

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM CANDIDA XÂM LẤN TẠI KHOA SƠ SINH VÀ HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Võ Loan Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Tịnh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ sơ sinh NN Candida xâm lấn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu loạt ca, dữ liệu thu thập hồi cứu, tiến cứu trên tất cả trẻ NN Candida xâm lấn, điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 11/04/2021 đến ngày 15/06/2023. **Kết quả:** Có 104 trẻ nhiễm Candida xâm lấn với 106 đợt NN trong thời gian nghiên cứu. Tuổi thai có trung vị 31,0 tuần [27,0; 36,0 tuần], cân nặng non tháng có trung vị 1400 g [1050; 2475], ngày tuổi bắt đầu NN 24,5 ngày [17,0; 39,3]. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng phổ biến là rối loạn tri giác, bụng chướng, nhẹ cân, da tái, sốt; tăng CRP và giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu. Loài Candida thường gặp nhất là *C. parapsilosis* (44,3%), kế đến là *C. albicans* (32,0%), đồng nhiễm vi trùng trong đợt NN là 29,8%. Bệnh lý nền phổ biến nhất là nhiễm trùng huyết do vi trùng 41,3%, bất thường bẩm sinh đường tiêu hóa 31,7%. Yếu tố nguy cơ NN phổ biến nhất là dùng nhiều kháng sinh trước đó 100%, nuôi ăn tĩnh mạch 90,4%, kể đến là hiện diện CVC 70,2%. Điều trị với amphotericin B tỷ lệ cao nhất 59,6%, kết hợp amphotericin B và fluconazole là 34,6%. Tỷ lệ tử vong thô là 35,6%. **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh NN Candida xâm lấn còn cao. Điều trị chủ yếu là đơn trị liệu với amphotericin B. Các yếu tố nguy cơ NN chiếm tỷ lệ khá cao, cần thêm nghiên cứu tìm ra mối liên quan độc lập đến kết cục tử vong.

**Từ khóa:** nhiễm Candida, sơ sinh.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF NEONATES WITH INVASIVE CANDIDA INFECTION IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

**Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of neonates with invasive Candida spp infection. **Patients and Methods:** This is a case-series study with retrospective data collection on all infants with invasive candidiasis treated at Children's Hospital 2 from April 11, 2021 to June 15, 2023. **Results:** There were 104 infants with invasive candidiasis with 106 episodes of infection during the study period, with a median gestational age of 31 [27; 36] weeks, a median birth weight of 1400 [1050; 2475] grams, and a median age

at the onset of infection of 24.5 [17.0; 39.3] days. Common clinical and paraclinical symptoms were impaired consciousness, abdominal distension, malnutrition, cyanosis, fever; increased CRP and thrombocytopenia, leukopenia. The most common Candida species was *C. parapsilosis* (44.3%), followed by *C. albicans* (32.0%), with co-bacterial infection during candidiasis was 29.8%. The most common underlying diseases were sepsis caused by bacteria 41.3%, congenital abnormalities in the gastrointestinal tract 31.7%. The most common risk factors for candidiasis were previous antibiotic use (100%), parenteral nutrition (90.4%), followed by the presence of a central venous catheter (CVC) (70.2%). Treatment with amphotericin B had the highest rate at 59.6%, while the combination of amphotericin B and fluconazole was used in 34.6% of cases. The overall in-hospital mortality rate was 35.6%. **Conclusions:** The overall mortality rate of neonates with invasive candidiasis remains high. Antifungal therapy is mainly monotherapy with amphotericin B. Invasive candidiasis risk factors were quite prevalent, need more studies to identify an independent association with mortality.

**Keywords:** Candida infection, neonate

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NN xâm lấn (NNXL) trong đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh (NICU) có thể gây ra bệnh tật và tử vong đáng kể. Candida spp là tác nhân phổ biến nhất khi nhiễm nấm (NN) và là tác nhân đứng hàng thứ ba hoặc tư trong các tác nhân gây nhiễm trùng máu ở trẻ sơ sinh và trẻ em nằm viện<sup>1</sup>. Tỷ lệ tử vong chung ở trẻ sơ sinh NN khác nhau theo từng trung tâm và có thể lên đến 42,9%<sup>2</sup>. Chậm phát triển thần kinh ở trẻ sinh non cũng tăng hơn khi đi kèm NN<sup>3</sup>.

Tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng của NNXL không đặc hiệu và có thể trùng lặp với các bệnh cảnh đi kèm. Các yếu tố nguy cơ và bệnh cảnh đi kèm như nhiễm khuẩn huyết, tình trạng suy dinh dưỡng, bệnh lý ngoại khoa, làm dụng kháng sinh, can thiệp xâm lấn có thể cho ra bệnh cảnh lâm sàng, tác nhân, đề kháng nấm khác biệt. Chẩn đoán sớm NNXL là một thách thức, chiến lược điều trị thuốc kháng nấm chưa rõ ràng ở trẻ sơ sinh. Trong nước, có rất ít thông tin về đặc điểm nhiễm nấm Candida xâm lấn ở trẻ sơ sinh (NCXL), nhằm biết rõ hơn đặc điểm và kết quả trẻ NCXL ở các đơn vị chăm sóc sơ sinh trong nước góp phần đưa ra chiến lược dự phòng và điều trị thích hợp hơn để có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và chậm phát triển ở trẻ sơ sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc*

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TPHCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ nhiễm Candida xâm lấn tại khoa sơ sinh và hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 11/14/2021 đến 15/06/2023.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Trẻ nhập viện vào khoa Sơ sinh cấp III và khoa Hồi sức sơ sinh cấp IV tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, có kết quả cấy mẫu bệnh phẩm thu được từ các vị trí bình thường không có mầm bệnh (bao gồm: máu, dịch não tủy, nước tiểu qua catheter, mô sâu khi phẫu thuật hay sinh thiết) kèm theo trẻ có bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng phù hợp tình trạng đang nhiễm trùng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) trẻ sơ sinh đã chẩn đoán NCXL từ tuyến trước đang sử dụng kháng nấm. (2) gia đình ký hồ sơ xin xuất viện khi đang điều trị.

**Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, dữ liệu thu thập hồi cứu và tiền cứu.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** lấy mẫu trọn tất cả các bệnh nhân vào khoa sơ sinh và hồi sức sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 11/4/2021 – 15/6/2023 thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ.

**Y đức:** quá trình nghiên cứu đã được hội đồng đánh giá đạo đức bệnh viện Nhi Đồng 2 thông qua theo chứng nhận số 815/GCN-BVND92 ngày 20/10/2022. Tiêu chuẩn chăm sóc hiện có không bị thay đổi trong quá trình nghiên cứu. Thân nhân được thông tin đầy đủ trước khi đồng ý, có quyền rút ra khỏi nghiên cứu và không ảnh hưởng tới việc điều trị, mọi thông tin được bảo mật.

**Xử lý và phân tích số liệu.** Xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

Biến định tính trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm tần số. Biến định lượng: trình bày theo trung bình +/- độ lệch chuẩn hay trung vị [25<sup>th</sup>;75<sup>th</sup>] nếu không phải phân phối chuẩn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Các đặc điểm chung.** Có 104 trẻ với 106 đợt NCXL với tuổi thai trung vị 31,0 tuần [27,0; 36,0 tuần], cân nặng lúc sinh trung vị 1400 g [1050; 2475], ngày tuổi nhập viện trung vị 3 ngày [0; 59 ngày]. Ngày tuổi bắt đầu NN 24,5 ngày [17,0; 39,3]

**Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu (N=104)**

Đặc điểm chung	Tần số	%
<b>Giới tính</b>		
Nam	65	62,5
Nữ	39	37,5

<b>Cân nặng lúc sinh</b>		
Cực nhẹ cân (< 1000gr)	24	23,1
Rất nhẹ cân (1000 - < 1500gr)	30	28,8
Nhẹ cân (1500 - < 2500gr)	24	23,1
Đủ cân (2500 - ≤ 4000gr)	26	25,0
<b>Hình thức sinh</b>		
Sinh thường	63	60,6
Sinh mổ	41	39,4
<b>Dinh dưỡng lúc sinh</b>		
Suy dinh dưỡng bào thai	14	13,5
Phù hợp tuổi thai	90	86,5
Apgar < 7 điểm (lúc 5 phút)	22	21,2
Ngạt khi sinh	5	4,8

