

chủng kháng Carbapenem, sinh ESBL, sinh AmpC cũng như ảnh hưởng của các đặc điểm vào việc phổ biến tính kháng thuốc ở Enterobacteriaceae.

V. KẾT LUẬN

Các vi khuẩn thuộc họ vi khuẩn Enterobacteriaceae có xu hướng gia tăng đề kháng với imipenem. Khoa ICU có tỷ lệ Enterobacteriaceae kháng Carbapenem cao hơn so với các khoa lâm sàng khác. Cần có chiến lược quản lý sử dụng nhóm kháng sinh này hợp lý để bảo tồn nguồn kháng sinh hiện có, tránh gia tăng thêm đề kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Davies, O. and S. Bennett**, WHO publishes list of bacteria for which new antibiotics are urgently needed. WHO Newsletters, 2017.
2. **Vân, P.T., P.V. Hậu, N.T. Giang, and Đ.T.T. Hà**, Tính kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn Enterobacteriaceae phân lập tại bệnh viện E (2018-2020). Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 2023. **1**(41): p. 67-73.
3. **Tilahun, M., Y. Kassa, A. Gedefie, and M. Ashagire**, Emerging carbapenem-resistant Enterobacteriaceae infection, its epidemiology and

novel treatment options: a review. Infection and Drug Resistance, 2021: p. 4363-4374.

4. **Lương, T.H.N., A. Hoàng, T.K.H. Trần, and X.Q. Nghiê**m, Đặc điểm kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm sinh enzyme beta lactamase phổ rộng phân lập tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018-2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. **512**(2).
5. **Thomas, M.G. and S.J. Streat**, CHAPTER 41 - Infections in intensive care patients, in Antibiotic and Chemotherapy (Ninth Edition), R.G. Finch, D. Greenwood, S.R. Norrby, and R.J. Whitley, Editors. 2010, W.B. Saunders: London. p. 524-537.
6. **Mol, P.R., K.M. Bindayna, and G. Shanthi**, Evaluation of Two Phenotypic Methods for the Detection of Plasmid-Mediated AmpC β -Lactamases among Enterobacteriaceae Isolates. J Lab Physicians, 2021. **13**(2): p. 151-155.
7. **Phu, V.D., et al.**, Burden of hospital acquired infections and antimicrobial use in Vietnamese adult intensive care units. PloS one, 2016. **11**(1): p. e0147544.
8. **Parker, J.K., et al.**, Carbapenem-Resistant and ESBL-Producing Enterobacterales Emerging in Central Texas. Infect Drug Resist, 2023. **16**: p. 1249-1261.
9. **Gupta, G., V. Tak, and P. Mathur**, Detection of AmpC β Lactamases in Gram-negative Bacteria. J Lab Physicians, 2014. **6**(1): p. 1-6.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ VÀ XÁC ĐỊNH YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA VIÊM MÀNG NÃO, NÃO THẤT SAU PHẪU THUẬT SỌ NÃO TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Đinh Ngọc Hưng¹, Nguyễn Đăng Tô¹, Trần Văn Giang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm màng não-não thất sau phẫu thuật sọ não là một tình trạng bệnh lý nặng, tỷ lệ tử vong cao, di chứng thần kinh nặng nề dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện. **Mục tiêu:** Đánh giá yếu tố nguy cơ xuất hiện viêm màng não-não thất sau phẫu thuật sọ não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 179 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mở sọ, có 36 bệnh nhân xuất hiện viêm màng não-não thất, so sánh yếu tố liên quan giữa 2 nhóm. **Kết quả:** Có 179 bệnh nhân được lựa chọn, trong đó 36 bệnh nhân xuất hiện viêm màng não-não thất, tỷ lệ 20,1%. Không có sự khác biệt về giới và tuổi giữa 2 nhóm. Nhóm xuất hiện viêm màng não có các đặc điểm khác biệt: phẫu thuật do tai nạn giao thông (38,9%) và đột quỵ chảy máu não (38,9%), tổn thương chủ đạo là máu tụ nhu mô não (52,8%) và

