

biến hiện nay để điều trị sỏi thận. Một trong những biến chứng nặng của phương pháp này là chảy máu không tự cầm sau tán sỏi. Hệ thống phân chia động mạch thận trong nhu mô thận không có vòng tiếp nối với nhau nên khi nút tắc nhánh mạch nào thì phần nhu mô thận đó sẽ bị thiếu máu nuôi dưỡng. Do đó, hiểu biết sâu về giải phẫu mạch thận và ứng dụng phân chia giải phẫu của hệ thống động mạch thận trên phim chụp mạch DSA đã giúp cho can thiệp nút mạch thận ngày càng chọn lọc hơn tới từng nhánh mạch tổn thương để bảo tồn tối đa nhu mô thận lành, giúp cho phương pháp này trở thành phương pháp điều trị đầu tay cho biến chứng chảy máu không tự cầm sau tán sỏi qua da và các bệnh lý gây chảy máu khác ở thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhaohui H, Hanqi L, Xiongbing L, Caixia Z, Shawpong W, Guohua Z.** Analysis of repeated renal arteriography after percutaneous nephrolithotomy. *Urolithiasis.* 2017;45:495-499.
2. **Bookstein JJ, Ernst CB.** Vasodilatory and vasoconstrictive pharmacangiographic manipulation of renal collateral flow. *Radiology.* 1973;108(1):55-59.
3. **Kim HY, Lee KW, Lee DS.** Critical causes in severe bleeding requiring angioembolization after percutaneous nephrolithotomy. *BMC urology.* 2020;20(1):1-7.
4. **El-Nahas AR, Shokeir AA, Mohsen T, et al.** Functional and morphological effects of postpercutaneous nephrolithotomy superselective renal angiographic embolization. *Urology.* 2008;71(3):408-412.
5. **Skandalakis J, Colborn GL, Weidman TA, Foster R, Kingsnorth A.** Skandalakis' surgical anatomy. McGraw Hill Companies, Incorporated; 2004.
6. **Nguyễn Quang Quyền (người dịch).** Atlas giải phẫu người. Nhà xuất bản Y học. 2020. 2001:342.
7. **Uflacker R.** Atlas of vascular anatomy: an angiographic approach. 2007.
8. **Hoàng Long, Trần Quốc Hòa, Chu Văn Lâm và cộng sự.** Kết quả tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ tư thể nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm. *Tạp chí nghiên cứu y học.* 2020;134(10).
9. **Du N, Ma J-Q, Luo J-J, et al.** The efficacy and safety of transcatheter arterial embolization to treat renal hemorrhage after percutaneous nephrolithotomy. *BioMed research international.* 2019;2019
10. **Dong X, Ren Y, Han P, et al.** Superselective renal artery embolization management of post-percutaneous nephrolithotomy hemorrhage and its methods. *Frontiers in Surgery.* 2020;7:582261.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Phạm Thị Thanh Hải^{1,3}, Bế Thị Lệ Thu¹, Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu mô tả với mục tiêu sau: mô tả một số đặc điểm vi khuẩn gây bệnh và kết quả điều trị của viêm tai giữa cấp (VTGC) tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2022. Nghiên cứu đã phân tích 108 hồ sơ bệnh án VTGC có làm xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn gây bệnh. Có 48/108 ca bệnh mọc vi khuẩn. Kết quả nghiên cứu cho thấy một tỉ lệ lớn các trường hợp vi khuẩn gây bệnh được nuôi cấy định danh là *S. pneumoniae* (68,7%), theo sau là *M. catarrhalis* (14,6%) và *H. influenzae* (8,3%). Với việc sử dụng kháng sinh và các biện pháp điều trị tại chỗ, điều trị hỗ trợ; hầu hết các ca bệnh đều được điều trị khỏi, có 2/108 trường hợp cần chuyển tuyến. Có 10/108 ca bệnh có biến chứng (9,3%), trong đó thường gặp

nhất là viêm xương chũm (8,3%), nghe kém (3,7%) và viêm ống tai ngoài lan tỏa (0,93%). VTGC ở trẻ em cần được phát hiện sớm và điều trị đúng để hạn chế các biến chứng và ca bệnh nặng.