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng (N=104)**

Triệu chứng lâm sàng	Tần số	%
<b>Triệu chứng toàn thân</b>		
Lừ đừ	64	61,5
Sốt	38	35,5
Da tái/bông	42	40,4
Phù	22	21,2
Suy dinh dưỡng	55	52,9
Sốc	26	25,0
Triệu chứng hô hấp	57	54,8
Cơ ngưng thở	34	32,7
Thở nhanh/Thở co lõm ngực	23	22,1
Triệu chứng tiêu hóa - chướng bụng	60	57,7

**Bảng 3. Các cận lâm sàng**

Cận lâm sàng	Tần số (%)	%
Bạch cầu bình thường (5-20x10 <sup>9</sup> /L)	61	58,6
Tăng bạch cầu (>20x10 <sup>9</sup> /L)	11	10,6
Giảm bạch cầu (< 5x10 <sup>9</sup> /L)	32	30,8
Giảm neutrophil (< 1,5x10 <sup>9</sup> /L)	17	16,3
Tiêu cầu giảm (< 100x10 <sup>9</sup> /L)	66	65,5
≥ 100 x10 <sup>9</sup> /L	38	36,5
50 - < 100 x10 <sup>9</sup> /L	18	17,3
< 50 x10 <sup>9</sup> /L	48	46,2
CRP tăng (> 10 mg/L)	83	79,8

**Đặc điểm vi sinh**

Có 106 đợt NCXL trên 104 trẻ sơ sinh từ 11/4/2021 - 15/6/2023, 6 loài Candida định danh được (**Bảng 4**). Tỷ lệ C. nonalbicans nhiều hơn C. albicans (67,9% và 32,1%). Loài Candida spp chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là C. parapsilosis 45,3%, kể đến C. albicans 32,1%. Không ghi nhận các loài kháng tự nhiên với fluconazole như C. glabrata, C. krusei.

**Bảng 4. Các loài nấm Candida trong mẫu phân lập ở 106 đợt NN ở 104 bệnh nhân**

Mầm bệnh trong mẫu cấy	Tần số	Tỷ lệ (%)
Candida albicans	34	32,0
C. albicans + Burkholderia cepacia	1	0,9

Candida parapsilosis	47	44,3
C. parapsilosis + Candida spp	1	0,9
Candida tropicalis	6	5,7
Candida guilliermondii	9	8,5
Candida haemulonii	01	0,9
Candida pelliculosa	01	0,9
Candida spp	7	6,6

**Bảng 5. Vị trí nhiễm Candida xâm lấn**

Vị trí nhiễm	Tần số	Tỷ lệ
Máu (đơn độc hay kết hợp nơi khác)	99	95,2
Chỉ NN máu	93	89,4
NN máu lan rộng	6	5,7
Mô khác (không kèm nấm máu)	5	4,8
NN niệu	3	2,9
NN hệ thần kinh	1	1,0
Viêm phúc mạc nấm	1	1,0

Có 15 trường hợp được làm kháng nấm đồ (từ 3/2023 – 6/2023), đã ghi nhận 2 trường hợp kháng amphotericin B, một trường hợp ở loài *C. albicans* và 1 trường hợp ở loài *C. parapsilosis*, 1 trường hợp nhạy trung gian với fluconazole của loài *C. parapsilosis*, 2 trường hợp nhạy trung gian với voriconazole của loài *C. parapsilosis* và *C. albicans*. Đồng nhiễm vi khuẩn trong đợt NN ở các dịch vô khuẩn (máu, dịch não tủy, nước tiểu qua sonde tiểu CFU > 10<sup>4</sup> khuẩn/mm<sup>3</sup>, dịch hô hấp Barlet từ 1+) là 31 trường hợp (29,8%), 4 loài vi khuẩn phổ biến nhất theo thứ tự (n=31) là *Klebsiella* spp (22,5%), *Staphylococcus* spp 16,1%, *Acinetobacter* và *Pseudomonas* (12,9%). Trong đó nhiễm khuẩn huyết chiếm 19/104 trường hợp (18,3%).