máu tụ dưới màng cứng (41,7%), có điểm Glasgow trước phẫu thuật thấp <9 điểm (77,8%), có thể tích khối máu tụ lớn > 60 cm³ (97,7%), tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu, tỷ lệ thở máy trước phẫu thuật cao hơn (p < 0,05). Yếu tố nguy cơ trong hồi quy logistic đơn biến là: Glasgow < 9 điểm, thở máy trước phẫu thuật, phẫu thuật cấp cứu, thể tích khối máu tụ > 60 cm³; trong hồi quy logistic đa biến là: Glasgow < 9 điểm và thể tích khối máu tụ > 60 cm³ (p < 0,05). **Kết luận:** Viêm màng não-não thất sau phẫu thuật sọ não tại khoa hồi sức chiếm tỷ lệ cao, đánh giá các yếu tố nguy cơ giúp chẩn đoán và điều trị sớm nhằm cải thiện kết quả điều trị. **Từ khóa:** Viêm màng não-não thất, nhiễm trùng thần kinh, phẫu thuật mở sọ.

SUMMARY

ASSESSMENT OF RATE AND RISK FACTORS OF POST-NEUROSURGICAL MENINGITIS AND VENTRICULITIS AT THE INTENSIVE CARE UNIT - PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Background: Post-neurosurgical meningitis and ventriculitis are serious medical conditions with a high mortality rate, severe neurological sequelae, and leading to prolonged hospital stays. **Objective:** Evaluate risk factors for post-neurosurgical meningitis

¹Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Hưng

Email: dinhngochungyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

and ventriculitis. **Subjects and methods:** A retrospective study of 179 patients undergoing craniotomy, 36 developed meningitis or ventriculitis, compared related factors between the two groups. **Results:** There were 179 patients selected, of which 36 patients had meningitis, a rate of 20.1%. There were no differences in gender and age between the two groups. The meningitis group has different characteristics: surgery due to traffic accidents (38.9%) and hemorrhagic stroke (38.9%), the primary injury being brain parenchymal hematoma (52.8%) and subdural hematoma (41.7%), with low preoperative Glasgow score < 9 points (77.8%), with large hematoma volume > 60cm³ (97.7%), The rate of emergency surgery and preoperative mechanical ventilation were higher ($p < 0.05$). Risk factors in univariate logistic regression are: Glasgow < 9 points, preoperative mechanical ventilation, emergency surgery, hematoma volume > 60 cm³; in multivariable logistic regression are: Glasgow < 9 points and hematoma volume > 60 cm³ ($p < 0.05$). **Conclusion:** Post-neurosurgical meningitis and ventriculitis in the intensive care unit account for a high rate. Assessing risk factors helps early diagnosis and treatment to improve treatment results.

Keywords: Post-neurosurgical meningitis and ventriculitis, neurological infection, craniotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não-não thất sau phẫu thuật thần kinh là một tình trạng bệnh lý nặng, được coi là nghiêm trọng hơn bất kỳ bệnh nhiễm trùng khác mắc phải trong môi trường bệnh viện, tỷ lệ tử vong cao, di chứng thần kinh nặng nề dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện và chi phí.¹ Tỷ lệ viêm màng não-não thất sau phẫu thuật thần kinh dao động 0,3% đến 8,6%.²

Các biểu hiện lâm sàng của viêm màng não - não thất sau phẫu thuật sọ não với sốt là biểu hiện chính. Khi bệnh diễn biến ở những người bệnh sau phẫu thuật đang điều trị tại các đơn vị hồi sức, việc đánh giá các biểu hiện lâm sàng trên các người bệnh này gặp nhiều khó khăn, dễ bỏ sót. Do đó, ảnh hưởng lớn đến vấn đề chẩn đoán, kết quả điều trị và chi phí nằm viện của người bệnh. Viêm màng não sau phẫu thuật sọ não là một yếu tố nguy cơ đáng kể nâng tỷ lệ tử vong từ 17% lên 40%.³

