Incidence of Cancer in Kidney Transplantation Waiting List Patients A Single Center Experience Transplantation Proceedings, 43, 1003–1005 (2011)
7. **Michał Pyrza, Jacek Małyszkob, Paweł Zebrowski, Monika Wieliczkoa, and Jolanta Małyszkoa.** (2020). Malignancy Prevalence in Waitlisted Potential Kidney Transplant Recipients Is Very Low Relative to Patients After Kidney Transplantation. Transplantation Proceedings, 20, 1- 4. https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.01.119
8. **Fischereder M, Jauch KW.** Prevalence of cancer history prior to renal transplantation. Transpl Int 200518, 779 -784.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh[1], Võ Mạnh Hùng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng não nhiễm khuẩn điều trị tại khoa Nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** nam gặp nhiều hơn nữ và nhóm tuổi >1 tháng đến 2 tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao nhất (53,3%). Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là cứng gáy, sốt, đau đầu/quấy khóc, chiếm tỷ lệ lần lượt 73,3%, 66,7% và 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu (Hb<100g/l) chiếm 46,7%, bạch cầu tăng (10.000g/l) chiếm 80% và nồng độ CRP tăng (>6mg/ml) chiếm 80%. Tỷ lệ biến đổi màu sắc dịch não tủy chiếm 70%. Căn nguyên gây bệnh hay gặp nhất là phế cầu chiếm 40%. Về điều trị, tỷ lệ tiến triển xấu ở nhóm bệnh nhân >1 tháng - 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%). Tri giác giảm, co giật khi vào viện, thời gian vào viện > 5 ngày và nồng độ CRP >30mg/l cũng là những yếu tố có liên quan đến tiến triển bệnh xấu. **Kết luận:** Các biểu hiện lâm sàng thường gặp trong viêm màng não nhiễm khuẩn là cứng gáy, sốt, đau đầu/quấy khóc. Căn nguyên gây bệnh hay gặp nhất là phế cầu. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng điều trị xấu là: tuổi dưới 2 tuổi, tri giác giảm, co giật khi vào viện, thời gian vào viện > 5 ngày và nồng độ CRP >30mg/l.

Từ khoá: lâm sàng, cận lâm sàng, tiên lượng điều trị, viêm màng não nhiễm khuẩn, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL & PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME PROGNOSTIC FACTORS FOR TREATMENT IN CHILDREN WITH INFECTIOUS MENINGITIS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: To describe clinical & paraclinical characteristics and some prognostic factors for treatment in children with infectious meningitis at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Research subjects and methods:** Patients diagnosed with infectious meningitis treated at the Department of Tropical Diseases - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Male was more common (higher in incidence), and the age group from more than 1 month to 2 years old accounts for the highest proportion (53.3%). Common clinical manifestations were a stiff neck, fever, headache/fussiness, accounting for 73.3%, 66.7% and 66.7% respectively. The percentage of patients with anemia (Hb<100g/l) was 46.7%, increased white blood cells (10,000g/l) was 80%, and increased CRP concentration (>6mg/ml) accounted for 80%. The percentage of cerebrospinal fluid color change accounted for 70%. The most common cause of the disease was pneumococcus, accounting for 40%. Regarding treatment, the highest rate of deterioration was seen in the group of patients > 1 month to 2 years old, accounting for 23.1%. Reduced consciousness, seizures upon admission, prolonged hospital stay > 5 days and CRP concentration >30mg/l were also factors related to poor disease progression. **Conclusion:** Common clinical manifestations of infectious meningitis were neck stiffness, fever, headache/fussiness. The most common cause of the disease was pneumococcus. Factors related to poor treatment prognosis were age under 2 years old, decreased consciousness, seizures upon admission, hospital stay > 5 days and CRP concentration >30mg/l. ***Keywords:*** clinical, paraclinical, treatment prognosis, infectious meningitis, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh lý nhiễm khuẩn thần kinh trung ương thường gặp nhất ở trẻ em đặc biệt ở trẻ dưới 3 tuổi [1]. Viêm màng não nhiễm khuẩn thường có tỷ lệ tử vong cao và để lại di chứng thần kinh nặng nề. Tỷ lệ tử vong của VMNNK dao động từ khoảng 4,5% (với các nước phát triển) đến 33% (với các nước đang phát triển) và có tới 50% số bệnh nhân sống sót bị di chứng thần kinh [2], [3]. Vì thế VMNNK được xem là một trường hợp

