

muộn. Không phát hiện các trường hợp mang đột biến lặp đoạn, đảo đoạn và mất đoạn NST. Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa nhấn mạnh vai trò của NST đờ trong tham vấn hiếm muộn, giúp định hướng điều trị và tư vấn di truyền cho các cặp vợ chồng hiếm muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Anh** (2017), Phân tích tính đa hình nhiễm sắc thể ở các cặp vợ chồng vô sinh, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Đỗ Thị Kim Ngọc** (2011), Nghiên cứu tỷ lệ vô sinh và một số yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh trong cộng đồng, Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM.
3. **Chakraborty A, Palo I, Roy S, et al.** A novel balanced chromosomal translocation in an Azoospermic male: a case report. *J Reprod Infertil.* 2021;22:133-7.
4. **Ma L, Yu H, Ni Z, et al.** Spink13, an epididymis-specific gene of the Kazal-type serine protease

inhibitor (SPINK) family, is essential for the acrosomal integrity and male fertility. *J Biol Chem.* 2013;288:10154-10165.

5. **Schilit SLP, Menon S, Friedrich C, et al.** SYCP2 translocation-mediated dysregulation and frameshift variants cause human male infertility. *Am J Hum Genet.* 2020;106:41-57.
6. **Smith LB, Milne L, Nelson N, et al.** KATNAL1 regulation of sertoli cell microtubule dynamics is essential for spermiogenesis and male fertility. *PLoS Genet* 2012;8:e1002697.
7. **Sípek A Jr, Panczak A, Mihalová R, Hrcková L, Suttrová E, Sobotka V, et al.** Pericentric inversion of human chromosome 9 epidemiology study in czech males and females. *Folia Biol (Praha)* 2015;61:140-6.
8. **Yahaya TO, Oladele EO, Anyebe D, Obi C, Bunza MD, Sulaiman R, et al.** Chromosomal abnormalities predisposing to infertility, testing, and management: a narrative review. *Bull Natl Res Cent.* 2021;45(1):1-5.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO ESCHERICHIA COLI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 NĂM 2021 - 2023

Vũ Thị Hương¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}, Lê Quốc Thịnh², Nguyễn Thị Mai Anh¹, Trần Thanh Thức^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, vi sinh, và kết quả điều trị của nhiễm khuẩn huyết (NKH) do *Escherichia coli* (*E. coli*) ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả 57 trẻ từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán NKH do *E. coli*, điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/01/2021 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1; trong đó, trẻ ≤ 12 tháng chiếm 71,9%. Có 54,4% trẻ nhiễm khuẩn từ cộng đồng, ngộ vào thường gặp nhất là đường tiêu hóa (24,6%), kế đến là thận tiết niệu (15,8%). Sốt là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (chiếm 91,2%); 28,1% trẻ có suy hô hấp và 12,3% trẻ có sốc. Các đặc điểm cận lâm sàng thường gặp là: thiếu máu (72,7%), bạch cầu tăng (38,2%) và CRP tăng > 50mg/L (70,2%). Kết quả vi sinh cho thấy đa số *E. coli* kháng với ampicillin (91,2%). Tỷ lệ kháng nhóm cephalosporin thế hệ 3 và carbapenem lần lượt là 50-70% và 10-16%, nhạy với amikacin cao (91,2%). Điều trị kháng sinh ban đầu phù hợp ở 68,4% các trường hợp. Có 43,9% trường hợp cần hỗ trợ hô hấp, trong đó thở máy chiếm 48,0%. Tỷ lệ tử vong là 21,1%, trong đó 58,3% trẻ tử vong có sốc. **Kết luận:** Nhiễm

khuẩn huyết do *E. coli* ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *E. coli* cao. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn huyết, *Escherichia coli*, trẻ em

SUMMARY

PEDIATRIC SEPSIS CAUSED BY ESCHERICHIA COLI AT CHILDREN'S HOSPITAL 1 FROM 2021 TO 2023

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and antibiotic resistance characteristics of *E. coli* and the outcome of pediatric sepsis caused by *Escherichia coli* (*E. coli*). **Subjects and Methods:** A case series study was conducted on 57 children aged 2 months to 16 years diagnosed with sepsis caused by *E. coli* and treated at Children's Hospital 1 from January 1, 2021, to December 31, 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 1.7:1; among them, children aged ≤ 12 months accounted for 71.9%. Thirty-one out of 57 (54.4%) children had community-acquired infections, with the most common source of infection being the gastrointestinal tract (24.6%), followed by the urinary tract (15.8%). Fever was the most common clinical symptom (91.2%), while 28.1% of children had respiratory distress, and 12.3% had shock. Laboratory features included anemia (72.7%), leukocytosis (38.2%), and CRP > 50 mg/L (70.2%). Resistance rates of *E. coli* to ampicillin were 91.2%; third-generation cephalosporins and carbapenems were 50-70% and 10-16%, respectively, while most strains remained susceptible to amikacin (91.2%). Initial antibiotic therapy was appropriate in 68.4% of

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Thức

Email: tranthanhthuc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

cases. Respiratory support was required in 43.9%, with mechanical ventilation used in 48%. The mortality rate in the study was 21.2%, with 58.3% of the deceased cases presenting shock. **Conclusion:** Sepsis caused by E. coli in children presents with severe clinical manifestations and high mortality rates. The antibiotic resistance rate of E. coli is high.