**Bệnh lý đi kèm và các yếu tố nguy cơ NCXL**

**Bảng 6. Bệnh đi kèm phổ biến**

Bệnh đi kèm	Tần số	%
Nhiễm khuẩn huyết	43	41,3
Viêm màng não lúc NN	26	25,0
Dẫn não thất	11	10,6
Sốc nhiễm trùng trước NN	20	19,2
Viêm ruột hoại tử trước NN	29	27,9
Bất thường bẩm sinh đường tiêu hoá phức tạp	33	31,7
Xuất huyết não	17	16,3
Loạn sản phổi	16	15,4
Cao áp phổi kéo dài	06	5,8
Tim bẩm sinh	18	17,3
Vàng da ứ mật	28	26,9

**Bảng 7. Một số yếu tố nguy cơ gây NCXL trong quá trình nằm viện**

Yếu tố nguy cơ	Tần số (%) hoặc trung vị [25 <sup>th</sup> ; 75 <sup>th</sup> ]
Phẫu thuật trước chẩn đoán NCXL	56 (53,8)

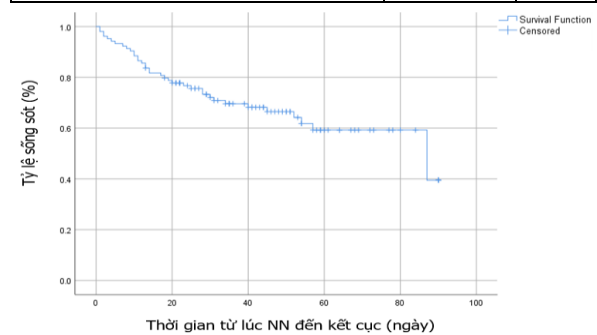
Sử dụng kháng sinh trước NCXL	104 (100,0)
Cefotaxim	80/101 (79,2)
Carbapenem	101/104 (97,1)
Trung bình thời gian lưu CVC liên tục (ngày)	14,0 [0; 22,5]
Có đặt CVC trước đó và tại thời điểm NN máu (n = 99)	84 (84,8)
Thời gian còn lưu CVC sau khi chẩn đoán trung vị	1,5 [0; 7]
Sử dụng steroid tĩnh mạch trước NN	14 (13,5)
Sử dụng anti H2/ PPI trước NN	09 (8,7)
Thở máy trước NN	59 (56,7)
Có dinh dưỡng tĩnh mạch tại thời điểm phát hiện nấm	94 (90,4)

**Điều trị kháng nấm và kết quả điều trị.**

Thời gian bắt đầu sử dụng thuốc kháng nấm sau lấy mẫu bệnh phẩm 2 ngày [1; 2]. Thời gian điều trị kháng nấm ở nhóm sống còn 21 ngày [20; 22], thời gian điều trị ở nhóm tử vong 15 ngày [9; 21]. Tỷ lệ sử dụng đơn trị liệu amphotericin B deoxycholate là phổ biến nhất (59,6%), điều trị kết hợp 2 thuốc kháng nấm amphotericin B và fluconazole là 34,6%, tỷ lệ sử dụng đơn trị liệu fluconazole là 3,8%.

**Bảng 8. Kết quả điều trị (N = 104)**

Kết quả	Tần số	%
Số được điều trị	102	98,1
Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện	37	35,6
Tỷ lệ tử vong ở nhóm được điều trị (n= 102)	35	34,3
Tỷ lệ tử vong ở nhóm chưa điều trị (n = 2)	2	100
Tỷ lệ tử vong theo nhóm cân nặng		
< 1000 g	9/24	37,5
1000 - <1500 g	12/30	40,0
1500 - < 2500g	7/24	29,2
≥ 2500	9/26	34,6



**Hình 1. Tỷ lệ sống sót sau khi nuôi cấy dương tính từ 104 trẻ bị NCXL**

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống còn trong 20 ngày đầu giảm nhanh hơn giai đoạn sau đó, sau 60 ngày tỷ lệ sống còn ổn định hơn.