[1]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
[2]*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh
Email: drngovinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023
Ngày duyệt bài: 24.01.2024

cần phải xử trí khẩn cấp vì đây là một bệnh có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân. Việc chẩn đoán sớm, xác định vi khẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh sớm, thích hợp là những yếu tố quan trọng giúp cải thiện kết quả điều trị cũng như tiên lượng bệnh. Các vi khuẩn thường gặp gây VMNNK là Streptococcus pneumoniae, Nesseiria meningitidis và Haemophilusenzae type B [4], [5].

Việc chẩn đoán xác định VMNNK chủ yếu dựa vào sự biến đổi dịch não tuỷ nhưng thường cần nhiều thời gian để thực hiện và chính điều này có thể làm chậm trễ quá trình điều trị bệnh. Bởi vậy trên thực tế, việc chẩn đoán bệnh sớm VMNNK chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, các triệu chứng lâm sàng ở trẻ em thường kín đáo và không đặc hiệu đặc biệt là trẻ nhỏ. Vì thế, để chẩn đoán sớm bệnh VMNNK trên lâm sàng giúp điều trị bệnh hiệu qủa, chúng tôi làm nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ an.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán VMNNK điều trị tại khoa Nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

- Lứa tuổi từ >1 tháng đến 15 tuổi
- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm màng não nhiễm khuẩn:

+ Có hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính.

+ Có hội chứng màng não.

Đồng thời kèm theo ít nhất một tiêu chuẩn thay đổi của dịch não tủy:

+ Tế bào tăng > 1000 tế bào/mm^3 (chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính) hoặc:

+ Cấy vi khuẩn dương tính, hoặc Real time-PCR dịch não tuỷ định danh được vi khuẩn

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng não nhiễm khuẩn nhưng có kèm theo các bệnh lý nền như: bệnh não bẩm sinh hay mắc phải, rối loạn chuyển hóa, tim bẩm sinh, sau mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn khác (sởi, thủy đậu, quai bị, nhiễm CMV, HIV,...).
- Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Thực hiện tại khoa Nhiệt đới - Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện.

2.3.2. Phương pháp thu thập số liệu. Các dữ liệu của bệnh nhân được ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thống nhất. Thời điểm đánh giá được xác định là khi bệnh nhân vào viện trước khi điều trị bệnh.

2.3.3. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính
- Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (Huyết sắc tố, số lượng bạch cầu, nồng độ CRP, biến đổi dịch não tuỷ).
- Thời gian vào viện của bệnh nhân (Được tính từ khi có triệu chứng đến khi vào viện).
- Một số yếu tố tiên lượng điều trị: lứa tuổi, ý thức, cơn co giật, thời gian vào viện, nồng độ CRP.
- Kết quả điều trị bệnh (Tính tại thời điểm bệnh nhân ra viện)

+ Tiến triển tốt: các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng cải thiện, không có di chứng về thần kinh.

