhân chuyển viện do chuyển biến nặng hoặc xin về.

**4.2. Tác nhân nhiễm trùng huyết được xác định bằng cấy máu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác nhân gây nhiễm trùng huyết được xác định bằng cấy máu thường gặp là vi khuẩn Gram âm (54,1%), vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ ít hơn (45,9%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Kim Nhung (2012), Đỗ Đức Dũng (2018), Võ Thị Kim Thi (2022) [3], [6], [7]. Lí giải cho điều này có thể là do đường vào nghi ngờ của các nghiên cứu chủ yếu là do nhiễm trùng tiêu hóa nên vi khuẩn Gram âm chiếm đa số trong nghiên cứu.

Về sự phân bố của các vi khuẩn phân lập được thì *Burkholdia cepacian* là vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất (15,7%), kế đến là *E.coli* (15,3%) và *Klebsiella pneumoniae* (12,5%). Vi khuẩn Gram dương đa số là tụ cầu, trong đó thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* (19,9%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Võ Thị Kim Thi (2022) khi tỷ lệ các vi khuẩn Gram âm thường gặp là *E.Coli*, *Klebsiella pneumoniae* và *Pseudomonas aeruginosa* [6].

Khi so sánh với tác giả Đỗ Đức Dũng (2018), tác nhân gây nhiễm trùng huyết dựa theo kết quả cấy máu thì chiếm đa số là *A.baumannii* chiếm 18,8%, *Klebsiella spp* chiếm 16,9%, *E. Coli* chiếm 15,2%, *Enterococcus Faecium* chiếm 6,7%. Còn theo tác giả Tôn Thanh Trà [8] thứ tự tác nhân phân lập được bằng cấy máu là *A.baumannii* (36,6%), *E.coli* (13,2%), *Acinexta baccuavi* 2,1%, *S.aureus* 2,1%, *K.pneumoniae* 1,4%. *A.baumannii* là một trong những nguyên nhân gây nhiễm trùng bệnh viện hàng đầu hiện nay [7], Đỗ Đức Dũng và Tôn Thanh Trà thực hiện nghiên cứu tại khoa cấp cứu và khoa hồi sức tích cực chống độc của các bệnh viện tuyến

cối, nên các bệnh nhân nhiễm trùng huyết trong hai nghiên cứu này đã được điều trị tại các bệnh viện tuyến cơ sở trước khi nhập viện, do đó tỷ lệ nhiễm trùng bệnh viện tương đối cao.

**4.3. Sự đề kháng kháng sinh của các nhóm bệnh nhiễm khuẩn huyết.** Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Đức Dũng [3], các vi khuẩn đa kháng kháng sinh chiếm tỷ lệ cao từ 75,9% - 79,3%. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ vi khuẩn đa kháng kháng sinh chiếm tỷ lệ thấp hơn với 52,7%; nhạy với kháng sinh là 63%; kháng mở rộng chiếm tỷ lệ thấp với 28,1% và không phát hiện trường hợp toàn kháng với kháng sinh. Kết quả này đáng để ghi nhận, tuy nhiên so với Bệnh viện tuyến cuối như Bệnh viện Bạch Mai trong nghiên cứu của Đỗ Đức Dũng thì tỷ lệ kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là cần phải lưu ý.