Từ khóa: viêm tai giữa cấp; trẻ em; viêm xương chũm; vi khuẩn; *S. pneumoniae*

SUMMARY

BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE OTITIS MEDIA AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

A descriptive study using retrospective data with the following objectives: to describe some pathogenic bacterial characteristics and treatment outcomes of acute otitis media (AOM) at Hai Phong Children's Hospital from January 2022 to June 2022. The study analyzed 108 AOM medical records that included culture tests to identify pathogenic bacteria. There were 48/108 cases of bacterial growth. Research results showed that a large proportion of cases were identified by culture as *S. pneumoniae* (68.7%), followed by *M. catarrhalis* (14.6%) and *H. influenzae* (8.3%). With the use of antibiotics, local treatment measures and supportive treatment; most cases were cured, with 2/108 cases requiring referral. There were 10/108 cases with complications (9.3%), of which the

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

most common were mastoiditis (8.3%), hearing loss (3.7%), and diffuse external otitis (0.93%). AOM in children needs to be detected early and treated properly to limit complications and severe cases.

Keywords: acute otitis media; children; mastoiditis; bacteria; *S. pneumoniae*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp (VTGC) là hiện tượng màng nhĩ trong hòm nhĩ, bệnh tích chỉ khu trú ở niêm mạc hòm nhĩ, có thể lan tới niêm mạc sào bào nhưng chưa tới xương chũm. Theo L. Monasta và cs. nghiên cứu tại Đông Nam Á và 20 khu vực khác trên thế giới, viêm tai giữa cấp tính có tỷ lệ mắc là 10,85%, tức là 709 triệu trường hợp mỗi năm với 51% trong số này xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi[1]. Trong một số nghiên cứu dịch tễ học trên thế giới, gần 50% trẻ em được khảo sát đã có ít nhất một đợt VTGC tính khi chúng được 1 tuổi. Khi được 3 tuổi, 2/3 số trẻ được khảo sát có ít nhất một lần bị viêm tai giữa. VTGC là bệnh rất thường gặp trong cộng đồng, nếu phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh khỏi không để lại di chứng. Nếu không, sẽ tổn thương lâu dài ở cơ quan thính giác, thậm chí gây biến chứng nguy hiểm đến tính mạng[2].

Viêm tai giữa cấp thường xuyên tái phát, thường cần đến bác sĩ chăm sóc sức khỏe nhiều lần và là một trong các lý do chính để kê đơn thuốc kháng sinh ở trẻ em. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh VTGC ở trẻ em, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Đặc điểm vi khuẩn học và kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm tai giữa cấp tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022" với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm vi khuẩn bệnh viêm tai giữa cấp ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2022 đến ngày 30/06/2022.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm tai giữa cấp ở các đối tượng nói trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ bệnh án của các trường hợp bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm tai giữa cấp và đã được điều trị tại Khoa Tai – Mũi – Họng - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2022 đến ngày 30/06/2022, được làm xét nghiệm nuôi cấy dịch mũi tai hoặc dịch mũi xoang.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VTGC theo Bộ Y tế: trẻ có một số biểu hiện như: sốt hoặc đau, đau tai hay các biểu hiện nghi ngờ đến do đau tai như dứt tai, quấy khóc hoặc các dấu hiệu của viêm mũi họng: chảy mũi, ngạt mũi. Khám thực

thể phát hiện các tổn thương như: màng nhĩ nề xung huyết, mất nón sáng, phồng, hòm nhĩ có dịch hoặc thủng có dịch hoặc mũ chảy ra ống tai ngoài qua lỗ thủng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin nghiên cứu hoặc của các bệnh nhân có chấn thương tai gây viêm tai giữa cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: gồm toàn bộ số hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: thu thập số liệu nghiên cứu từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

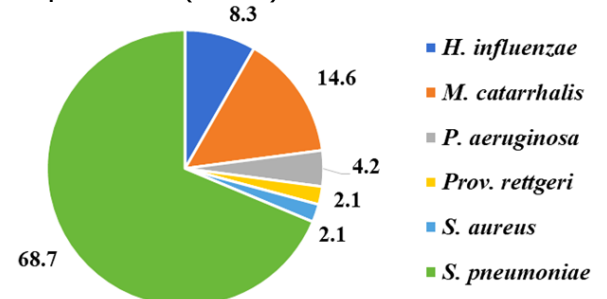
2.4. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0. Tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, test χ^2 so sánh các tỷ lệ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Khoa học – Giáo dục Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (theo quyết định số 184.711/QĐ-YDHP ngày 11/4/2023) và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Các thông tin của bệnh nhân được thu thập giấu tên, tuân thủ các nguyên tắc bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập mang tính chính xác, trung thực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 108 ca bệnh VTGC đã được làm xét nghiệm nuôi cấy mẫu dịch mũi tai hoặc dịch mũi xoang, chúng tôi thu được một số kết quả như sau.