#### IV. BÀN LUẬN

Có 104 trẻ NCXL thỏa tiêu chí chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Về đặc điểm chung, nam chiếm ưu thế, sinh thường cao hơn sinh mổ, điều này tương đương các nghiên cứu trước đây của Thái Bằng Giang<sup>2</sup> (2018), Chen<sup>4</sup> và cs (2022). Về phân bố cân nặng, nghiên cứu này có sự tương đồng giữa các nhóm, khác với tỷ lệ chiếm đa số (> 60%) ở nhóm trẻ < 1000 g trong các nghiên cứu tại Hoa Kỳ của Agarwal (2017)<sup>5</sup>. Điều khác biệt này cho thấy rằng yếu tố nguy cơ lúc nhập viện có thể khác nhau giữa các trung tâm. Ngoài ra, nhóm cực nhẹ cân có tỷ lệ cao hơn có thể do số lượng trẻ nhập viện cao hơn, cần nhiều can thiệp hơn và thời gian nằm viện kéo dài hơn. Các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu chúng tôi phù hợp với những nghiên cứu đã được công bố. Các triệu chứng đa dạng, không đặc hiệu, không thể phân biệt rõ giữa dấu hiệu nhiễm khuẩn và NN. Tuy nhiên, điểm đặc biệt là triệu chứng sốt thường xuất hiện trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ 35,5%. Điều này khác với nghiên cứu của Thái Bằng Giang<sup>2</sup> với tỷ lệ sốt 4,1% cho thấy sốt ít gặp trên trẻ NN. Đặc điểm sốt phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Makhoul<sup>6</sup> với tỷ lệ sốt là 42,8%. Sự khác biệt này có thể do dữ liệu thu thập hồi cứu nên thiếu thông tin đầy đủ. Tăng thân nhiệt là một đặc điểm quan trọng và có giá trị dự đoán cao giúp bác sỹ lâm sàng nghi ngờ tình trạng nhiễm trùng. Dựa trên dữ liệu triệu chứng lâm sàng, chúng tôi khuyến nghị rằng bác sỹ cần tăng cường sự nghi ngờ khi đối diện với các nhóm trẻ có nhiều yếu tố nguy cơ NN, đặc biệt là khi các triệu chứng như nhiễm khuẩn huyết.

Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng tại thời điểm NN khá cao so với lúc nhập viện (52,9% so với 13,5%). Yếu tố này chưa từng được nhấn mạnh trong các nghiên cứu trước đây. Có thể đây là một yếu tố nguy cơ mới đáng chú ý đối với trẻ NCXL trong NICU. Do đó chúng ta cần thực hiện một nghiên cứu với nhóm chứng thích hợp để đánh giá rõ hơn về tác động của yếu tố này.

Triệu chứng cận lâm sàng phổ biến (tỷ lệ > 50%) là tăng CRP, giảm tiểu cầu. Tiểu cầu giảm thấp khi NCXL so với nhiễm khuẩn ở nhóm trẻ cực non. Điều này cũng được xem như là một dấu hiệu tiềm năng cho sự hiện diện của NN. Số lượng bạch cầu ít biến động hơn sự thay đổi của CRP và tiểu cầu, bạch cầu bình thường không loại trừ nhiễm NCXL, tương đồng với nghiên cứu Makhoul<sup>6</sup>.

