

quả của các thuật toán khách quan. Nghiên cứu viên không cung cấp bất cứ định nghĩa, khái niệm nào về triệu chứng cho phần mềm. Để xây dựng mô hình LTMs hoàn toàn dựa trên quy luật xuất hiện đồng thời của các triệu chứng (biến quan sát). Các triệu chứng YHCT đã được mô tả từ hàng ngàn năm, có tính xã hội nhưng lại thiếu tính khoa học, mô hình LTMs được sử dụng để phân tích những dữ liệu mang tính xã hội, khó quan sát hay đo lường một cách trực tiếp. Do đó xây dựng nên mô hình LTMs là rất có ích trong việc xây dựng, chứng minh các lý thuyết YHCT.

V. KẾT LUẬN

Đề tài thực hiện trên 209 người bệnh UTBMTBG sau TACE 4 – 8 tuần. Dựa trên phân tích mô hình LTMs các triệu chứng có thông tin tương hỗ tích lũy đạt 95% ghi nhận 5 thể bệnh y học cổ truyền gồm: Khí trệ huyết ứ, Thấp nhiệt tụ độc, Can uất Tỳ hư, tỳ hư thấp khớp. Can Thận âm hư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** (2020), Viet Nam - Global Cancer Observatory.
2. **C. W. Tang et al** (2016), "Chinese herbal

medicine, Jianpi Ligan decoction, improves prognosis of unresectable hepatocellular carcinoma after transarterial chemoembolization: a retrospective study", Drug Des Devel Ther, 10, pp. 2461-2466.

3. **Trần Quốc Bảo** (2020), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng (Dùng cho sau đại học), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 637-660.
4. **Trần Thị Thanh Loan** (2018), "Bước đầu xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh y học cổ truyền trên bệnh nhân vảy nến tại bệnh viện đa liệu thành phố Hồ Chí Minh", Đại học Y Dược TP HCM.
5. **Ngô Quốc Bộ, Đặng Đình Phúc, Ngô Tuấn Minh** (2022), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được can thiệp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam, 519(1), tr. 354-358.
6. **Phạm Thị Anh Hằng, Nguyễn Thị Bay** (2019), "Xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh y học cổ truyền của Hội chứng Tiền mãn kinh-Mãn kinh bằng mô hình cây tìm ẩn", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 23(4), tr. 44-50.
7. **Lê Ngô Minh Như, Trịnh Thị Diệu Thường** (2022), "Khảo sát các thể lâm sàng t học cổ truyền của hội chứng đau bụng kinh nguyên phát trên sinh viên nữ tại các trường đại học trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Việt Nam, 520(1B), tr 326-331.

TỶ LỆ BIẾN CHỨNG NHIỄM KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TỪ THÁNG 01/2021 ĐẾN THÁNG 08/2022

Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}, Lê Triệu Khải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng thận hư (HCTH) là một trong những bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Sự kết hợp của sinh lý bệnh thận hư và quá trình điều trị thuốc ức chế miễn dịch đã dẫn đến nguy cơ cao xuất hiện biến chứng nhiễm trùng, đây là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân HCTH trên toàn thế giới. Ở các nước đã phát triển, tần suất xảy ra biến chứng nhiễm trùng trên bệnh nhân HCTH đã giảm nhiều; tuy nhiên đó vẫn là vấn đề cần quan tâm ở các nước đang phát triển, chủ yếu là các nước châu Á. Việc xác định tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng, đặc điểm của biến chứng này cũng như yếu tố nguy cơ là cần thiết với các nhà lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả được đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng, yếu tố nguy