So với viêm màng não mắc phải tại cộng đồng, chẩn đoán viêm màng não - não thất sau phẫu thuật sọ não gặp nhiều khó khăn hơn. Sau phẫu thuật, chức năng thần kinh của các bệnh nhân giảm, tình trạng bệnh nặng, nhiều nguồn nhiễm có thể gây sốt, rối loạn xét nghiệm dịch não tủy do phẫu thuật hoặc khối u.⁴ Việc phát hiện các yếu tố nguy cơ gây ra cho bệnh nhân trong mọi quy trình phẫu thuật sẽ cho phép áp dụng các biện pháp can thiệp dự phòng và điều trị, điều này có thể dẫn đến giảm tỷ lệ nhiễm

trùng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các người bệnh sau phẫu thuật mở sọ điều trị tại Khoa Hồi Sức Cấp Cứu - Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các người bệnh sau phẫu thuật mở sọ có hoặc không xuất hiện viêm màng não được điều trị tại Khoa Hồi Sức Cấp Cứu - Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh không có đủ tiêu chuẩn dữ liệu lâm sàng và xét nghiệm theo chuẩn đoán và phân nhóm. Người bệnh được phẫu thuật sọ não tại bệnh viện khác. Người bệnh < 18 tuổi. Người bệnh là phụ nữ có thai.

- Phân nhóm có và không viêm màng não - não thất:

Người bệnh nghi ngờ được chỉ định chọc xét nghiệm dịch não tủy, kết quả được phân nhóm như sau:⁵

(1) Đối với VMNNTSPTS (viêm màng não-não thất sau phẫu thuật sọ não) đã được chứng minh, nuôi cấy DNT (dịch não tủy) dương tính với vi khuẩn và/hoặc số lượng bạch cầu > 250/mL;

Đối với nghi ngờ VMNNTSPTS là khi xét nghiệm DNT >1.000 bạch cầu/mL với >50% bạch cầu trung tính hoặc (nếu người bệnh được điều trị bằng steroid và/hoặc kháng sinh tại thời điểm chọc dò dịch tủy sống đầu tiên) > 250 bạch cầu/mL với > 50% bạch cầu trung tính; Và

(2) Đối với người không VMNNTSPTS, nuôi cấy DNT âm tính và <250 bạch cầu/mL với < 50% bạch cầu trung tính. Tiêu chí cho các phân loại lâm sàng đã được thiết lập trước khi đánh giá. Và các người bệnh không có triệu chứng lâm sàng gợi ý viêm màng não, không có chỉ định xét nghiệm dịch não tủy.

2.2. Địa điểm và thời gian

- Khoa Hồi Sức Cấp Cứu - Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2020 đến 09/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

- Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu toàn bộ, tất cả các người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn sẽ được chọn vào nghiên cứu.

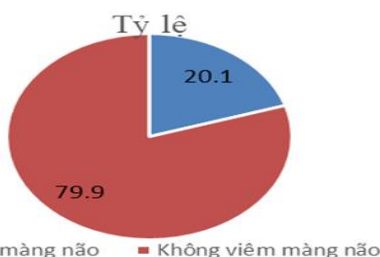
2.4. Các bước tiến hành. Các bệnh nhân có phẫu thuật sọ não tại bệnh viện, được chuyển đến khoa hồi sức cấp cứu điều trị hậu phẫu đều được ghi danh, thu thập thông tin và theo dõi. Bệnh nhân được theo dõi, có dấu hiệu màng não hoặc sốt chưa rõ căn nguyên có chỉ định chọc dịch não tủy xét nghiệm. Sau khi có kết quả dịch

não tủy sẽ được phân thành 2 nhóm và so sánh yếu tố nguy cơ xuất hiện.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu sẽ nhằm mục đích đánh giá vấn đề viêm màng não trên người bệnh sau phẫu thuật sọ não, các thông tin thu thập chủ yếu dựa vào hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã thu thập được 179 người bệnh, trong đó có 143 người bệnh không xuất hiện viêm màng não-não thất và 36 người bệnh có xuất hiện viêm màng não-não thất.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người bệnh xuất hiện viêm màng não sau phẫu thuật sọ não

Nhận xét: Có 20,1% người bệnh xuất hiện viêm màng não - não thất sau phẫu thuật sọ não.