Trong số 108 bệnh nhân được làm xét nghiệm nuôi cấy định danh vi khuẩn gây bệnh từ các mẫu dịch bệnh phẩm, có 48 trường hợp mọc vi khuẩn, với tỉ lệ các loại vi khuẩn đã xác định được như sau (Hình 1).



Hình 1. Các vi khuẩn phân lập được từ nuôi cấy dịch tai (n=48)

Nhận xét: Một tỉ lệ lớn các trường hợp vi khuẩn được nuôi cấy định danh là S. pneumoniae, theo sau là M. catarrhalis và H. influenzae với tỉ lệ thấp hơn. Đặc tính kháng sinh trên kháng sinh đồ của một số loại vi khuẩn thường gặp như sau.

Bảng 1. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của S. pneumoniae (n=33)

Loại kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Amoxicillin/clavulanic acid	32	97,0	0	0	1	3,0
Oxacillin	0	0	0	0	32	100,0
Cefuroxim	14	43,8	0	0	18	56,2
Cefotaxim	31	93,9	0	0	2	6,1
Ceftriaxone	28	90,3	0	0	3	9,7
Cefepime	26	92,9	0	0	2	7,1
Vancomycin	33	100,0	0	0	0	0
Azithromycin	1	3,0	0	0	32	97,0
Erythromycin	0	0	0	0	33	100,0
Imipenem	32	97,0	0	0	1	3,0
Meropenem	32	97,0	0	0	1	3,0
Levofloxacin	32	100,0	0	0	0	0

Nhận xét: Kết quả kháng sinh đồ cho thấy S. pneumoniae có tỷ lệ nhạy cảm cao (> 90%) với các kháng sinh amoxicillin/clavulanic acid, cefotaxim, ceftriaxone, cefepime, vancomycin, imipenem, meropenem và levofloxacin. Trong khi đó, S. pneumoniae đã đề kháng với các loại kháng sinh đường uống thông dụng như: cefuroxim, azithromycin, erythromycin với tỷ lệ từ 56,2% đến 100,0%.

Bảng 2. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của M. catarrhalis (n=7)

Kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Amoxicillin/clavulanic acid	7	100,0	0	0	0	00
Cefuroxim	0	0	2	28,6	5	71,4
Azithromycin	0	0	1	14,3	6	85,7
Erythromycin	1	20,0	1	20,0	3	60,0
Ciprofloxacin	5	83,3	0	0	1	16,7
Co-trimoxazol	2	33,3	0	0	4	66,7

Nhận xét: Kết quả kháng sinh đồ cho thấy M. catarrhalis có tỷ lệ nhạy cảm cao (> 80%) với các kháng sinh amoxicillin/ clavulanic acid, ciprofloxacin. M. catarrhalis đề kháng với cefuroxime, azithromycin, erythromycin, co-trimoxazol (từ 60% đến 85,7%).

Bảng 3. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của H. influenzae (n=4)

Kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ampicillin	0	0	0	0	4	100,0
Amoxicillin/clavulanic acid	1	25,0	0	0	3	75,0
Cefuroxime	0	0,0	0	0	4	100,0
Ceftazidime	4	100,0	0	0	0	0,0
Cefotaxime	4	100,0	0	0	0	0,0
Ceftriaxone	4	100,0	0	0	0	0,0
Cefepime	1	33,3	0	0	2	66,7
Azithromycin	0	0	0	0	3	100,0
Ciprofloxacin	4	100,0	0	0	0	0,0
Co-trimoxazol	0	0,0	0	0	3	100,0
Imipenem	4	100,0	0	0	0	0
Meropenem	4	100,0	0	0	0	0
Ampicillin – sulbactam	0	0	0	0	4	100,0

Nhận xét: Kết quả kháng sinh đồ cho thấy H. influenzae có tỷ lệ nhạy cảm cao (> 90%) với các kháng sinh ceftazidime, cefotaxim, ceftriaxone, ciprofloxacin, imipenem, meropenem. Trong khi đó H. influenzae đề kháng với ampicillin, amoxicillin/ clavulanic acid, cefuroxime, cefepime, azithromycin, co-trimoxazol, ampicillin – sulbactam với tỷ lệ từ 66,7% đến 100%.