cơ và đáp ứng điều trị của các bệnh nhân HCTH nguyên phát có biến chứng nhiễm trùng nhập viện tại Khoa Thận – Nội tiết – Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2021 – 08/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả - kết luận:** Từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022, tại khoa Thận – Nội Tiết – Bệnh viện Nhi Đồng 2 có tất cả 264 bệnh nhi chẩn đoán HCTH với 376 lượt nhập viện và đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 109 bệnh nhi có xuất hiện biến chứng nhiễm trùng, chiếm tỉ lệ 41,3%, với nhiễm trùng thường gặp nhất là hô hấp dưới, viêm mô tế bào, hô hấp trên, và viêm phúc mạc nguyên phát. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $7,17 \pm 4,04$ tuổi, với tỉ lệ nam/nữ tương đương 2/1. Tỷ lệ trẻ có địa chỉ TP.HCM chỉ chiếm 12,8%. Triệu chứng gợi ý nhiễm trùng bao gồm sốt 36,7%, tăng bạch cầu đa nhân trung tính 49,5%, CRP tăng 45%. Kết quả cấy vi sinh với một nửa trường hợp gồm 3 ạt ra *Pseudomonas aeruginosa*. Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng bao gồm trẻ có sốt với OR = 19,23 (CI 95%: 4,231-87,401; $p < 0,001$) và CRP > 10mg/l với OR = 7,316 (CI 95%: 2,651-20,19; $p < 0,001$). Tỷ lệ dùng kháng sinh 92,7%, đáp ứng tốt và không có ca nào tử vong.

Từ khóa: hội chứng thận hư, nhiễm trùng.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Đại học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

Email: quynh.huynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

SUMMARY**FEATURES OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH NEPHROTIC SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 2, HOCHIMINH CITY, FROM JANUARY 2021 TO AUGUST 2022**

Background: Nephrotic syndrome is one of the most common glomerular diseases in children. Infection is one of the worst complications that could be fatal in pediatric nephrotic syndrome, related to the pathophysiology and immuno-suppression method. The prevalence of infection decreases continuously in the developed countries, while it is still a big problem in the developing countries, especially Asian countries. We try to describe some features of infectious complications in patients with nephrotic syndrome at Children's Hospital 2, Hochiminh city. **Objective:** Describe features of epidemiology, clinical, blood tests, risk factors and outcomes of using empiric antibiotics in patients with nephrotic syndrome at Children's Hospital 2 (CH2), Hochiminh city, from January 2021 to August 2022. **Method:** Retrospective study, descriptive study. **Results:** From January 2021 to August 2022, there are 264 patients, with 376 hospital admissions, those were diagnosed with nephrotic syndrome at Department of Nephrology and Endocrinology, CH2. The prevalence of infectious complications is 41,3%. The most cases are respiratory infections, cellulitis, and peritonitis. The mean age is $7,17 \pm 4,04$ years old, and the ratio male:female is nearly 2:1. The rate of children who live in HCM city is 12,8%. The signs and symptoms of infection are fever (36,7%), elevated neutrophils (49,5%), and increased CRP level (45%). The results of culture micro-organism are *Pseudomonas aeruginosa* with three cases. The risk factors of infection are fever with OR = 19,23 (CI 95%: 4,231-87,401; $p < 0,001$), and CRP level $> 10\text{mg/L}$ with OR = 7,316 (CI 95%: 2,651-20,19; $p < 0,001$). The rate of using antibiotics is 92,7%, and the outcome is good with no fatal.

Keywords: nephrotic syndrome, infections

I. TỔNG QUAN VỀ HỘI CHỨNG THẬN HƯ Ở TRẺ EM

Hội chứng thận hư (HCTH) là một trong những bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Hội chứng này có thể do nhiều nguyên nhân, nhưng chiếm tỉ lệ cao nhất là HCTH nguyên phát với tỉ lệ mới mắc dao động từ 1,15 – 16,9 ca bệnh trên 100.000 trẻ¹. Bệnh được đặc trưng bởi tình trạng phù, tiểu đạm ngưỡng thận hư và giảm albumin máu. Cơ chế sinh bệnh học chính của HCTH là tổn thương màng lọc cầu thận, ngoài ra các rối loạn trong quá trình trình diện kháng nguyên và điều hòa miễn dịch cũng là một cơ chế quan trọng.