Bảng 3.1. Đặc điểm khác biệt giới tính và nhóm tuổi

		Không viêm màng não (n=143)		Có viêm màng não (n=36)		p
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	104	72,7	21	58,3	0,097
	Nữ	39	27,3	15	41,7	
Tuổi	<40	43	30,1	5	13,9	0,146
	40 - <60	33	23,1	10	27,8	
	> 60	67	46,9	21	58,3	
$\bar{x} \pm SD$		52,6±21,8		60,25±18,2		0,054

Nhận xét: Khác biệt không có ý nghĩa thống kê về giới, nhóm tuổi và tuổi trung bình (p > 0,05).

Bảng 3.2. Đặc điểm nguyên nhân phẫu thuật, loại tổn thương sọ não nguyên phát chủ đạo và cách thức phẫu thuật

	Không viêm màng não		Có viêm màng não		p
	n	%	n	%	
Nguyên nhân phẫu thuật					
Tai nạn giao thông	58	41,1	14	38,9	0,005
Tai nạn sinh hoạt	29	20,6	7	19,4	
Đột quỵ xuất huyết não	21	14,9	14	38,9	

U não	30	21,3	1	2,8	0,000
Giãn não thất	3	2,1	0	0	
Tổng số	141	100	36	100	
Loại tổn thương sọ não nguyên phát chủ đạo					
Máu tụ ngoài màng cứng	38	26,6	2	5,6	0,000
Máu tụ dưới màng cứng	43	30,1	15	41,7	
Máu tụ trong não	28	19,6	19	52,8	
Giãn não thất	4	2,8	0	0	0,006
U não	30	21	0	0	
Tổng số	143	100	36	100	
Cách thức phẫu thuật					
Mở sọ đóng xương	26	18,2	0	0	0,006
Mở sọ mở xương	108	75,5	33	91,7	
Mở xương và dẫn lưu não thất ra da	5	3,5	3	8,3	
Dẫn lưu não thất ổ bụng	4	2,8	0	0	0,006
Tổng số	143	100	36	100	

Nhận xét: Trong nhóm người bệnh có viêm màng não, chủ yếu gặp trong phẫu thuật do nguyên nhân tai nạn giao thông và xuất huyết não (38,9%), p < 0,05. 52,8% người bệnh có tổn thương sọ não nguyên phát chủ đạo là máu tụ nhu mô trong não, 41,7% có tổn thương là máu tụ dưới màng cứng, p < 0,001. 91,7% người bệnh được phẫu thuật mở sọ mở xương, p < 0,05.

Bảng 3.3. Đặc điểm thang điểm Glasgow, thở máy và phẫu thuật cấp cứu thời điểm nhập viện

		Không viêm màng não		Có viêm màng não		p
		n	%	n	%	
Điểm Glasgow	< 9	41	28,9	28	77,8	0,000
	9 - <12	20	14,1	4	11,1	
	12 - 15	81	57,0	4	11,1	
Tổng số		142	100	36	100	
Trung vị (IQR)		12,5 (8 - 15)		7 (5 - 8)		0,000
Thở máy	Không	85	59,4	6	16,7	0,000
	Có	58	40,6	30	83,3	
Tổng số		143	100	36	100	
Phẫu thuật cấp cứu	Không	56	39,2	3	8,3	0,000
	Có	87	60,8	33	91,7	
Tổng số		143	100	36	100	

Nhận xét: Trong nhóm có viêm màng não, 28/36 người bệnh (77,8%) có điểm Glasgow thấp (< 9) điểm, trong nhóm không viêm màng não là 28,9%, p < 0,001. Điểm Glasgow trung vị

và khoảng tứ phân vị của 2 nhóm lần lượt là 12,5 (8 - 15) và 7 (5 - 8), $p < 0,001$. Có 83,3% người bệnh xuất hiện viêm màng não phải thở máy trước phẫu thuật, và 91,7% nhận được phẫu thuật cấp cứu khi đến viện, $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Đặc điểm khác biệt về thể tích khối máu tụ (cm³)

