

tử cung lớn hơn (> 500cm³) và thể tích khối UCTTC lớn (> 100cm³) có liên quan đến việc tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng, bao gồm thời gian nằm viện tăng nhẹ, hiệu quả giảm đau kém hoặc nhiễm trùng và tỷ lệ UCTTC hoại tử, rơi vào lòng tử cung và đẩy ra ngoài theo đường tự nhiên tăng, nhưng không cần phải cắt bỏ tử cung khẩn cấp.

Các nghiên cứu sau đó đã cho thấy các kết quả có sự khác biệt, điển hình như trong nghiên cứu của Choi và cs trên 323 BN; Bérczi và cs. đã nghiên cứu trên 303 BN so sánh kết quả của UAE cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả nút mạch bao gồm giảm thể tích tử cung, khối u hoặc giảm triệu chứng sau 3 tháng, hơn 12 tháng cũng như không có sự khác biệt về các biến chứng lớn ở các BN có khối UCTTC có đường kính trung bình > và < 10cm +/- thể tích tử cung > 700 cm³. Tuy nhiên có đặc điểm chung giữa các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái can thiệp ở nhóm UCTTC có kích thước lớn cao hơn. Kết quả của các nghiên cứu sau này tương tự với kết quả của nghiên cứu của chúng tôi với các biến chứng lớn sau 6 tháng can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên ở nhóm có khối u kích thước lớn có tỷ lệ gặp biến chứng cao hơn so với nhóm có khối u kích thước nhỏ có ý nghĩa thống kê và có 1 BN cần nút mạch lần 2 ở nhóm BN có UCTTC kích thước lớn.

V. KẾT LUẬN

UAE là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với UCTTC, đặc biệt đối với những BN muốn bảo tồn tử cung hoặc có nguy cơ cao trong phẫu thuật. BN có UCTTC lớn không tăng đáng kể biến chứng và không thay đổi hiệu quả điều trị so với BN có UCTTC nhỏ, tuy nhiên có tăng tỷ lệ can thiệp lần 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, et al.** Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev.* 2021;43(4):678-719. doi:10.1210/endrev/bnab039
2. **Kim JJ, Sefton EC.** The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma. *Mol Cell Endocrinol.* 2012;358(2):223-231. doi:10.1016/j.mce.2011.05.044
3. **Duhan N.** Current and emerging treatments for uterine myoma – an update. *Int J Womens Health.* 2011;3:231-241. doi: 10.2147/IJWH.S15710
4. **Sue W, Sarah SB.** Radiological appearances of uterine fibroids. *Indian J Radiol Imaging.* 2009; 19(3): 222-231. doi: 10.4103/ 0971-3026. 54887
5. **Chaparala RPC, Fawole AS, Ambrose NS, Chapman AH.** Large bowel obstruction due to a benign uterine leiomyoma. *Gut.* 2004;53(3):386. doi:10.1136/gut.2003.028134
6. **Tang S, Kong M, Zhao X, et al.** A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of uterine artery embolization vs. surgery for symptomatic uterine fibroids. *J Interv Med.* 2019; 1(2):112-120. doi:10.19779/j.cnki.2096-3602.2018.02.10
7. **Bulun SE.** Uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2013;369(14):1344-1355. doi:10.1056/NEJMra1209993
8. **Greenwood LH, Glickman MG, Schwartz PE, Morse SS, Denny DF.** Obstetric and nonmalignant gynecologic bleeding: treatment with angiographic embolization. *Radiology.* 1987;164(1):155-159. doi:10.1148/radiology.164.1.3495816
9. **Goodwin SC, Vedantham S, McLucas B, Forno AE, Perrella R.** Preliminary experience with uterine artery embolization for uterine fibroids. *J Vasc Interv Radiol JVIR.* 1997;8(4):517-526. doi:10.1016/s1051-0443(97)70603-1
10. **Vo NJ, Andrews RT.** Uterine Artery Embolization: A Safe and Effective, Minimally Invasive, Uterine-Sparing Treatment Option for Symptomatic Fibroids. *Semin Interv Radiol.* 2008; 25(3): 252-260. doi: 10.1055/ s-0028-1085923

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI SINH Ở BỆNH NHÂN VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Hoàng Văn Sỹ¹, Trần Công Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân VNTMNC do Staphylococcus aureus