**4.4. Sự phù hợp kết quả dùng kháng sinh theo kinh nghiệm so với kháng sinh đồ trong điều trị nhiễm khuẩn huyết.** Sử dụng kháng sinh khởi đầu hợp lí rất quan trọng cho điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc (2018), phác đồ kháng sinh ban đầu được đánh giá là không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ chiếm tỷ lệ cao đến 78,2%. Theo Nguyễn Phương Dung và cộng sự (2022), bệnh nhân được sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không hợp lí theo các phác đồ điều trị sau can thiệp đã giảm so với trước can thiệp từ 50,5% xuống 36,8% [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ phác đồ kháng sinh ban đầu được đánh giá là không phù hợp chiếm tỷ lệ thấp hơn chỉ với 32,7%. Kết quả này cho thấy việc kê đơn thuốc của bác sĩ trong nghiên cứu của chúng tôi được cân nhắc hơn, tỷ lệ tuân thủ phác đồ điều trị cao hơn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi rút ra những kết luận sau: tác nhân gây nhiễm trùng huyết được xác định bằng cấy máu thường gặp là vi khuẩn Gram âm 54,1%, vi khuẩn Gram dương chiếm 45,9%. Vi khuẩn Gram âm *Burkholdia cepacian* thường gặp nhất (15,7%), kế đến là *E.coli* (15,3%) và *Klebsiella pneumoniae* (12,5%). Vi khuẩn Gram dương đa số là tụ cầu, trong đó thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* (19,9%). Tỷ lệ vi khuẩn nhạy với kháng sinh là 63%, đa kháng kháng sinh là 52,7% và kháng mở rộng là 28,1%. Tỷ lệ phù hợp giữa kết quả sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm với kết quả kháng sinh đồ là 67,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2010), Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009, Hà Nội.
2. **Nguyễn Phương Dung** (2022), Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Thống Nhất, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 510 (2), trang 127-133.
3. **Đỗ Đức Dũng** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi sinh vật và tình hình kháng kháng sinh của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Cao Minh Nga** (2009), Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và sự đề kháng kháng sinh, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 13(1), tr. 256-261.
5. **Trần Ngọc** (2018), Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện do vi khuẩn gram âm tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, bệnh viện đa khoa Tây Ninh, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. **Võ Thị Kim Nhi** (2022), Đặc điểm các tác nhân gây nhiễm trùng huyết và sự đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Tạp chí Y học Việt Nam, 51, trang 96-102.
7. **Lê Thị Kim Nhung** (2012), Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Thống Nhất từ 5/2011-11/2011, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16(1), trang 195-198.
8. **Tôn Thanh Trà, Phạm Thị Ngọc Thảo** (2015), Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu thích hợp và tỷ lệ tuân thủ Surviving Sepsis Campaign 2012 ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 19(1), tr. 421-425.
9. **Riu M, Chiarello P, Terradas R, et al** (2016), Cost Attributable to Nosocomial Bacteremia. Analysis According to Microorganism and Antimicrobial Sensitivity in a University Hospital in Barcelona, PLOS ONE, 11(4), e0153076.
10. **Shannon A. N, M athew R.p, Cheri G et al** (2016), Vital Signs: Epidemiology of Sepsis: Prevalence of Health Care Factors and Opportunities for Prevention, MMWR Early Release, 65(33), pp. 864-869.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM NÃO TỦY RÃI RÁC CÓ KHÁNG THỂ KHÁNG MYELIN OLIGODENDROCYTE GLYCOPROTEIN (MOG) Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Cao Vũ Hùng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm não tủy rải rác có kháng thể kháng Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, gồm 22 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 1 năm 2023. Tất cả các bệnh nhân đều có kháng thể kháng MOG dương tính trong huyết thanh. **Kết quả:** Tuổi khởi phát trung vị là 71,5 tháng ([IQR] là 51,75-113 tháng), thời gian chẩn đoán trung vị là 7 ngày. Triệu chứng hay gặp nhất là thay đổi ý thức (63,6%), tiếp đến là đau đầu (54,5%), sốt (50%), các triệu chứng tổn thương bó tháp. Bạch cầu trong dịch não tủy tăng (>5/mm<sup>3</sup>) chiếm 90,9%. Tổn thương trên cộng hưởng từ chủ yếu là dưới vỏ, hai bên, thùy trán: 63,6%, thùy đỉnh: 59,1%, thùy thái dương: 36,4%. **Kết luận:** Viêm não tủy rải rác có kháng thể kháng MOG có biểu hiện lâm sàng chính là thay đổi ý thức với các triệu chứng thần kinh đa ổ, đa số có tăng bạch cầu trong dịch não tủy, tổn thương thùy trán gặp nhiều nhất trên cộng hưởng từ sọ não.

**Từ khóa:** Viêm não tủy rải rác, MOG

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: nguyenthuhien31@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

## SUMMARY

### CLINICAL AND SUBCLINICAL OF PEDIATRIC ACUTE DISSEMINATING ENCEPHALOMYELITIS WITH ANTIBODIES TO MYELIN OLIGODENDROCYTE GLYCOPROTEIN

**Objectives:** Describe clinical and subclinical of pediatric Acute Disseminating Encephalomyelitis (ADEM) with antibodies to myelin oligodendrocyte glycoprotein. **Method:** To report clinical and subclinical characteristics of 22 patients diagnosed Acute disseminating encephalomyelitis (ADEM) with antibodies to Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) from November 2021 to January 2023. All of patients were positive for MOG-IgG. **Results:** The median age at disease onset was 71,5 months ([IQR] from 51,75 to 113), the median diagnosed time was 7 days. The most common symptoms were altered consciousness (63,6%), headache (54,4%), fever (50%), signs of pyramidal lesions. Cerebrospinal fluid showed increased white blood cell count (>5/mm<sup>3</sup>) 90,9%. Almost MRI showed bilateral lesions in subcortical white matter, frontal lobes: 63,6%, parietal lobes: 59,1%, temporal lobes: 36,4%. **Conclusion:** The main manifestations of ADEM with antibodies to MOG are altered consciousness, multifocal neurological symptoms, almost cases increase white blood cell in cerebrospinal fluid, frontal lobe lesions are the most common on MRI.

**Keywords:** ADEM, MOG