	Không viêm màng não		Có viêm màng não		p
	n	%	n	%	
<30	15	10,5	0	0	0,002

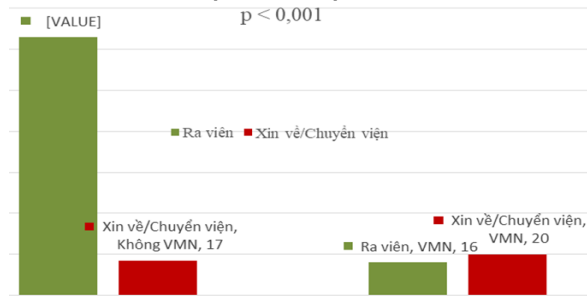
30-<60	39	27,3	3	8,3
≥ 60	89	62,2	33	91,7
Tổng số	143	100	36	100
$\bar{x} \pm SD$	78,8 ± 48,8		110 ± 63,5	
	0,002			

Nhận xét: Trong nhóm xuất hiện viêm màng não, có 97,7% người bệnh có thể tích khối máu tụ lớn (≥ 60 cm³), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Giá trị trung bình của thể tích khối máu tụ là $78,8 \pm 48,8$ và $110 \pm 63,5$, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Yếu tố liên quan đến VMNSPTS: Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến

	Hồi quy logistic đơn biến				Hồi quy logistic đa biến			
	OR	Khoảng tin cậy 95% CI		p	OR	Khoảng tin cậy 95% CI		p
		Giá trị thấp	Giá trị cao			Giá trị thấp	Giá trị cao	
Giới (nam)	1,905	0,893	4,064	0,096	1,998	0,772	5,173	0,154
Tuổi (> 60 tuổi)	1,680	0,805	3,508	0,167	1,874	0,751	4,678	0,178
Glasgow (< 9 điểm)	9,538	3,879	23,452	0,000	3,271	1,058	10,114	0,040
Thở máy trước PT (có)	7,328	2,868	18,720	0,000	2,866	0,859	9,558	0,087
PT cấp cứu (có)	7,080	2,072	24,192	0,002	3,953	0,968	16,146	0,056
Thể tích khối máu tụ (> 60cm ³)	6,875	2,012	23,497	0,002	5,690	1,340	24,155	0,018

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ độc lập trong mô hình hồi quy logistic đơn biến gồm: glasgow < 9 điểm, có thở máy trước phẫu thuật, có phẫu thuật cấp cứu, thể tích khối máu tụ > 60 cm³. Yếu tố nguy cơ độc lập trong mô hình hồi quy logistic đa biến gồm: Glasgow (< 9 điểm), Thể tích khối máu tụ (> 60 cm³).



Biểu đồ 3.2. Đánh giá kết quả điều trị của 2 nhóm người bệnh

Nhận xét: Có 17/143 người bệnh xin về, chuyển viện trong nhóm không viêm màng não, tỷ lệ này cao hơn ở trong nhóm có viêm màng não 20/36, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 20,1% người bệnh xuất hiện viêm màng não sau phẫu thuật sọ não (biểu đồ 1). Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Chen và cộng sự với 65/755 người bệnh (8,60%) có biến chứng viêm màng não.⁶ Đối tượng

nghiên cứu của chúng tôi là những người bệnh có phẫu thuật sọ não mức độ nặng, sau phẫu thuật phải nhập đơn vị chăm sóc đặc biệt, do đó, tỷ lệ xuất hiện viêm màng não cũng cao hơn tại các đơn vị khác. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn của tác giả Lương Chính và cộng sự với tỷ lệ mắc viêm màng não là 24,2%, điều này có thể giải thích rằng, nhóm đối tượng nghiên cứu của tác giả Lương Chính là các bệnh nhân giãn não thất có đặt shunt dẫn lưu EVD, cái mà đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ độc lập gây viêm màng não.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm có viêm màng não và không viêm màng não, đối tượng của chúng tôi là các bệnh nhân phẫu thuật do nhiều nguyên nhân nhập khoa hồi sức điều trị. Các nghiên cứu trên thế giới có nhiều phân nhóm đối tượng nghiên cứu như: nhóm bệnh nhẹ và trung bình điều trị tại khoa ngoại thần kinh, nhóm bệnh nhân nặng điều trị tại khoa hồi sức thần kinh, nhóm bệnh nhân phẫu thuật do nguyên nhân chấn thương, nhóm bệnh nhân phẫu thuật do đột quỵ não,... Một nghiên cứu của Reichert và cộng sự không cho thấy sự khác biệt về giới trong nguy cơ mắc viêm màng não.² Trong một nghiên cứu của Chen và cộng sự, tỷ lệ giới mắc viêm màng não là 41 (10,65%) trong số 385 nam giới và 24 (6,49%) trong số 370 phụ nữ bị viêm màng não, $p = 0,041$.⁶