Bảng 4. Kết quả điều trị viêm tai giữa cấp ở trẻ em (n=108)

Điều trị		Có sốt (n=75) n (%)	Không sốt (n=33) n (%)	p*
Kháng sinh	Đơn trị liệu	41 (54,7%)	18 (54,5%)	0,991
	Đa trị liệu 2 kháng sinh	34 (45,3%)	15 (45,5%)	
Thời gian điều trị KS (X ± SD) (ngày)		8,35 ± 2,04	7,09 ± 1,67	0,0024
Điều trị hỗ trợ	Hạ sốt, giảm đau	37 (49,3%)	2 (6,1%)	<0,001
	Corticoid đường uống	24 (32%)	8 (24,2%)	0,416
Điều trị tại chỗ	Làm thuốc tai	75 (100%)	33 (100%)	-
	Chích rạch màng nhĩ	18 (24%)	3 (9,1%)	0,071
	Đặt ống thông khí	9 (12%)	4 (12,1%)	0,986
Kết cục điều trị	Khỏi	73 (97,3%)	33 (100%)	-
	Nặng, chuyển tuyến	2 (2,7%)	0 (0%)	
Biến chứng	Có	8 (10,7%)	2 (6,1%)	0,447
	Không	67 (89,3%)	32 (93,9%)	
Loại biến chứng	Viêm xương chũm	7 (9,3%)	2 (6,06%)	0,571
	Nghe kém	3 (4%)	1 (1,03%)	0,806
	Viêm ống tai ngoài lan toả	1 (1,3%)	0 (0%)	-

Nhận xét: 52,8% bệnh nhân cần điều trị kết hợp 2 loại kháng sinh, với thời gian trung bình đợt điều trị ở nhóm bệnh nhân có sốt kéo dài hơn so với nhóm trẻ không sốt một cách có ý nghĩa thống kê. Có 10/108 ca bệnh có biến chứng (9,3%), trong đó thường gặp nhất là viêm xương chũm (9/108 ca, chiếm 8,3%), nghe kém (4/108 ca, chiếm 3,7%) và viêm ống tai ngoài lan tỏa (1/108 ca, chiếm 0,93%). (*): χ^2 test

IV. BÀN LUẬN

Trong số 108 mẫu cấy dịch mũi tai và dịch mũi xoang để nuôi cấy định danh vi khuẩn, có 48 mẫu mọc vi khuẩn (44,4%). Một trong những nguyên nhân ảnh hưởng tới kết quả nuôi cấy dịch là nhiều trẻ đã được sử dụng kháng sinh từ trước khi nhập viện. Trong nghiên cứu này, đứng đầu trong các vi khuẩn gây VTGC là S. pneumoniae (68,7%), tiếp theo là M. catarrhalis (14,6%) và H. influenzae (8,3%). P. aeruginosa chiếm 4,2%, cuối cùng là S. aureus và P. rettgeri chiếm 2,1% mỗi loại. Kết quả này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của T. Hayashi với S. pneumoniae là 29,2%, H. influenzae là 26,7% và M. catarrhalis là 11,3%[2]. Điều này phản ánh sự khác biệt rất rõ giữa các nghiên cứu tại các địa bàn và thời điểm khác nhau.

Kết quả kháng sinh đồ của S. pneumoniae cho thấy tỉ lệ nhạy cảm 100% với các kháng sinh: vancomycin, levofloxacin; nhạy cảm cao trên 90% với amoxicillin/ clavulanic acid, cefotaxime, ceftriaxone (cephalosporin thế hệ 3),

cefepime (cephalosporin thế hệ 4), imipenem, meropenem và đề kháng với oxaciline phổ cầu, azithromycin, erythromycin (nhóm Macrolid); kháng tới 56,2% đối với cefuroxim. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Horhat R trên 42 bệnh nhân nhiễm phổ cầu gây VTGC: nhạy cảm 100% với vancomycin, levofloxacin, amoxicillin/ clavulanic acid, cefotaxime, ceftriaxone, chỉ nhạy cảm 33,3% với erythromycin[3].