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy

Email: dr.trancongduy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

(S.aureus). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, cắt ngang mô tả ở các bệnh nhân VNTMNC do S.aureus điều trị nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2015 đến 12/2019. **Kết quả:** Trong giai đoạn 5 năm (2015-2019), 39 bệnh nhân VNTMNC do S.aureus nhập bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 42,9±18,2 và nam chiếm 53,9%. VNTMNC do S.aureus xảy ra ở 69,2% bệnh van tim tự nhiên; 10,3% van tim nhân tạo; 5,1% bệnh tim bẩm sinh và 15,4% không có tiền sử bệnh tim mạch. Đường vào phổ biến nhất của tác nhân gây bệnh là

qua da (23,1%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân VNTMNK do S.aureus là sốt (92,3%) với thời gian sốt trung bình trước nhập viện là 13,5 ngày. Tỷ lệ vi khuẩn S.aureus kháng methicillin (MRSA) là 64,1% và 100% S.aureus nhạy với kháng sinh vancomycin, teicoplanin, linezolid và tigecycline. **Kết luận:** VNMTNK do S.aureus có một số đặc điểm lâm sàng riêng biệt cần lưu ý trong chẩn đoán và tỷ lệ cao đề kháng với methicillin.

Từ khóa: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, Staphylococcus aureus

SUMMARY

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH STAPHYLOCOCCUS AUREUS INFECTIVE ENDOCARDITIS

Objectives: To survey the clinical and microbiological characteristics of patients with S.aureus IE. **Subjects and methods:** This was a retrospective, cross-sectional and descriptive study performed on patients with S.aureus IE who were admitted to Cho Ray Hospital from January 2015 to December 2019. **Results:** In the five years (2015-2019), there were 39 hospitalized patients with S.aureus IE. The mean age of patients was 42.9±18.2 years and 53.9% were male. S.aureus IE occurred in 69.2% of patients with native valves; 10.3% with prosthetic valves; 5.1% with congenital heart disease, and 15.4% with no prior cardiovascular disease. The most common portal of entry is cutaneous (23.1%). The most frequent clinical symptom in S.aureus IE was fever (92.3%) and the mean pre-admission duration of fever was 13.5 days. The rate of methicillin-resistant S.aureus (MRSA) was 64.1% and 100% S.aureus were sensitive to vancomycin, teicoplanin, linezolid, and tigecycline. **Conclusions:** S.aureus IE has several special clinical characteristics that should be taken into consideration and the high rate of MRSA. **Keywords:** infective endocarditis, Staphylococcus aureus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập niên gần đây, tỷ lệ mới mắc viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn gia tăng ở các nước phát triển lẫn các nước đang phát triển do sự cải thiện của các phương pháp chẩn đoán, sự gia tăng tuổi thọ, tỷ lệ thực hiện nhiều hơn của các thủ thuật (như đặt máy tạo nhịp, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, lọc máu ...) và dân số suy yếu [4]. Staphylococcus aureus là một trong những tác nhân thường gặp nhất gây ra VNTMNK. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, liệu pháp kháng sinh và phương pháp phẫu thuật, tần suất viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn do S.aureus vẫn tiếp tục tăng và góp phần gây ra tiên lượng xấu. Vi khuẩn này có liên quan với bệnh suất và tử suất cao do ái lực mạnh với tế bào nội mô, có khả năng gây ra nhiễm trùng nội mạch và độc

lực cao [5].

Trên thế giới, một số công trình nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và vi sinh ở các bệnh nhân VNTMNK do S.aureus được tiến hành và Việt Nam chưa có các nghiên cứu chuyên biệt về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn tìm hiểu rõ hơn về đặc điểm lâm sàng và vi sinh của những bệnh nhân VNTMNK do S.aureus, từ đó góp phần vào chiến lược chẩn đoán tối ưu các đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp hồi cứu, cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân VNTMNK do S.aureus được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn Duke cải biên điều trị nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2015 đến 12/2019

Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân nam hoặc nữ, ≥ 15 tuổi
- Bệnh nhân thỏa điều kiện chẩn đoán xác định của tiêu chuẩn Duke cải biên: 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính và 3 tiêu chuẩn phụ hoặc 5 tiêu chuẩn phụ [7].