Trong nghiên cứu chúng tôi, *C. albicans*

chiếm 32,0%, nhóm *C. nonalbicans* thì chiếm đa số 67,3%, trong đó *C. parapsilosis* là loài phổ biến nhất 44,3%. Sự gia tăng *C. parapsilosis* có thể liên quan đến NN *Candida* từ bàn tay nhân viên y tế (lây truyền ngang) sang trẻ sơ sinh trong các thủ thuật, theo tác giả Saiman và cs ghi nhận nuôi cấy trên bàn tay nhân viên chăm sóc sức khỏe, tỷ lệ phân lập với *C. parapsilosis* 19% so với *C. albicans* là 5%<sup>7</sup>. Ngoài ra, chúng tôi không phân lập các loài *Candida* spp kháng tự nhiên fluconazole như *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. auris*, các mẫu cấy còn nhạy cảm với fluconazole có thể giải thích đơn vị chúng tôi chưa dự phòng NN bằng fluconazole, và tỷ lệ điều trị nhiễm *Candida* bằng fluconazole cũng rất thấp 3,8%. Điều này thuận lợi cho chiến lược dự phòng NCXL bằng fluconazole.

Các yếu tố NN trong thời gian nằm viện chiếm tỷ lệ khá cao là đặt ống thông tĩnh mạch, đặt nội khí quản, và phẫu thuật (**Bảng 7**). Ngoài ra, yếu tố thúc đẩy sự phát triển quá mức của nấm *Candida* spp cũng thường gặp như sử dụng kháng sinh phổ rộng, cefotaxim chiếm 79,2%, carbapenem chiếm 97,1% với. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Thái Bằng Giang<sup>2</sup> sử dụng cefotaxim 57% có và carbapenem là 83% với. Việc sử dụng kháng sinh phổ rộng trong NICU vẫn còn phổ biến. Để giảm NCXL, NICU cần tăng cường chống nhiễm khuẩn để giảm tỷ lệ nhiễm trùng huyết và giảm sử dụng kháng sinh phổ rộng.

Về điều trị, thời gian từ nuôi cấy đến khi điều trị trong nghiên cứu có là 2 ngày [1;2], ngắn hơn ½ thời gian của Dương Tấn Hải (2006)<sup>8</sup> là 5,95 ngày ± 2.85, sự rút ngắn này cho thấy xu hướng điều trị thuốc kháng nấm sớm theo kinh nghiệm trước khi có kết quả vi sinh. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ, amphotericin B là chọn lựa ưu tiên khi NN ở trẻ sơ sinh, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ điều trị với amphotericin B deoxycholate là phổ biến nhất với tỷ lệ sử dụng lên tới 96,2%. Tuy nhiên, kết quả hạn chế về kháng nấm đồ đã cho biết có kháng với amphotericin B ở hai loài phổ biến nhất trong NICU là *C. albicans* và *C. parapsilosis*. Vì vậy, cần phải xem xét một chiến lược điều trị kháng nấm mới đáp ứng tốt hơn trong tình trạng có kháng thuốc này. Điều này sẽ đảm bảo tính hiệu quả của phương pháp điều trị và giảm nguy cơ kháng thuốc trong tương lai.

Trong bối cảnh của chúng tôi, tỷ lệ tử vong chung là 35,6%. Kết quả này tương tự với kết quả của Thái Bằng Giang<sup>2</sup> tại Viện Nhi Trung Ương (2021) (42,9%), Chen<sup>4</sup> (2022) tại Đài Loan là 42,3%. Tỷ lệ tử vong cao hơn của Dương Tấn

Hải<sup>8</sup> năm 2006 cũng nghiên cứu tại Nhi Đồng 2 (27,2%) có thể giải thích tỷ lệ sinh non cao hơn đáng kể trong nhóm chúng tôi (79,8% so với 53,5%) và những trẻ có phẫu thuật cũng cao hơn (54,5% và 40,9%). Tỷ lệ tử vong trên trẻ NCXL rất cao ở các trung tâm có nhiều trẻ sinh non và nhiều biện pháp can thiệp xâm lấn như nuôi ăn tĩnh mạch, đặt ống thông tĩnh mạch, phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