Kết quả kháng sinh đồ của M. catarrhalis có tỷ lệ nhạy cảm cao (> 90%) với các kháng sinh: amoxicillin/ clavulanic acid, ciprofloxacin (>80%); đề kháng với cefuroxim, azithromycin, erythromycin, co-trimoxazol (từ 60% đến 85,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của K. Nagai và cs.: M. catarrhalis nhạy cảm trên 99% đối với amoxicillin/ clavulanic acid[4].

Kết quả kháng sinh đồ của H. influenzae có tỷ lệ nhạy cảm cao (> 90%) với các kháng sinh: ceftazidime, cefotaxim, ceftriaxone, ciprofloxacin, imipenem, meropenem. H. influenzae đề kháng hoàn toàn với cefuroxime, azithromycin, co-trimoxazol, ampicillin – sulbactam còn tỷ lệ kháng amoxicillin/ clavulanic acid lên tới 75% và kháng cefepime 66,7%. Cũng theo nghiên cứu của K. Nagai và cs., tỷ lệ của H. influenzae không nhạy cảm với ampicillin, amoxicillin/ clavulanic acid lần lượt là 61,9% và 43,5%[4].

Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân VTGC được điều trị bằng cả hai phương pháp là điều trị toàn thân và điều trị tại chỗ. Trong

ngiên cứu của A. Granath và cs. năm 2008, nghiên cứu trên 2 nhóm bệnh nhân VTGC: nhóm 1 chỉ được điều trị tại chỗ và nhóm 2 được điều trị tại chỗ kết hợp với kháng sinh toàn thân. Kết quả cho thấy có tới 33% số trường hợp ở nhóm điều trị tại chỗ phải dùng thêm kháng sinh toàn thân do sốt cao và/hoặc đau tai rõ rệt[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày ít nhất trẻ VTGC được dùng kháng sinh là 5 ngày có 9/108 trường hợp chiếm tỷ lệ 8,3%. Có 1/108 trẻ được dùng nhiều nhất là 17 ngày kháng sinh. Trung bình các trường hợp trẻ bệnh được dùng $7,96 \pm 2,01$ ngày kháng sinh. Nghiên cứu của A. Hoberman và cs. trên 520 trẻ em từ 6 đến 23 tháng tuổi bị VTGC dùng amoxicillin-clavulanate trong thời gian tiêu chuẩn là 10 ngày hoặc trong thời gian ngắn hơn là 5 ngày sau đó dùng giả dược trong 5 ngày. Kết quả cho thấy trẻ được điều trị bằng amoxicillin-clavulanate trong 5 ngày có nhiều khả năng bị thất bại lâm sàng hơn so với những trẻ được điều trị trong 10 ngày (77/229 trẻ (34%) so với 39/238 (16%)[6].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân cần dùng thuốc hạ sốt, giảm đau là 52/108 trường hợp chiếm 48,1%. Tỷ lệ bệnh nhân cần dùng thuốc corticoid toàn thân là 32/108 trường hợp chiếm 29,6%. Các thuốc này có hiệu quả tốt trong việc làm giảm triệu chứng do VTGC gây ra, tuy nhiên không nên lạm dụng thuốc để tránh tác dụng không mong muốn. Nghiên cứu của A. Sjoukes và cs. chỉ ra rằng cả paracetamol và ibuprofen dưới dạng đơn trị liệu đều hiệu quả hơn giả dược trong việc giảm đau sau 48 giờ (paracetamol so với giả dược: tỷ lệ trẻ bị đau 10% so với 25%, ibuprofen so với giả dược: tỷ lệ trẻ bị đau 7% so với 25%)[7].

100% trẻ VTGC được làm thuốc tai trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của J. A. Taylor và cs. chỉ ra rằng tốc độ cải thiện triệu chứng nhanh hơn ở trẻ trong nhóm nhỏ tai so với trẻ trong nhóm không được điều trị bằng thuốc nhỏ tai[8]. Tỷ lệ trẻ được chích rạch màng nhĩ là 21/108 (chiếm 19,4%). Theo G. Berger, 70% trường hợp lỗ thủng tự phát, 70% màng nhĩ tự liền lại sau 1 tuần và 94% trong vòng một tháng. Tuy nhiên đối với trường hợp màng nhĩ phồng ứ mủ và điều trị nội khoa không cải thiện sau 48 giờ – 72 giờ thì thủ thuật chích rạch màng nhĩ chủ động giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng và thời gian liền màng nhĩ nhanh hơn.