- Kết quả cấy máu dương tính với S.aureus

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu để thu thập.

Phương pháp tiến hành. Các hồ sơ bệnh án được chẩn đoán VNTMNK theo mã chẩn đoán bệnh tật quốc tế ICD bao gồm I33, I38, I39 được tra cứu và loại bỏ các hồ sơ không thỏa tiêu chuẩn chọn vào. Các bệnh nhân VNTMNK do S.aureus đủ tiêu chuẩn chọn vào sẽ được ghi nhận dữ liệu: đặc điểm dân số, yếu tố thuận lợi VNTMNK, bệnh đồng mắc, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể và đặc điểm vi sinh.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng được trình bày ở dạng trung bình và độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

39 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VNTMNK do S.aureus nhập bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn 5 năm (2015 - 2019). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 42,9 ± 18,2; trong đó tuổi bệnh nhân nhỏ nhất là 15 và tuổi lớn nhất là 85. Bệnh nhân nam chiếm 53,9% (21 bệnh nhân).

Về yếu tố thuận lợi, VNTMNK do S.aureus xảy ra ở 10,3% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật thay van tim nhân tạo; 7,7% tiêm ma túy đường tĩnh mạch; 7,7% chạy thận nhân tạo; 2,6% đặt

máy khử rung chuyển nhịp. Đường vào nhiều nhất của vi khuẩn *S.aureus* được ghi nhận trong nghiên cứu này là da (23,1%) và 43,5% trường hợp không rõ đường vào (Bảng 1). Về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cơ năng và thực thể thường gặp nhất ở bệnh nhân VNTMNK do *S.aureus* là sốt (92,3%) (Bảng 2 và 3). Thời gian sốt trung bình trước nhập viện là 13,5 ngày.

Về đặc điểm vi sinh, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này được cấy máu 3 lần cách nhau 30 phút, 1 giờ hoặc 12 giờ. Cấy máu là tiêu chuẩn chính ở 23 bệnh nhân (59,0%) và là tiêu chuẩn phụ ở 16 bệnh nhân (41,0%) theo tiêu chuẩn Duke cải biên. 64,1% vi khuẩn *S.aureus* được phân lập kháng methicillin và 100% nhạy với kháng sinh vancomycin, teicoplanin, linezolid và tigecycline.

Bảng 1. Yếu tố thuận lợi và bệnh đồng mắc của VNTMNK

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Bệnh van tim tự nhiên	27	69,2
Van nhân tạo	4	10,3
Bệnh tim bẩm sinh	2	5,1
Tiền căn viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn	2	5,1
Tiêm tĩnh mạch ma túy	3	7,7
Chạy thận nhân tạo	3	7,7
Tiền sử đặt máy khử rung	1	2,6

Bảng 4. Kháng sinh đồ của bệnh nhân VNTMNK do *S.aureus*

Kháng sinh	n	Nhạy		Trung gian		Kháng	
		Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Benzylpenicillin	39	1	2,6	0	0	38	97,4
Oxacillin	39	14	35,9	0	0	25	64,1
Clindamycin	34	9	26,5	0	0	25	73,5
Vancomycin	38	38	100	0	0	0	0
Linezolid	37	37	100	0	0	0	0
Teicoplanin	37	37	100	0	0	0	0
Tigecycline	34	34	100	0	0	0	0
Rifampicin	38	35	92,1	1	2,6	2	5,3
Trimethoprim - Sulfamethoxazol	31	26	83,9	0	0	5	16,1
Gentamicin	37	13	35,1	1	2,7	23	62,1
Ciprofloxacin	37	15	40,5	0	0	22	59,5
Moxifloxacin	37	19	51,4	2	5,4	16	43,2
Erythromycin	33	9	27,3	0	0	24	72,7
Tetracyclin	36	22	61,1	0	0	14	38,9
Fusidic acid	34	32	94,1	0	0	2	5,9
Imipenem	8	5	62,5	0	0	3	37,5
Fosfomycin	9	9	100	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Các bệnh nhân VNTMNK do *S.aureus* trong nghiên cứu này có tuổi trung bình là 42,9; không có sự khác biệt ý

chuyển nhịp		
Nhiễm khuẩn da	9	23,1
Nhiễm khuẩn đường hô hấp	6	15,4
Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa	4	10,3
Tăng huyết áp	6	15,4
Đái tháo đường	6	15,4
Tiền căn đột quỵ	2	5,1