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người

bệnh có viêm màng não, có 21/36 (58,3%) người bệnh trong nhóm tuổi cao (≥ 60 tuổi), $p > 0,05$. Tuổi trung bình của 2 nhóm lần lượt là $52,6 \pm 21,8$ và $60,25 \pm 18,2$, không khác biệt, $p > 0,05$ (bảng 3.1). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Kourbeti và cộng sự, trung vị tuổi của nhóm không viêm màng não và viêm màng não lần lượt là 51 và 48, và không có khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.⁷ Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm nhiều các nhóm bệnh lý khác nhau, mỗi chỉ định phẫu thuật cho mỗi bệnh lý khác nhau có đặc điểm phân bố nhóm tuổi khác nhau. Tuy rằng kết quả chung không khác biệt so với nghiên cứu khác, nhưng đây là một hạn chế của chúng tôi khi không phân tách được riêng rẽ từng nhóm bệnh lý.

Trong nhóm người bệnh có viêm màng não, chủ yếu gặp trong phẫu thuật do nguyên nhân tai nạn giao thông và xuất huyết não (38,9%), có sự khác biệt giữa các nhóm ($p < 0,05$) (bảng 3.2). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Kourbeti, phẫu thuật do nguyên nhân chấn thương sọ não là thường gặp nhất chiếm 49,7%.⁷

Trong nhóm có viêm màng não, 91,7% phẫu thuật mở sọ mở xương. 3/8 phẫu thuật mở xương dẫn lưu não thất ra da xuất hiện viêm màng não. Không có trường hợp nào mở sọ đóng xương xuất hiện viêm màng não, khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) (bảng 3.3). Trong nghiên cứu của Khổng Nhung và Lương Chính có 1 phần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi là trong nhóm 5 người bệnh có phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng, không xuất hiện trường hợp nào viêm màng não trong nhóm đối tượng này.⁸

Trong nhóm có viêm màng não, 28/36 người bệnh (77,8%) có điểm Glasgow thấp (< 9) điểm, trong nhóm không viêm màng não là 28,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Điểm Glasgow trung vị và khoảng tứ phân vị của 2 nhóm lần lượt là 12,5 (8 - 15) và 7 (5 - 8) ($p < 0,05$). Trong nhóm xuất hiện viêm màng não, có 97,7% người bệnh có thể tích khối máu tụ lớn ($\geq 60\text{cm}^3$), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có 83,3% người bệnh xuất hiện viêm màng não phải thở máy trước phẫu thuật, và 91,7% nhận được phẫu thuật cấp cứu khi đến viện, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm người bệnh không có viêm màng não (bảng 3.3). Nghiên cứu của Kourbeti cũng cho thấy phẫu thuật cấp cứu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu với tỷ lệ tương ứng là 48% và 50%.⁷ Khác biệt này có thể lý giải rằng, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả phương thức phẫu thuật cấp cứu và phẫu thuật chủ động, với

phẫu thuật cấp cứu, mức độ nặng và nguy cơ nhiễm trùng cao hơn.

Yếu tố nguy cơ độc lập trong mô hình hồi quy logistic đơn biến gồm: Glasgow < 9 điểm, có thở máy trước phẫu thuật, có phẫu thuật cấp cứu, thể tích khối máu tụ $> 60\text{cm}^3$. Yếu tố nguy cơ độc lập trong mô hình hồi quy logistic đa biến gồm: Glasgow (< 9 điểm), Thể tích khối máu tụ ($> 60\text{cm}^3$). Điểm GCS thấp, thể tích máu trong não thất cao tại thời điểm nhập viện đã được chứng minh là có liên quan độc lập với sự gia tăng tỷ lệ tử vong.⁸ Trong nghiên cứu của Reichert và cộng sự xác định được các yếu tố nguy cơ độc lập khác như dụng cụ não thất, phẫu thuật lặp lại, có nguồn nhiễm trùng trước phẫu thuật. Có thể nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để phân tích được các yếu tố này.