Biến chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu này là viêm xương chũm với 9/108 trường hợp (8,3%), có 4/108 trường hợp nghe kém chiếm 3,7%, có 1/108 trường hợp gặp biến chứng viêm

ống tai ngoài lan toả chiếm 0,9%. Theo Y. J. Chen, có 8/92 bệnh nhân (9,5%) có biến chứng. Trong đó có 3 ca nhiễm khuẩn huyết, 2 ca viêm xương chũm, 1 ca viêm xương chũm có cholesteatoma và 2 ca viêm mô tế bào quanh tai[9]. Có nhiều yếu tố dẫn đến biến chứng của VTGC như chủng vi khuẩn (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* thường gây biến chứng nội sọ ở trẻ dưới 5 tuổi hơn ở trẻ lớn); sức đề kháng của bệnh nhân (trẻ suy dinh dưỡng hay suy giảm miễn dịch hay gặp biến chứng hơn); điều trị kháng sinh không đúng, không đủ liều...[9]. Đa số các bệnh nhân VTGC đều khỏi bệnh 106/108 trường hợp chiếm tỷ lệ 98,1%, có 2/108 trường hợp bệnh nặng cần chuyển tuyến trên điều trị (1,9%) và không có trường hợp nào tử vong. Điều này cho thấy VTGC ở trẻ em cần được phát hiện sớm và điều trị đúng để giảm thiểu tỉ lệ xuất hiện biến chứng và tỉ lệ các ca bệnh nặng.

V. KẾT LUẬN

Các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất được nuôi cấy định danh là *S. pneumoniae* (68,7%), theo sau là *M. catarrhalis* (14,6%) và *H. influenzae* (8,3%). Với việc sử dụng kháng sinh và các biện pháp điều trị tại chỗ, điều trị hỗ trợ; hầu hết các ca bệnh đều được điều trị khỏi, có 2/108 trường hợp cần chuyển tuyến. Có 10/108 ca bệnh có biến chứng (9,3%), trong đó thường gặp nhất là viêm xương chũm (8,3%), nghe kém (3,7%) và viêm ống tai ngoài lan toả (0,93%). VTGC ở trẻ em cần được phát hiện sớm và điều trị đúng để hạn chế các biến chứng và ca bệnh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Monasta, L., et al.**, Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS One*, 2012. 7(4): p. e36226.
2. **Hayashi, T., et al.**, Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. *Auris Nasus Larynx*, 2020. 47(4): p. 493-526.
3. **Horhat, R., F.R. Horhat, and V. Mocanu**, Is Multidrug Resistance in Acute Otitis Media with *Streptococcus pneumoniae* Associated with a More Severe Disease? *Med Princ Pract*, 2021. 30(6): p. 571-578.
4. **Nagai, K., et al.**, Antimicrobial susceptibility of *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis* clinical isolates from children with acute otitis media in Japan from 2014 to 2017. *J Infect Chemother*, 2019. 25(3): p. 229-232.
5. **Granath, A., et al.**, Tube associated otorrhea in children with recurrent acute otitis media; results of a prospective randomized study on bacteriology and topical treatment with or without systemic antibiotics. *Int J Pediatr*