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Tần số	Tỉ lệ %
Sốt	36	92,3
Mệt mỏi	9	23,0
Đau cơ khớp	3	7,7
Chán ăn	2	5,2
Buồn nôn	3	7,7
Sụt cân	2	5,2
Ho	9	23,1
Khó thở	5	12,8
Đau ngực	3	7,7
Đau đầu	4	10,3
Đau bụng	4	10,3
Lở mọt	6	15,4

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Tần số	Tỉ lệ (%)
Sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$	33	84,6
Âm thổi ở tim	9	23,1
Lách to	7	17,9
Nốt Osler	2	5,2
Liệt nửa người	4	10,3

nghĩa thống kê giữa nam và nữ. Tuổi trung bình mắc bệnh VNTMNK có xu hướng tăng so với các nghiên cứu trước đây thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy, tuy nhiên vẫn còn thấp hơn ở các nước

phương Tây qua nghiên cứu của các tác giả như Abdallah L và cs (56,9 tuổi) [1]; Selton-Suty C và cs (62,3 tuổi) [9]. Số bệnh nhân nam (53,9%) mắc VNTMNK nhiều hơn nữ (tỉ số nam/nữ là 1,2). Tỉ lệ bệnh nhân nam phù hợp với các nghiên cứu ở bệnh nhân VNTMNK trong nước như Nguyễn Thanh Huy và Phạm Nguyễn Vinh (56,1%) (8), Tran HM và cs (63,5%) [10] và những nghiên cứu nước ngoài như Selton-Suty C và cs (74,2%)[9]; Drissa M (tỉ số nam/nữ: 1,91) [3].

Về yếu tố thuận lợi và bệnh đồng mắc, chúng tôi ghi nhận một số yếu tố thuận lợi của VNTMNK do S.aureus như tiền căn phẫu thuật thay van tim nhân tạo (10,3%); tiêm ma túy đường tĩnh mạch (7,7%); chạy thận nhân tạo (7,7%); đặt máy khử rung chuyển nhịp (2,6%); và các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp (15,4%), đái tháo đường (15,4%) và tiền sử đột quỵ (5,1%). Nghiên cứu này phát hiện 15,4% bệnh nhân không có sang thương tim trước đó mắc VNTMNK do S.aureus. Đây là một trong những đặc điểm riêng biệt của S.aureus do vi khuẩn này có tính ái lực cao với tế bào nội mô, bản chất độc lực cao nên có thể bám dính vào nội tâm mạc bình thường. Đường vào nhiều nhất của vi khuẩn S.aureus được ghi nhận trong nghiên cứu này là da (23,1%), và 43,5% trường hợp không rõ đường vào. Trong 70 trường hợp VNTMNK do S.aureus tại Tunisia, Drissa M và cs ghi nhận 23% bệnh nhân có van nhân tạo hoặc sửa van; 45% có bệnh đồng mắc, trong đó đái tháo đường (n = 17), xơ gan (n = 6) và suy thận mạn (n = 9) thường gặp nhất; 55% (38 bệnh nhân) có đường vào được xác định với đường vào qua da chiếm nhiều nhất (n = 36) [3]. Qua 162 bệnh nhân VNTMNK do S.aureus tại 7 vùng của Pháp từ năm 1990 đến 2010, Abdallah L và cs phát hiện bệnh lý này xảy ra ở 29,0% bệnh nhân có bệnh van tim đã biết; 24,7% có đái tháo đường; 14,8% có ung thư với chỉ số bệnh đồng mắc là $3,19 \pm 2,7$; 69,1% xác định được đường vào, chủ yếu qua da (57,5%) [1].