Trẻ em bị HCTH rất dễ bị nhiễm trùng như viêm mô tế bào, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát và nhiễm trùng huyết. Nguyên

nhân do nhiều yếu tố khác nhau. Đầu tiên là sự giảm các globulin miễn dịch trong máu, hậu quả của việc mất immunoglobulin (Ig) G qua nước tiểu. Ngoài ra, sự thiếu hụt các bổ thể do mất qua nước tiểu (chủ yếu là C3) và các thành phần con đường thay thế khác như các yếu tố B và D, những bổ thể này đóng vai trò tiêu diệt những vi khuẩn có vỏ bao. Trẻ em bị HCTH thường tăng nguy cơ bị nhiễm các vi khuẩn có vỏ bao mà cụ thể hơn là nhiễm phế cầu. Mặc dù phế cầu là nguyên nhân hàng đầu nhưng nhóm vi khuẩn gram âm cũng đóng góp không nhỏ trong những tác nhân gây viêm phúc mạc.

Hơn 75% các trường hợp HCTH nguyên phát là sang thương tối thiểu². Bệnh nhi với sang thương tối thiểu đáp ứng rất tốt với corticoid – vốn là phương thức điều trị chính của HCTH, nhưng 75% trường hợp sẽ tái phát sau đó và 50% số ca bệnh sẽ diễn tiến đến tình trạng tái phát thường xuyên và lệ thuộc corticoid. Chính điều này sẽ dẫn đến việc sử dụng corticoid lâu dài, thậm chí cần phải kết hợp thêm những nhóm thuốc ức chế miễn dịch khác³⁻⁵.

Sự kết hợp của sinh lý bệnh thận hư và quá trình điều trị thuốc ức chế miễn dịch đã dẫn đến nguy cơ cao xuất hiện biến chứng nhiễm trùng, đây là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân HCTH trên toàn thế giới⁶. Trước năm 1940, tỉ lệ tử vong của trẻ mắc HCTH là 40%, trong đó gần một nửa số trường hợp tử vong là do nguyên nhân nhiễm trùng. Những năm về sau tỉ lệ tử vong có giảm đi rõ rệt nhờ vào việc dùng corticoid trong điều trị HCTH và việc dùng kháng sinh rộng rãi để điều trị nhiễm trùng, thì nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhi mắc HCTH.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022, tại khoa Thận – Nội Tiết – Bệnh viện Nhi Đồng 2 có tất cả 264 bệnh nhi chẩn đoán HCTH với 376 lượt nhập viện và đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm dịch tễ bệnh nhân HCTH nhập viện có nhiễm trùng. Trong 264 bệnh nhân HCTH nhập viện, có 109 trường hợp có biến chứng nhiễm trùng, chiếm tỉ lệ 41,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Dung và cs thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng 2 vào năm 2006 (41,3% so với 40,2%)⁷.

Trong 109 trường hợp có nhiễm trùng, tuổi trung bình lúc nhập viện là $7,17 \pm 4,04$ tuổi (Bảng 1), với tỷ lệ nam: nữ là 2:1 (Bảng 1), và tuổi trung bình lúc chẩn đoán bệnh HCTH là $5,19 \pm 3,49$ tuổi, với 71,6% là nhóm tuổi 1 đến 6

tuổi; điều này tương đương với dịch tễ học của bệnh nhân HCTH bình thường được ghi nhận trong y văn thế giới^{8,9}.

Tỉ lệ trẻ HCTH nhập viện bị nhiễm trùng có địa chỉ tại TP.HCM không cao, chỉ khoảng 12,8% (Bảng 5). Điều này cũng dễ hiểu khi miền Nam chỉ có 3 bệnh viện Nhi lớn – tuyến cuối nên bệnh từ các nơi đều đổ về khu vực TP.HCM để khám và chữa bệnh cho trẻ. Trong nghiên cứu trước đó của Lê Thị Ngọc Dung và cs. chưa thấy nêu vấn đề này⁷.