- Otorhinolaryngol, 2008. 72(8): p. 1225-33.
6. **Hoberman, A., et al.,** Shortened Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media in Young Children. *N Engl J Med*, 2016. 375(25): p. 2446-2456.
 7. **de Sévaux, J.L.H., et al.,** Paracetamol (acetaminophen) or non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined, for pain relief in acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023. 8(8): p. Cd011534.
 8. **Taylor, J.A. and J. Jacobs,** Homeopathic ear drops as an adjunct to standard therapy in children with acute otitis media. *Homeopathy*, 2011. 100(3): p. 109-15.
 9. **Chen, Y.J., et al.,** Clinical manifestations and microbiology of acute otitis media with spontaneous otorrhea in children. *J Microbiol Immunol Infect*, 2013. 46(5): p. 382-8.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA TRIỆT PHÁ QUA ỐNG THÔNG RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG NĂNG LƯỢNG TẦN SỐ RADIO TẠI VIỆN TIM THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bùi Minh Trọng¹, Hà Ngọc Bản¹, Hồ Huỳnh Quang Trí¹
Nguyễn Trung Quốc¹, Đỗ Văn Bửu Đan¹, Lê Phát Tài¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc điều trị rối loạn nhịp tim đã được cách mạng hóa nhờ khả năng điều trị dứt điểm cho nhiều bệnh nhân bằng triệt phá qua ống thông với tần số radio, thay vì phải dùng thuốc suốt đời. Triệt phá qua ống thông đã phát triển nhanh chóng qua nhiều năm và đến nay đã được chứng minh là liệu pháp đầu tay trong điều trị ở hầu hết bệnh nhân rối loạn nhịp tim có triệu chứng. Tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh, việc triệt phá qua ống thông đã được thực hiện trên nhiều phổ bệnh rối loạn nhịp tim khác nhau, tuy nhiên dữ liệu đánh giá tổng thể về tính an toàn và hiệu quả của thủ thuật vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tính an toàn và hiệu quả của triệt phá qua ống thông rối loạn nhịp tim bằng năng lượng có tần số radio tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu các trường hợp rối loạn nhịp tim được triệt phá qua ống thông bằng năng lượng tần số radio từ tháng 5/2022 đến 08/2023 tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tổng số 186 bệnh nhân (BN) liên tiếp, tuổi trung bình 43,38 ± 14,42 tuổi, nữ chiếm 64% (n=119). NNVLNNT chiếm 33,9% (n=63), NNVLNT 10,2% (n=19), hội chứng WPW 26,9% (n=50), NTTT/NNNT 27,4% (n=51) và CN/NNN chiếm 1,6% (n=3). Tỷ lệ thành công chung triệt phá rối loạn nhịp là 98,4% (n=183), trong đó tỷ lệ thành công triệt phá NNVLNT chiếm 100% (n=63), NNVLNT 94,7% (n=18), hội chứng WPW 96% (n=48), NTTT/NNNT 100% (n=51) và CN/NNN 100% (n=3). Thời thủ thuật trung bình là 106 ± 37,39 phút. Tỷ lệ tái phát trong vòng 3 tháng là 1,6% (n=3). Biến chứng thường gặp là tụ máu vùng bẹn là 4,08% (n=8), đau ngực sau thủ thuật 5,37% (n=10), rung nhĩ hay block nhĩ thất thoáng qua 5,92%

(n=11 BN), chèn ép tim 0,005% (n=1), không xảy ra trường hợp block nhĩ thất cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn (0%) và tử vong (0%). **Kết luận:** Triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông với tần số radio có tỷ lệ thành công cao, biến chứng và tỷ lệ tái phát thấp. Những phát hiện này hỗ trợ chiến lược triệt phá qua ống thông như liệu pháp đầu tay ở những bệnh nhân rối loạn nhịp tái phát có triệu chứng. **Từ khóa:** Rối loạn nhịp tim, an toàn và hiệu quả, triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông bằng tần số radio

Viết tắt: NNVLNNT: Nhịp nhanh trên thất vào lại nút nhĩ thất, NNVLNT: nhịp nhanh trên thất vào lại nhĩ thất, NNN-CN: nhịp nhanh nhĩ-cường nhĩ, NTTT: ngoại tâm thu thất, NNT: nhịp nhanh thất.

SUMMARY

EVALUATION OF THE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION OF CARDIAC ARRHYTHMIAS AT THE HEART INSTITUTE OF HO CHI MINH CITY

Background: The treatment of cardiac arrhythmias has been revolutionized by the ability to definitively treat many patients with radiofrequency catheter ablation, rather than requiring lifelong medication. Catheter ablation has evolved rapidly over the years and has now proven to be a first-line therapy in the treatment of patients with symptomatic arrhythmias. At the Heart Institute of Ho Chi Minh City, catheter ablation has been performed across a wide spectrum of arrhythmias, but overall data on the efficacy and safety of the procedure are still limited.

Objective: To determine the efficacy and safety of radiofrequency catheter ablation of cardiac arrhythmias at the Heart Institute of Ho Chi Minh City.

Methods: Prospective cohort study of cardiac arrhythmias who underwent catheter ablation from May 2022 to August 2023 at the Heart Institute of Ho Chi Minh City. **Results:** A total of 186 consecutive patients (pts), average age 43.38 ± 14.42 years old, 64% female (119 pts). AVNRT accounted for 33.9% (63 pts), AVRT 10.2% (19 pts), WPW syndrome

¹Viện Tim TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phát Tài

Email: drlephattai@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024