+ Tiến triển xấu: các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cải thiện hoặc không nhưng bệnh nhân có những di chứng tâm thần kinh hoặc vận động.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng n (số lượng) và tỷ lệ (%). Sử dụng kiểm định Chi bình phương ($\chi 2$) để so sánh các tỷ lệ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được tiến hành dưới sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Gia đình bệnh nhân đều được giải thích và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khoẻ cũng kết quả điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	38	63,3%
	Nữ	22	36,7%
Tuổi	>1 tháng-2 tuổi	32	53,3%
	> 2tuổi-5tuổi	8	13,3%
	> 5tuổi	20	33,4%
Tổng		**60**	**100%**

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ và nhóm tuổi >1 tháng đến 2 tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao nhất (53,3%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	1 tháng -2 tuổi (n=32)	2 tuổi-5 tuổi (n=8)	>5tuổi (n=20)	Tổng (n=60)
Cứng gáy	8	13	23	44 (73,3%)
Sốt	8	12	20	40 (66,7%)
Đau đầu/quấy khóc	7	14	19	40 (66,7%)
Nôn	7	13	8	28 (46,7%)
Co giật	13	7	2	22 (36,7%)
Táo bón/RL tiêu hoá	9	6	3	18 (3%)
Thóp phồng	10	0	0	10 (16,7%)
Dấu hiệu TK khư trú	3	2	1	6 (10%)

Nhận xét: Các biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là cứng gáy, sốt, đau đầu/quấy khóc, chiếm tỷ lệ lần lượt 73,3%, 66,7% và 66,7%.

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Huyết sắc tố	< 80g/l	8	13,3%
	80-90g/l	28	46,7%
	>100-110g/l	24	40%
Số lượng bạch cầu	< 10.000	16	26,7%
	10.000-15000	30	50%
	>15.000	18	30%
CRP	<6 mg/ml	12	20%
	6-30 mg/ml	22	36,7%
	>30mg/ml	26	43,3%
Tổng		**60**	**100%**

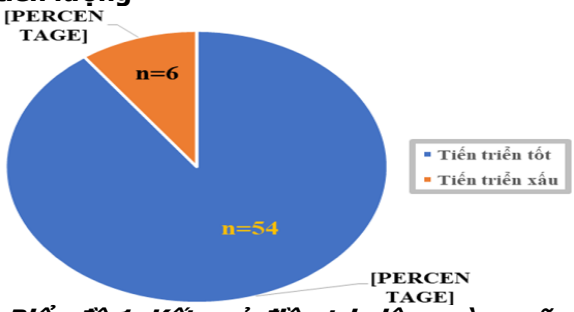
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu (Hb<100g/l) chiếm 46,7%, bạch cầu tăng (10.000g/l) chiếm 80% và nồng độ CRP tăng (>6mg/ml) chiếm 80%.

Bảng 4. Đặc điểm dịch não tuỷ

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc	Đục	14	23,3%
	Ám khói	28	46,7%
	Trong	18	30%
Vi khẩn	H.Influenzae	10	16,7
	Phế cầu	24	40
	Sốt mò	4	6,7
	Não mô cầu	4	6,67
	Chưa phân loại	18	29,9
Tổng		**60**	**100%**

Nhận xét: bệnh nhân có biến đổi màu sắc dịch não tủy chiếm tỷ lệ cao (70%) và căn nguyên gây bệnh hay gặp nhất là phế cầu, chiếm 40%.

3.3. Kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn

Nhận xét: Có 54 bệnh nhân tiến triển tốt (chiếm 90%), tiến triển xấu có 6 bệnh nhân (10%).

Bảng 5. Một số yếu tố tiên lượng điều trị

Lứa tuổi	Tiến triển tốt		Tiến triển xấu		p
>1 tháng - 2 tuổi	26	76,9%	6	23,1%	< 0,05
> 2tuổi - 5tuổi	7	100%	0	0	> 0,05
> 5 tuổi	20	100%	0	0	> 0,05
Triệu chứng lâm sàng					
Tỉnh	34	89,5%	4	10,5%	< 0,05
Co giật	20	90,9%	2	9,1%	< 0,01
Thời gian vào viện					
≤ 2 ngày	16	100%	0	0	< 0,05
>2-5 ngày	34	100%	0	0	< 0,05
> 5 ngày	4	40%	6	60%	< 0,05
Nồng độ CRP					
< 6mg/l	12	100%	0	0	> 0,05
6-30mg/l	22	100%	0	0	> 0,05
>30mg/l	20	76,9%	6	23,1%	< 0,05