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới, nơi sống lúc nhập viện của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng bệnh nhân (N=109)
Nhóm tuổi	
1-4 tuổi	36 (33%)
4-7 tuổi	23 (21,1%)
7-10 tuổi	22 (20,2%)
10-13 tuổi	13 (11,9%)
13-16 tuổi	15 (13,8%)
Tuổi trung bình	7,17 ± 4,04
Giới tính	
Nam	74 (67,9%)
Nữ	35 (32,1%)
Tỉ lệ nam/nữ	2,1/1
Địa chỉ	
Thành phố Hồ Chí Minh	14 (12,8%)
Nơi khác	95 (87,2%)

Bảng 2: Đặc điểm liên quan bệnh nền HCTH

Đặc điểm	Số lượng bệnh nhân (N=109)
Tuổi lúc chẩn đoán HCTH	
1-4 tuổi	47 (43,2%)
4-6 tuổi	31 (28,4%)
6-9 tuổi	16 (14,7%)
9-12 tuổi	8 (7,3%)
12-15 tuổi	7 (6,4%)
Tuổi trung bình	5,19 ± 3,49
Chẩn đoán HCTH hiện tại	
HCTH lần đầu	26 (23,8%)
HCTH tái phát	55 (50,5%)
HCTH kháng corticoid	27 (24,8%)
HCTH đa kháng	1 (0,9%)

Trong các chẩn đoán bệnh HCTH, một nửa trường hợp có chẩn đoán HCTH tái phát, một phần tư là HCTH kháng thuốc, và phần còn lại là mới chẩn đoán HCTH (Bảng 0-2). Điều này cũng phù hợp với y văn khi tỉ lệ HCTH kháng thuốc thấp hơn nhiều so với HCTH nhạy corticoid⁴⁻⁶

Trong 109 bệnh nhân HCTH nhập viện bị nhiễm trùng, có 4 nhóm bệnh thường gặp nhất là nhiễm trùng hô hấp dưới, viêm mô tế bào, nhiễm trùng hô hấp trên, và viêm phúc mạc

nhiễm khuẩn nguyên phát với tỉ lệ lần lượt là 58,7%, 14,7%, 11%, và 8,3% (Bảng 3). Nghiên cứu 2006 của Lê Thị Ngọc Dung và cs. thì ghi nhận viêm phổi 12,9%, nhiễm trùng tiểu 4,5%, viêm mô tế bào 3%, viêm phúc mạc nguyên phát 2,3%⁷. Các nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của tác giả Nhật Bản, Đài Loan đều ghi nhận viêm phổi là nhiễm trùng thường gặp nhất¹⁰. Trong khi tại Ấn Độ, nghiên cứu của Sheikh ghi nhận nhiễm trùng tiểu đứng đầu; nghiên cứu của Kumar nhận thấy viêm phúc mạc là biến chứng nhiễm trùng thường gặp. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do vấn đề dân tộc và chọn mẫu. Ở các nước đã phát triển tỷ lệ nhiễm trùng ở bệnh nhi HCTH đã giảm nhiều, chẳng hạn nghiên cứu Đài Loan là 19%¹⁰; trong khi các nước đang phát triển đó vẫn là vấn đề thường gặp ở nhóm bệnh nhân này, như nghiên cứu của Kumar là 43,8%, Lê Thị Ngọc Dung là 40,2%⁷. Các nghiên cứu trên thế giới tập trung vào nhóm nhiễm trùng nặng, ảnh hưởng nặng đến chức năng cơ quan hoặc đe dọa tính mạng; trong khi nghiên cứu của chúng tôi lấy tỉ lệ nhiễm trùng nói chung, bao gồm cả các ca nhiễm trùng nhẹ không nặng nề.

Bảng 3: Tỷ lệ nhiễm trùng của từng vị trí

Tình trạng nhiễm khuẩn	Số lượng bệnh nhân (N=109)
Nhiễm trùng hô hấp dưới	64 (58,7%)
Viêm mô tế bào	16 (14,7%)
Nhiễm trùng hô hấp trên	12 (11%)
Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát	9 (8,3%)
Nhiễm trùng tiêu hóa	7 (6,4%)
Nhiễm trùng tiểu	1 (0,9%)
Biến chứng nhiễm trùng huyết	4 (3,7%)
Nhiễm trùng bệnh viện	1 (0,9%)