Có 17/143 người bệnh xin về, chuyển viện trong nhóm không viêm màng não, tỷ lệ này cao hơn ở trong nhóm có viêm màng não 20/36, $p < 0,05$. Viêm màng não làm gia tăng đáng kể tỷ lệ tử vong và chỉ định chuyển tuyến trên điều trị tiếp trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong các nghiên cứu của tác giả khác, tỷ lệ tử vong nội viện, tỷ lệ bệnh diễn biến nặng xin về là 10,0% và 26,7%.⁸

V. KẾT LUẬN

Viêm màng não - não thất sau phẫu thuật sọ não còn nhiều khó khăn trong xác định chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ viêm màng não - não thất là 20,1%. Các yếu tố nguy cơ độc lập bao gồm: Điểm Glasgow trước phẫu thuật < 9 điểm, thể tích khối máu tụ $> 60\text{cm}^3$, có thở máy, có phẫu thuật cấp cứu tại thời điểm nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kourbeti IS, Vakis AF, Ziakas P, et al.** Infections in patients undergoing craniotomy: risk factors associated with post-craniotomy meningitis. *JNS*. 2015;122(5):1113-1119. doi:10.3171/2014.8.JNS132557
2. **Reichert MCF, Medeiros EAS, Ferraz FAP.** Hospital-acquired meningitis in patients undergoing craniotomy: Incidence, evolution, and risk factors. *American Journal of Infection Control*. 2002; 30(3): 158-164. doi: 10.1067/mic.2002.119925
3. **Kubilay Z, Amini S, Fauerbach LL, Archibald L, Friedman WA, Layon AJ.** Decreasing ventricular infections through the use of a ventriculostomy placement bundle: experience at a single institution: Clinical article. *JNS*. 2013; 118(3): 514-520. doi:10.3171/2012.11.JNS121336
4. **Hussein K, Bitterman R, Shofty B, Paul M, Neuberger A.** Management of post-neurosurgical meningitis: narrative review. *Clinical Microbiology and Infection*. 2017;23(9):621-628. doi:10.1016/j.cmi.2017.05.013

5. **Leib SL, Boscacci R, Gratzl O, Zimmerli W.** Predictive Value of Cerebrospinal Fluid (CSF) Lactate Level Versus CSF/Blood Glucose Ratio for the Diagnosis of Bacterial Meningitis Following Neurosurgery. *CLIN INFECT DIS.* 1999;29(1):69-74. doi:10.1086/520184
6. **Chen C, Zhang B, Yu S, et al.** The Incidence and Risk Factors of Meningitis after Major Craniotomy in China: A Retrospective Cohort Study. Shamji M, ed. *PLoS ONE.* 2014;9(7): e101961. doi:10.1371/journal.pone.0101961
7. **Korinek AM, Baugnon T, Golmard JL, van Effenterre R, Coriat P, Puybasset L.** Risk Factors for Adult Nosocomial Meningitis After Craniotomy Role of Antibiotic Prophylaxis. *Neurosurgery.* 2006;59(1):126-133. doi:10.1227/01.NEU.0000220477.47323.92
8. **Nhung KH, Chinh LQ.** Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ viêm não thất ở bệnh nhân chảy máu não thất được đặt dẫn lưu não thất. *TCNCYH.* 2022;152(4):42-53. doi:10.52852/tcncyh.v152i4.681