Về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cơ năng và thực thể thường gặp nhất ở bệnh nhân VNTMNK do S.aureus trong nghiên cứu của chúng tôi là sốt (92,3%); ngoài ra, bệnh nhân có triệu chứng cơ năng không đặc hiệu như mệt mỏi (23,0%), chán ăn (5,2%), sụt cân (5,2%); triệu chứng cơ năng liên quan biến chứng như lơ mơ (15,4%), đau đầu (10,3%), khó thở (12,8%); triệu chứng thực thể thường gặp khác là âm thổi ở tim (23,1%), lách to (17,9%), liệt nửa người (10,3% và nốt Osler (5,2%). Thời gian sốt trung bình trước nhập viện là 13,5 ngày,

phù hợp với đặc điểm điển tiến cấp tính của VNTMNK do S.aureus. Trong nghiên cứu ở 437 bệnh nhân VNTMNK do S.aureus tại 8 bệnh viện ở Tây Ban Nha, Hidalgo-Tenorio C và cs phát hiện các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân MSSA là sốt (96,6%), âm thổi ở tim (52,6%), khó thở (46,0%), xuất huyết dưới da dạng chấm (petechia) (21,2%), gan to (17,4%), nốt Osler (16,1%), sang thương Janeway (14,0%), lách to (12,7%), xuất huyết dưới móng (11,4%); trong khi đó, bệnh nhân MRSA có các triệu chứng thường gặp nhất là sốt (93,2%), khó thở (52,5%) và âm thổi ở tim (50,8%) [2].

Đặc điểm vi sinh. Theo tiêu chuẩn Duke cải biên, chúng tôi ghi nhận cấy máu là tiêu chuẩn chính ở 23 bệnh nhân (59,0%) và là tiêu chuẩn phụ ở 16 bệnh nhân (41,0%). Tỉ lệ vi khuẩn MRSA trong nghiên cứu này là 64,1%, cao hơn so với các nghiên cứu nước ngoài khác. Nghiên cứu Drissa M và cs tại bệnh viện Rabta, Tunisia từ năm 1996 đến 2016 phát hiện tỉ lệ MRSA ở bệnh nhân VNTMNK là 17% [3]. Ở Tây Ban Nha, Hidalgo-Tenorio C và cs xác định tỉ lệ MRSA là 13,5% ở 437 bệnh nhân VNTMNK do S.aureus trong giai đoạn 1984 – 2017 (2). Abdallah L và cs nhận thấy 15,2% bệnh nhân được cấy máu hoặc cấy van tim dương tính MRSA qua khảo sát 162 trường hợp VNTMNK do S. aureus van tự nhiên tim trái [1].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% vi khuẩn S.aureus được phân lập từ các bệnh nhân VNTMNK tại bệnh viện Chợ Rẫy nhạy với những kháng sinh vancomycin, teicoplanin, linezolid và tigecycline. Trong khi một số nghiên cứu trên thế giới ghi nhận tình trạng kháng vancomycin, tất cả bệnh nhân VNTMNK do S.aureus trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đề kháng với vancomycin theo kết quả kháng sinh đồ. Điều này phù hợp với các kết quả nghiên cứu trong nước của Trần Thị Thúy Tường trên những bệnh nhân nhiễm MRSA ở các cơ quan nhiễm khuẩn khác nhau tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2012 đến 3/2013 cũng như của Lê Văn Anh tại bệnh viện Bạch Mai [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân VNTMNK do S.aureus tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 5 năm (2015-2019), chúng tôi ghi nhận VNTMNK do S.aureus xảy ra ở 69,2% bệnh van tim tự nhiên và 10,3% van tim nhân tạo với đường vào nhiều nhất qua da (23,1%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân VNTMNK do S.aureus là sốt (92,3%). Tỉ lệ vi khuẩn MRSA là 64,1% và 100% S.aureus nhạy với kháng sinh