NCXL gây tử vong đáng kể ở trẻ sơ sinh. Điều trị chủ yếu là đơn trị liệu với amphotericin B. Loài *Candida nonalbicans* đang trở nên phổ biến hơn, cần quan tâm đến việc nhạy cảm thuốc kháng nấm cho các loài này. Cần có chiến lược quản lý cần đa dạng và toàn diện để giảm tỷ lệ tử vong. Các yếu tố nguy cơ NN chiếm tỷ lệ khá cao, cần thêm nghiên cứu tìm ra mối liên quan độc lập đến kết cục tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mantadakis E, Pana ZD, Zaoutis T. Candidemia in children: Epidemiology, prevention and management. *Mycoses*. Sep 2018;61(9):614-622.
2. Giang TB. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng nhiễm nấm ở trẻ sơ sinh và hiệu quả điều trị dự phòng

3. Barton M, Shen A, O'Brien K, et al. Early-onset invasive candidiasis in extremely low birth weight infants: perinatal acquisition predicts poor outcome. 2017;64(7):921-927.
4. Chen YN, Hsu JF, Chu SM, et al. Clinical and Microbiological Characteristics of Neonates with Candidemia and Impacts of Therapeutic Strategies on the Outcomes. *Journal of fungi* (Basel, Switzerland). Apr 29 2022;8(5)
5. Agarwal RR, Agarwal RL, Chen X, Lua JL, Ang JY. Epidemiology of Invasive Fungal Infections at Two Tertiary Care Neonatal Intensive Care Units Over a 12-Year Period (2000-2011). *Global pediatric health*. 2017;4:2333794x17696684.
6. Makhoul IR, Kassis I, Smolkin T, Tamir A, Sujov P. Review of 49 neonates with acquired fungal sepsis: further characterization. *Pediatrics*. Jan 2001;107(1):61-6.
7. Saiman L, Ludington E, Dawson JD, et al. Risk factors for *Candida* species colonization of neonatal intensive care unit patients. *The Pediatric infectious disease journal*. Dec 2001;20(12):1119-24.
8. Dương Tấn Hải, Huỳnh Thị Duy Hương. Đặc điểm nhiễm nấm candida huyết ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 10-2004 đến tháng 12-2005. *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*. 2007; Tập 11, số 1.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN BIPOLAR ĐIỀU TRỊ GỖ CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Thế Điệp<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Châu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy cổ xương đùi (GCXD) và đã được mổ thay khớp háng bán phần Bipolar tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bỏng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 6/2021 - 6/2022. **Kết quả:** Gãy cổ xương đùi hay gặp ở nữ hơn nam giới, với tỷ lệ nữ/nam là 4,2/1. Bệnh gặp chủ yếu gặp ở người cao tuổi, tỷ lệ bệnh nhân từ 70 - 80 tuổi chiếm 57,7%. Nguyên nhân nhập viện chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (94,3%). Sau mổ thay khớp háng bán phần bipolar: 92,3% liền vết mổ thì đầu; 7,7% có nhiễm trùng vết mổ; 01 ca có trật khớp sau mổ; 59,6% bệnh nhân gặp háng được

>90 độ; 28,8% gặp háng được 75-<90°; 01 trường hợp ngắn chỉ <1cm. **Kết luận:** phẫu thuật thay khớp háng bán phần bipolar là một giải pháp tốt cho các bệnh nhân cao tuổi bị gãy cổ xương đùi.

**Từ khóa:** Gãy cổ xương đùi, thay khớp háng bán phần Bipolar, người cao tuổi.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE SURGICAL RESULTS OF BIPOLAR PARTIAL HIP REPLACEMENT IN THE TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES IN THE ELDERLY

**Objectives:** To assess of the results of Bipolar partial hip replacement surgery in treating femoral neck fractures in the elderly at Thai Binh General Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive study of 52 patients aged 60 years and older who were diagnosed with cervical spine fracture and had Bipolar partial hip replacement surgery at the Department of Orthopedic Trauma - Burns, at Thai Binh general hospital from 6/2021 to 7/2022. **Results:** Fractures of the femoral neck are more common in women than in men, with the ratio of 4.2/1. This status is mainly seen in the elderly, the proportion of patients from 70 to 80 years old and accounts for 57.7%. The reason

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023