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của biến chứng nhiễm trùng

Bảng 4: Lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân nhiễm trùng

Đặc điểm	Số lượng bệnh nhân (N=109)
Sốt	
Có	40 (36,7%)
Không	69 (63,3%)
Tăng Neutrophil	9,56 ± 7,03 k/uL
Có	54 (49,5%)
Không	55 (50,5%)
Tăng CRP	22,08 ± 40,68 mg/L
Có	49 (45%)
Không	60 (55%)

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân HCTH bị nhiễm trùng có sốt, tăng bạch cầu đa nhân trung tính (BCDNTT), và tăng chỉ số viêm CRP lần lượt

là 36,7%, 49,5%, và 45% (Bảng 4). So với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Dung, các con số lần lượt là 29,62%, 70,37%, và 33,3%⁷. Theo Eskola¹⁴, do không bị ảnh hưởng bởi bệnh sinh của HCTH, nên CRP tăng là một chỉ dấu tốt gợi ý biến chứng nhiễm trùng xảy ra trên trẻ mắc HCTH.

Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy việc chẩn đoán nhiễm trùng ở trẻ mắc HCTH thường khó khăn do triệu chứng sốt không thường gặp và các xét nghiệm nhiễm trùng có thể không tăng kịp thời, nên cần nghĩ đến biến chứng nhiễm trùng khi trẻ có dấu hiệu gợi ý tại các cơ quan chỉ điểm.

Bảng 5: Lâm sàng và cận lâm sàng các nhiễm trùng thường gặp

Vị trí nhiễm trùng	Sốt	Tăng NEU	Tăng CRP
Nhiễm trùng hô hấp dưới (n=64 ca)	34,4%	45,3%	32,8%
Viêm mô tế bào (n=16 ca)	25%	75%	68,75%
Nhiễm trùng hô hấp trên (n=12 ca)	58,3%	16,7%	50%
Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (n=9 ca)	55,6%	77,8%	77,8%

Đối với nhiễm trùng hô hấp dưới, tỷ lệ sốt là 34,4%, tỷ lệ tăng BCDNTT là 45,3%, và tỷ lệ tăng CRP là 32,8% (Bảng 5). Chúng tôi ghi nhận có 1 ca cấy đờm ra *Pseudomonas aeruginosa*. Theo Lê Thị Ngọc Dung⁷, cần chú ý triệu chứng thực thể của trẻ, nếu trẻ có ran phổi nên tầm soát nhiễm trùng và chụp X-quang phổi vì trẻ HCTH có thể viêm phổi mà vẫn chưa sốt.

Đối với viêm mô tế bào, sốt 25%, tăng BCDNTT 75%, CRP tăng trong 68,75% trường hợp (Bảng 5). Mẫu cấy vi sinh dương tính 3 ca, trong đó 2 ca nhiễm trùng huyết cấy ra *Staphylococcus aureus* và *Pseudomonas aeruginosa*, 1 ca cấy dịch tiết từ vết thương ngoài da ra *Pseudomonas aeruginosa*. Tỷ lệ BCDNTT và CRP tăng nhiều hơn so với tỷ lệ chung, cũng tương tự như Lê Thị Ngọc Dung, với sốt 50%, bạch cầu đa nhân tăng 75%, CRP tăng 75%⁷.

Nhiễm trùng hô hấp trên đa phần là nhiễm trùng nhẹ thường điều trị ngoại trú nên không có số liệu tương quan từ các nghiên cứu tương tự.

Đối với viêm phúc mạc nguyên phát, sốt 55,6%, tăng BCDNTT 77,8%, tăng CRP gặp trong 77,8% trường hợp (Bảng 5). Đây là một biến chứng nhiễm trùng nặng điển hình trong HCTH, các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ cao tương tự, như Lê Thị Ngọc Dung (100%, 100%, 66,7%)⁷. Cấy vi sinh có 2 trường hợp dương tính với kết quả là *Streptococcus pneumoniae* và *Streptococcus gallolyticus*.