vancomycin, teicoplanin, linezolid và tigecyclin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdallah L, Remadi J-P, Habib G, et al.** Long-term prognosis of left-sided native-valve Staphylococcus aureus endocarditis (2016). Archives of Cardiovascular Diseases, 109 (4):260-267.
2. **Hidalgo-Tenorio C, Gálvez J, Martínez-Marcos FJ, et al** (2020). Clinical and prognostic differences between methicillin-resistant and methicillin-susceptible Staphylococcus aureus infective endocarditis. BMC Infectious Diseases, 20:160-171.
3. **Drissa M, Amani F, Drissa H** (2018). Staphylococcus aureus infective endocarditis at a tertiary Tunisian hospital. A changing profile?. The Egyptian Heart Journal, 70:365-368.
4. **Hoen B, Duval X. Infective endocarditis** (2013). N Engl J Med, 368:1425-1433.
5. **Joo EJ, Park DA, Kang CI, et al** (2019). Reevaluation of the impact of methicillin-resistance on outcomes in patients with Staphylococcus aureus bacteremia and endocarditis. Korean J Intern Med, 34:1347-1362.
6. **Lê Văn Anh** (2015). Thử nghiệm can thiệp của dược sĩ lâm sàng vào việc sử dụng vancomycin nhằm đảm bảo hiệu quả và an toàn trong điều trị tại bệnh viện Bạch Mai. Luận án Tiến sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
7. **Li JS, Sexton DJ, Mick N, et al** (2000). Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. Clin Infect Dis, 30:633-638.
8. **Nguyễn Thanh Huy, Phạm Nguyễn Vinh** (2013). Đặc điểm viêm nội tâm mạc nhiễm trùng theo tiêu chuẩn Duke cải biến tại Viện Tim, năm 2010 và 2011. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 17 (3): 73-78.
9. **Selton-Sutty C, Ce'lard M, Moing VL, et al** (2012). Preeminence of Staphylococcus aureus in Infective Endocarditis: A 1-Year Population-Based Survey. Clinical Infectious Diseases, 54(9):1230-1239.
10. **Tran HM, Truong VT, Ngo TMN, et al** (2017). Microbiological profile and risk factors for in-hospital mortality of infective endocarditis in tertiary care hospitals of south Vietnam. PLoS ONE, 12(12): e0189421.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ SƠ SINH VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP TẠI CẦN THƠ

Trần Quang Khải¹, Nguyễn Minh Phương¹, Bùi Quang Nghĩa¹,
Nguyễn Thị Mỹ Liên¹, Nguyễn Đức Trí², Nguyễn Mạnh Cường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chiếu đèn ở trẻ sơ sinh vàng da do tăng bilirubin gián tiếp tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 121 bệnh nhi vàng da sơ sinh do tăng bilirubin gián tiếp được chiếu đèn tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Giới tính nam chiếm đa số (50,4%), với tỷ số nam/nữ là 1,02, tỉ lệ trẻ non tháng 17,4%. Có 35,5% trẻ vàng da vùng 5 theo Kramer, chủ yếu gặp ở trẻ non tháng. Nồng độ bilirubin gián tiếp trung bình là 274,4±78,4 µmol/l. Bilirubin gián tiếp ở trẻ sinh thường cao hơn sinh mổ, có bệnh kèm theo cao hơn không có bệnh kèm theo (p<0,05). Kết quả điều trị 96,7% thành công với chiếu đèn, 3,3% thất bại và phải thay máu. Trẻ sinh mổ, vàng da sớm xuất hiện <7 ngày tuổi, có thời gian chiếu đèn dài hơn. **Kết luận:** Chiếu đèn là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao đối với trẻ vàng da

tăng bilirubin gián tiếp, cần lưu ý các trẻ vàng da sinh mổ, mắc bệnh lý nhiễm trùng kèm theo, vàng da sớm trước 7 ngày tuổi nhằm rút ngắn thời gian chiếu đèn và nằm viện. **Từ khóa:** vàng da, tăng bilirubin máu, trẻ sơ sinh, chiếu đèn.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE EFFECTIVENESS OF PHOTOTHERAPY IN NEONATES WITH INDIRECT HYPERBILIRUBINEMIA JAUNDICE AT CAN THO

Objectives: To describe the clinical, para-clinical characteristics and evaluate of the effectiveness of phototherapy in neonates with indirect hyperbilirubinemia jaundice at the Neonatal Department, Can Tho Children's Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 121 infants with indirect hyperbilirubinemia jaundice and used phototherapy as the treatment at Can Tho Children's Hospital from June 2021 to June 2022. **Results:** Male sex accounted for 50.4%, with a male/female ratio was 1.02, premature infant rate of 17.4%. There were 35.5% of infants with zone 5 jaundice according to Kramer, mainly seen in premature infants. The average indirect bilirubin concentration was 274.4±78.4 µmol/l. Indirect bilirubin was higher in infants born vaginally than those born by surgery, with comorbidities higher than those without comorbidities (p<0.05). Treatment results: 96.7% of neonates were

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

³Bệnh viện 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Khải

Email: tqkhai@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023