Nhận xét: Bệnh nhân ở nhóm tuổi >1 tháng - 2 tuổi có tỷ lệ tiến triển xấu cao nhất (chiếm 23,1%). Tri giác giảm, co giật khi vào viện là dấu hiệu tiên lượng xấu. Thời gian vào viện > 5 ngày và nồng độ CRP >30mg/l cũng là những yếu tố có ảnh hưởng đến kết qủa điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ trẻ nam mắc cao hơn trẻ nữ với nam chiếm 63,3% và nữ là 36,7% (Bảng 1). Một số nghiên cứu khác về VMNNK ở trẻ em cũng cho thấy tỷ lệ trẻ nam thường mắc bệnh nhiều hơn nữ [2], [6], [7]. Nhóm tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi từ >1 tháng -2 tuổi chiếm đa số (53,3%), tương đồng với nghiên cứu của Bùi Vũ Huy [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là cứng gáy (73,3%), sốt (66,7%), đau đầu/quấy khóc (66,7%), nôn (46,7%) (Bảng 2). Các nghiên cứu của các tác giả trong nước khác cũng đưa ra nhận định tương tự khi cho thấy các dấu hiệu cứng gáy, sốt, đau đầu và nôn là các dấu hiệu thường gặp trong VMNNK ở trẻ em [6], [7], [8].

Về đặc điểm cận lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu (Hb<100g/l) chiếm 46,7%. Hầu hết bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng (10.000/ mm³) và nồng độ CRP tăng (>6mg/ml) (Bảng 3). Tỷ lệ bệnh nhân có biến đổi màu sắc dịch não tủy chiếm tỷ lệ cao (70%) và căn nguyên gây bệnh hay gặp nhất là phế cầu, chiếm 40% (Bảng 4). Theo Nguyen-Huu và cộng sự có 27/33 trẻ VMNNK có biến đổi về màu sắc dịch não tuỷ [6]. Các nghiên cứu trong nước và nước ngoài cũng cho thấy vi khuẩn gây VMNNK khi phân lập ở dịch não tuỷ ở dịch não tuỷ chủ yếu là phế cầu [8], [9]. Tuy nhiên một số nghiên cứu cũng cho thấy, đặc điểm dịch tễ học về vi khuẩn gây VMNNK cũng thay đổi theo thời gian. Một số nghiên cứu trước đây căn nguyên hay gặp nhất là HI tiếp đến là phế cầu nhưng những năm trở lại đây nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng căn hay gặp nhất là phế cầu [3], [9]. Những sự thay đổi về vi khuẩn gây bệnh có ý nghĩa trong lựa chọn vắc xin dự phòng phế cầu cho trẻ em.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ tiến triển tốt chiếm 90%, tiến triển xấu chiếm 10% và không có bệnh nhân tử vong (Biểu đồ 1). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Cúc, trong 44 bệnh nhân trẻ em viêm màng não, có 40 bệnh nhân tiên lượng tốt, còn 4 bệnh nhân tiên lượng xấu trong đó có 2 trường hợp chuyển tuyến trên, 1 trường hợp xin về và 1 trường hợp tử vong [10]. Trong khi đó nghiên cứu của Bùi Vũ Huy, tỷ lệ di chứng là 27,45% và tử vong 9,8% [7]. Điều này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đều không có tình trạng suy hô hấp hoặc phải can thiệp đường thở nên tỷ lệ tử vong và di chứng thấp hơn các nghiên cứu khác.