Yếu tố nguy cơ của biến chứng nhiễm

trùng. Khi so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân HCTH có và không nhiễm trùng, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, địa chỉ nơi sinh sống, thể lâm sàng HCTH, triệu chứng sốt, tăng bạch cầu đa nhân trung tính, và tăng CRP. Trong khi các yếu tố liên quan đến tuổi, nồng độ albumin máu, cholesterol máu không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Khi đưa các biến số này vào phép kiểm hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận các yếu tố độc lập có ảnh hưởng đến khả năng nhiễm trùng là việc bệnh nhân có sốt, và mức độ CRP > 10mg/l (Bảng 5). Nếu bệnh nhân HCTH nhập viện có sốt sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng lên 19,2 lần, và nếu bệnh nhân HCTH có CRP > 10mg/l thì nguy cơ nhiễm trùng tăng thêm 7,3 lần. Điều này phù hợp với Eskola khi ghi nhận CRP tăng là một chỉ dấu tốt cho chẩn đoán nhiễm trùng ở trẻ mắc HCTH.

Trong nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Dung, các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm trùng bao gồm mức độ tăng cân cao, sốt, bạch cầu máu tăng, CRP tăng, giảm albumin máu, tăng fibrinogen máu⁷. Trong khi tuổi, giới tính, thời gian bệnh HCTH, đạm niệu 24 giờ, và loại HCTH nhạy hay kháng corticoid không liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng⁷. Lebel và cs. cũng ghi nhận giới nữ là yếu tố nguy cơ nhiễm trùng. Các nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Hiroyuki thì ghi nhận việc điều trị với thuốc rituximab là yếu tố nguy cơ nhiễm trùng; trong khi nghiên cứu đoàn hệ của Wei thì nhận thấy tuổi nhỏ, vị trí sống xa trung tâm là các yếu tố nguy cơ cho biến chứng nhiễm trùng¹⁰. Nghiên cứu cắt ngang của Kumar nhận thấy giảm albumin máu < 1,5g/dl là yếu tố nguy cơ. Điều này cũng được ghi nhận trong phân tích đa trung tâm của Zheng và cs.

Nhìn chung mỗi nghiên cứu đưa ra các yếu tố nguy cơ có phần khác nhau và không thống nhất, chúng ta cần thêm các nghiên cứu có thiết kế tốt hơn cho việc xác định yếu tố nguy cơ nhiễm trùng ở nhóm bệnh nhân HCTH này.

Bảng 6: Phân tích hồi quy logistic đa biến với kết cục nhiễm trùng

Yếu tố	Odds Ratio (OR)	Khoảng tin cậy 95%	Ý nghĩa thống kê p
Giới (nam)	0,583	0,297–1,143	0,116
Địa chỉ TP.HCM	0,604	0,265–1,374	0,229
Sốt (có)	19,23	4,231–87,401	<0,001
Tăng BCDNTT (theo tuổi)	1,894	0,958–3,744	0,066
Tăng CRP (CRP >10mg/l)	7,316	2,651–20,19	<0,001

Đáp ứng với kháng sinh ban đầu và kết cục của điều trị nhiễm trùng trên bệnh nhân HCTH. Chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể về việc điều trị kháng sinh ban đầu ở nhóm bệnh nhân HCTH. Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu cao 92,7%, với thời gian dùng kháng sinh trung bình $8,09 \pm 7,63$ ngày. Kết quả điều trị rất tốt với 98,2% bệnh nhân hết nhiễm trùng và xuất viện, 2 ca chuyển ICU cũng có kết cục khỏi hoàn toàn, và không có trường hợp nào ghi nhận tử vong cả.

III. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng là 41,3%, với nhiễm trùng thường gặp nhất là hô hấp dưới, viêm mô tế bào, hô hấp trên, và viêm phúc mạc nguyên phát. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $7,17 \pm 4,04$ tuổi, với tỉ lệ nam/nữ tương đương 2/1. Tỷ lệ trẻ có địa chỉ TP.HCM chỉ chiếm 12,8%. Triệu chứng gợi ý nhiễm trùng bao gồm sốt 36,7%, tăng bạch cầu đa nhân trung tính 49,5%, CRP tăng 45%. Kết quả cấy vi sinh với một nửa trường hợp gồm 3 ca ra *Pseudomonas aeruginosa*. Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng bao gồm trẻ có sốt với OR = 19,23 (CI 95%: 4,231-87,401; $p < 0,001$) và CRP > 10mg/l với OR = 7,316 (CI 95%: 2,651-20,19; $p < 0,001$). Tỷ lệ dùng kháng sinh 92,7%, đáp ứng tốt và không có ca nào tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Noone DG, Iijima K, Parekh R.** Idiopathic nephrotic syndrome in children. *Lancet*. 2018;392(10141): 61-74. doi: 10.1016/ S0140-6736(18)30536-1