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG SÂU RĂNG Ở TRẺ TỪ 3-5 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ YÊN BÁI NĂM 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Đức Trinh¹, Nguyễn Thanh Bình¹,
Trần Thị Nga Liên², Nguyễn Thị Hồng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng sâu răng ở trẻ từ 3-5 tuổi tại Tp Yên Bái năm 2023 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang đã được tiến hành trên 354 trẻ 3-5 tuổi ở thành phố Yên Bái. Chẩn đoán sâu răng khi trẻ có ít nhất 01 chiếc răng bị sâu theo hướng dẫn của WHO. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng có sâu răng là 82,8%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng sâu răng ở trẻ 3-5 tuổi: nhóm 5 tuổi (so với nhóm 3 tuổi) với OR=4,21 (95%CI 1,89 – 9,38); tần suất chải răng (so với nhóm chải răng 2 lần/ngày): 1 lần/ngày OR=3,83 (95%CI: 1,79 – 8,91); dưới 1 lần/ngày 6,41 (95%CI: 2,41 – 21,41); chải răng ngang (so với chải răng dọc và xoay) OR=2,34 (95%CI: 1,03 – 5,13); thường xuyên ăn đồ ngọt/quả vặt OR=1,97 (95%CI: 1,00 – 3,82); ăn quà vặt cả ngày (so với ăn buổi sáng) OR=2,85 (95%CI: 1,13 – 6,84), mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc sâu răng khá cao ở nhóm 3-5 tuổi. Kiểm soát các yếu tố tần suất chải răng, cách chải răng, thói quen ăn đồ ngọt để giảm nguy cơ sâu răng ở trẻ.

Từ khóa: sâu răng, trẻ em, 3-5 tuổi, Yên Bái

SUMMARY

DENTAL CARIES STATUS AND RISK FACTORS AMONG 3–5-YEAR-OLD CHILDREN IN IN YEN BAI CITY, YEN BAI PROVINCE AND SOME FACTORS RELATED

Objectives: To find out the prevalence of dental caries among 3-5 year old pre-schoolers in Yen Bai city, Yen Bai province and some factors related. **Subjects and Methods:** Cross-sectional research

was conducted on 354 children 3-5 years old in Yen Bai city. Diagnose dental caries when a child has at least one tooth with tooth decay according to WHO guidelines. **Results:** Prevalence of dental caries was 82.8%. Univariate logistic regression analysis showed factors related dental caries: 5-year-old group (compared to the 3-year-old group) with OR=4.21 (95%CI 1.89 – 9.38); tooth brushing frequency (compared to the group brushing teeth twice a day): once/day OR=3.83 (95%CI: 1.79 – 8.91); less than once/day 6.41 (95%CI: 2.41 – 21.41); horizontal brushing (compared with vertical and rotating brushing) OR=2.34 (95%CI: 1.03 – 5.13); regularly eating sweets/snacks OR=1.97 (95%CI: 1.00 – 3.82); eating snacks all day (compared to eating in the morning) OR=2.85 (95%CI: 1.13 - 6.84), association was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The prevalence of dental caries was relatively high in the 3-5 year old group. Control the factors of dental caries frequency, tooth brushing method, and sweet eating habits to reduce the risk of tooth decay in children. **Keywords:** dental caries, 3–5-year-old children, Yen Bai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tình trạng sâu răng là bệnh phổ biến nhất ở trẻ em và đang là vấn đề đang được quan tâm. Sâu răng ở lứa tuổi mầm non được đặc trưng bởi sự hiện diện của một hoặc nhiều vùng răng bị sâu (chưa có lỗ hoặc đã có lỗ), mất răng (do sâu). Sâu răng ở trẻ mầm non có thể dẫn đến nguy cơ đau đớn, viêm nang, nguy cơ sâu răng ở răng vĩnh viễn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe miệng của trẻ em. Mặc dù có thể ngăn ngừa được, sâu răng ở trẻ mầm non vẫn có tỷ lệ phổ biến cao ở trẻ em trên toàn cầu. Một đánh giá hệ thống gần đây đã báo cáo tỷ lệ phổ biến sâu răng ở trẻ kết hợp là 48% trên toàn thế giới dựa trên các nghiên cứu khác nhau liên quan đến sử dụng tiêu chí của Tổ chức Y tế Thế giới [1]. Tỷ lệ

¹Trường Đại Học Kinh Doanh Và Công Nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Trinh

Email: bsttrinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024