Cũng theo nghiên cứu, nhóm tuổi >1 tháng - 2 tuổi có là yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu (chiếm 23,07%) (Bảng 5). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Cúc và cộng sự cũng cho thấy nhóm tuổi có di chứng và tử vong chiếm tỉ lệ cao nhất là >1 tháng - 2 tuổi (chiếm 47,5%) [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi có triệu chứng của bệnh đến khi vào nhập viện cũng là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh. Theo kết quả, bệnh nhân vào viện dưới ≤2 ngày tiên lượng tốt hơn so với những trường hợp vào viện ≥5 ngày. Những bệnh nhân vào viện muộn ≥5 ngày có tỉ lệ di chứng và tiến triển xấu là cao chiếm 60% (Bảng 5). Tác giả Nguyễn Thị Thu Cúc và cộng sự cho thấy, với thời gian vào viện ≥5 ngày có tỉ lệ di chứng là 56,52% [10]. Như vậy, việc phát hiện sớm bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn cũng như điều trị càng kịp thời thì tiên lượng bệnh càng tốt.

Ngoài ra, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu tri giác giảm và co giật khi vào viện, nồng độ CRP định lượng >30mg/l cũng có ảnh hưởng đến quá trình điều trị, tiên lượng bệnh (Bảng 5). Nồng độ CRP là một chỉ số đánh giá tình trạng viêm vì thế trong viêm màng não nhiễm khuẩn chỉ số này tăng cao thể hiện tình trạng nhiễm trùng thần kinh trung ương càng nặng. Kết qủa này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương, Bùi Vũ Huy [7], [8].

Về các yếu tố tiên lượng điều trị VMNNK, trong nghiên cứu của Nguyen-Huu và cộng sự ở Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy, các triệu chứng mất ý thức, liệt cục bộ và số lượng tế bào dịch não tuỷ tăng thường gặp ở những trường hợp nặng [6]. Trong nghiên cứu của tác giả Hai-Lun Peng và cộng sự ở trẻ em, sự thay đổi kích thước đồng tử và nồng độ glucose trong dịch não tủy <1,5mmol/l là các yếu tố độc lập dự đoán tiên lượng xấu của bệnh. Trong nghiên cứu này, sự biến đổi của xét nghiệm dịch não tuỷ không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị. Vì vậy, tác giả cho rằng chưa có cơ sở để đánh giá về việc có nên ngừng sử dụng kháng sinh dựa vào sự biến dịch não tuỷ [2]. Trong khi đó Daniela Caldas Teixeira và cộng sự cho rằng: tuổi, thời gian xuất hiện các triệu chứng tại thời điểm chẩn đoán và các triệu chứng khi nhập viện gợi ý mức độ nghiêm trọng của bệnh [4]. Theo Sedera Aurélien Mioramalala và cộng sự, các biểu hiện lâm sàng tương xứng với mức độ nặng của bệnh và đặc biệt là động lực của vi khuẩn gây VMNNK là các yếu tố tiên lượng bệnh. Vì thế, việc phát hiện sớm bệnh nhân có dấu hiệu nguy cơ cho phép bác sĩ lâm sàng điều trị và