2. **Zheng Z, Chen G, Jing X, Liu L, Yang L.** The risk factors for children with primary nephrotic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Transl Pediatr*. 2021;10(12):3184-3193. doi:10.21037/TP-21-468
3. **Lebel A, Kropach N, Ashkenazi-Hoffnung L, Huber-Yaron A, Davidovits M.** Infections in Children With Nephrotic Syndrome: Twenty Years of Experience. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020;59(7): 692-698. doi:10.1177/ 0009922820908583
4. **Zhang H, Qiu S, Zhong C, et al.** Risk Factors for Poor Prognosis of Severe Infection in Children With Idiopathic Nephrotic Syndrome: A Double-Center, Retrospective Study. *Front Pediatr*. 2021; 9:707. doi:10.3389/FPED.2021.656215/ BIBTEX
5. **Lê Thị Ngọc Dung, Ngô Thị Kim Nhung, Trần Thẩm Diệu.** Biến chứng của hội chứng thận hư tại Bệnh viện Nhi Đồng II. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. Published online 2006:31-36.
6. **Gulati S, Kher V, Arora P, Gupta S, Kale S.** Urinary tract infection in nephrotic syndrome. *Pediatr Infect Dis J*. 1996;15(3):237-240. doi:10.1097/00006454-199603000-00012
7. **Alfakeekh K, Azar M, Sowailmi B Al, et al.** Immunosuppressive burden and risk factors of infection in primary childhood nephrotic syndrome. *J Infect Public Health*. 2019;12(1):90-94. doi:10.1016/J.JIPH.2018.09.006
8. **Moorani KN, Ahmed Khan KM, Ramzan A.** Infections in children with nephrotic syndrome. *J Coll Physicians Surg Pakistan*. 2003;13(6):337-339. doi:06.2003/JCPSP.337339
9. **Chopra D, Kini P, Bhaskaranand N, Aroor S.** Spectrum of infections in children with nephrotic syndrome. *Int J Infect Dis*. 2010;14(1):e419. doi:10.1016/j.ijid.2010.02.552
10. **Lebel A, Kropach N, Ashkenazi-Hoffnung L, Huber-Yaron A, Davidovits M.** Infections in Children With Nephrotic Syndrome: Twenty Years of Experience. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020; 59(7):692-698. doi:10.1177/0009922820908583

TRẦM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ

Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Thị Hoài Thu^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố liên quan tới trầm cảm trên người cao tuổi có sa sút trí tuệ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên người bệnh cao tuổi có sa sút trí tuệ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Triệu chứng trầm

cảm được đánh giá bằng thang điểm PHQ-9. Các yếu tố liên quan bao gồm đặc điểm chung, đặc điểm bệnh và các yếu tố khác. **Kết quả:** Tổng số 87 người tham gia nghiên cứu có trung bình tuổi là $76,84 \pm 8,38$ tuổi. Người bệnh có sa sút trí tuệ có triệu chứng trầm cảm chiếm 43,7%. Thời gian mắc sa sút trí tuệ > 1 năm là yếu tố liên quan đơn biến với có triệu chứng trầm cảm ($p=0,016$). Các đặc điểm chung khác chưa tìm thấy mối liên quan với triệu chứng trầm cảm. **Kết luận:** Tỷ lệ trầm cảm ngày càng tăng trên người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ. Thời gian mắc sa sút trí tuệ càng lâu thì tỉ lệ mắc triệu chứng trầm cảm càng tăng. Do vậy cần đánh giá nguy cơ trầm cảm trên người cao tuổi có sa sút trí tuệ khi thăm khám bệnh nhân.

Từ khóa: sa sút trí tuệ, trầm cảm, người cao tuổi, Việt Nam

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024