chăm sóc tích cực ngay khi bệnh nhân nhập viện. Các yếu tố liên quan đến tử vong gồm thời gian trước khi nhập viện trên 5 ngày, suy giảm ý thức, và viêm màng não do não mô cầu [5]. Trong khi đó tác giả Abdulwahed Zainel cho rằng các yếu tố gồm: lứa tuổi nhỏ < 12 tháng, tác nhân gây bệnh là phế cầu, ý thức của bệnh nhân giảm, dùng kháng sinh muộn là các yếu tố nguy cơ dẫn đến di chứng thần kinh trong viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân viêm màng não nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ an năm 2019-2020, chúng tôi có một số kết luận: các biểu hiện lâm sàng thường gặp trong viêm màng não nhiễm khuẩn là cứng gáy, sốt, đau đầu/quấy khóc trong đó căn nguyên gây bệnh hay gặp là phế cầu. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng xấu trong điều trị bệnh là: tuổi dưới 2 tuổi, tri giác giảm và co giật khi vào viện, thời gian vào viện > 5 ngày và nồng độ CRP >30mg/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sadie Namani, Zvonko Milenković, Bulëza Koci** (2013). A prospective study of risk factors for neurological complications in childhood bacterial meningitis. J Pediatr, 89(3):256-62.
2. **Hai-Lun Peng, Yue Hu, Hong-Jia Chen, Pan-Pan Song, Li Jiang** (2018). Risk factors for poor prognosis in children with refractory purulent meningitis and the discharge criteria. Journal of Infection and Public Health. 11 (2). 238-242.
3. **Vos T. Lim SS. Abbafati C. et al** (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet; 396 (10258):1204–1222.
4. **Daniela Caldas Teixeira, Lilian Martins Oliveira Diniz, Nathalia Sernizon Guimarães (2020).** Risk factors associated with the outcomes of pediatric bacterial meningitis: a systematic reviewFatores de risco associados aos desfechos da meningite bacteriana pediátrica: uma revisão sistemática. Jornal de Pediatria; 96(2), 159-167.
5. **Sedera Aurélien Mioramalala, Rado Malalatiana Ramasy Razafindratovo, Ando Rakotozanany4, et al (2018).** Analysis of Death and Survival Factors Associated with Childhood Bacterial Meningitis at a Reference Pediatric Hospital in Antananarivo, Madagascar. Journal of Immunological Sciences; S (003): 17-23
6. **Nguyen-Huu, C. D., Bui-Binh-Bao, S., Tran, K. H., Mai, et al** (2022). Main Clinical and Laboratory Features of Children with Bacterial Meningitis: Experience from a Tertiary Paediatric Centre in Central Vietnam. Pediatric health, medicine and therapeutics, 13, 289 -295.
7. **Bùi Vũ Huy và cộng sự** 2010. Nghiên cứu các biến chứng của bệnh viêm màng não mủ trẻ em bằng chụp cắt lớp vi tính. Tạp chí nghiên cứu y học, phụ trương số 4, 233-238.
8. **Nguyễn Thị Thu Hương, Trần Mạnh Tùng, Nguyễn Thị Thu Yến và cộng sự** (2015). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng viêm não - màng não tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011- 2014. Tạp chí Y học dự phòng; 25(8), 168-172.
9. **Abdulwahed Zainel, Hana Mitchell, Manish Sadarangani** (2021). Review Bacterial Meningitis in Children: Neurological Complications, Associated Risk Factors, and Prevention. Microorganisms; 9, 535.
10. **Nguyễn Thị Thu Cúc, Nguyễn Thị Thanh Nhàn, Nguyễn Thị Thu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm não màng não ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần thơ năm 2016 – 2017. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 56 (7), 148-153.

SỰ BIẾN ĐỔI ĐIỆN CƠ BỀ MẶT VÀ NỒNG ĐỘ MỘT SỐ CYTOKINE HUYẾT TƯƠNG DƯỚI TÁC DỤNG CỦA THỦY CHÂM CHẾ PHẨM CHỨA NỌC ONG APITOXIN TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Nguyễn Ngọc Mậu[1], Cấn Văn Mão[2], Phạm Viết Dự[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi điện cơ bề mặt và nồng độ một số cytokine huyết tương trên bệnh nhân đau do thoái hóa cột sống được thủy châm Apitoxin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 100 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, được điều trị tại Bệnh viện châm cứu trung ương. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 50 bệnh nhân. Ở nhóm nghiên cứu, bệnh nhân được thủy châm chế phẩm chứa nọc ong apitoxin liều 0.0025 mg/kg và điện châm, nhóm chứng được thủy châm nước muối sinh lý Nacl 0.9% và điện châm trong 15 ngày. Đánh giá sự thay đổi điện cơ bề mặt cùng với nồng độ IL-1β và TNF-α huyết tương trước và sau điều trị 15 ngày. Kết quả nghiên cứu: Có sự giảm điện thế điện cơ sở và thời gian bắt đầu co cơ đến khi đạt đỉnh trong khi tăng điện thế đỉnh và diện

[1]Học viện Y học Cổ Truyền Quân Đội
[2]Học Viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Mậu
Email: nguyenngocmau235 @mail.com
Ngày nhận bài: 22.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023
Ngày duyệt bài: 24.01.2024