Keywords: sepsis, Escherichia coli, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân nặng, có thể dẫn tới sốc nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan và tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Theo dữ liệu của Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) năm 2020, có 48,9 triệu trường hợp và 11 triệu ca tử vong do nhiễm khuẩn huyết trên toàn thế giới và 1/2 trong số đó xảy ra ở trẻ em dưới 5 tuổi⁵. E.coli được biết đến là một trong các tác nhân phổ biến gây nhiễm trùng huyết ở cộng đồng và bệnh viện; tại Hoa Kỳ, E.coli đứng thứ 5 trong 10 tác nhân nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất⁶. Không những nổi lên về sự lan rộng, E.coli còn nổi bật với các chủng tiết men beta-lactamases phổ rộng gọi là ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase), đây là một nhóm men kháng thuốc có khả năng thủy phân và bất hoạt vòng beta-lactam, điều này gây nên những thách thức lớn cho điều trị kháng sinh trên lâm sàng. Nghiên cứu này với mục tiêu mô tả các đặc điểm dịch tễ học, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, tính kháng thuốc, các biện pháp điều trị và kết quả điều trị ở trẻ em nhiễm khuẩn huyết do E.coli tại bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2021-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhi từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết, điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 01/01/2021 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn nhận vào: Tất cả các bệnh nhi từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và có kết quả cấy máu dương tính với E. coli lần đầu, điều trị tại bệnh viện Nhi

Đồng 1 từ ngày 01/01/2021 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ không đủ kháng sinh đồ hoặc thiếu thông tin để xác định chẩn đoán trong quá trình hồi cứu hồ sơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

Cỡ mẫu: lấy trọn

Biến số nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được ghi nhận các đặc điểm về dịch tễ học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, vi sinh và các kháng sinh điều trị dựa trên phiếu thu thập số liệu dựng sẵn. Các kết quả điều trị bao gồm: sống/ tử vong, suy hô hấp, sốc và thời gian nằm viện. Kháng sinh ban đầu được định nghĩa là phù hợp khi kháng sinh đồ của vi khuẩn có kết quả nhạy với bất kì nhóm kháng sinh nào đang điều trị.

Phân tích số liệu: Số liệu được xử lí bằng phần mềm STATA studio. Biến định tính: tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng: tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng có phân phối chuẩn; giá trị trung vị và khoảng tứ vị với các biến định lượng không có phân phối chuẩn. Các phép so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê khi có $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu.

Trong thời gian từ 1/1/2021 đến 31/12/2023, có 57 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong đó, nam chiếm tỉ lệ 63,2%, đa số trẻ ≤ 12 tháng tuổi (71,9%). Có 28/57 (49,1%) trẻ có bệnh nền đi kèm, trong đó, bệnh nền tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (11/28 trẻ), kế đến là thận niệu (7/28 trẻ), sinh non (5/28 trẻ) và huyết học (4/28 trẻ). Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu là 35,1%. Nhiễm khuẩn huyết từ cộng đồng chiếm tỉ lệ 54,4%, ngộ vào thường gặp nhất là tử đường tiêu hóa (24,6%), tiếp đến là thận tiết niệu (15,7%). Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ NKH do E.coli trong nghiên cứu được mô tả trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm sống và nhóm tử ở trẻ em NKH do E.coli

Đặc điểm	N=57, n%	Sống N=45, n%	Tử vong N=12, n%	p
Sốt	52 (91,2)	42 (92,3)	10 (83,3)	0,281 ^a
Hạ thân nhiệt	3 (5,3)	1 (2,2)	2 (16,7)	0,109 ^a
Chướng bụng	20 (35,1)	14 (31,1)	6 (50,0)	0,309 ^a
Nôn ói	17 (31,4)	12 (26,7)	5 (41,7)	0,280 ^a
Vàng da	13 (22,8)	10 (22,2)	3 (25,0)	1,000 ^a
Tiêu chảy	17 (29,8)	13 (28,9)	4 (33,3)	0,737 ^a
Sốc	7 (12,3)	0 (0,0)	7 (58,3)	<0,001 ^a
Suy hô hấp	16 (28,1)	7 (15,6)	9 (75,0)	<0,001 ^a
Gan to	9 (15,8)	3 (6,7)	6 (50,0)	0,020 ^a

Số lượng bạch cầu (K/uL)*	14,0 (7,0-19,4)	14,9 (9,6-19,4)	8,3 (1,4-20,2)	0,052 ^b
Bạch cầu tăng	21 (36,8)	17 (37,8)	4 (33,3)	1,000 ^a
Neutrophil (K/uL) *	7,3 (2,5-11,0)	7,6 (2,7-11,0)	2,4 (0,4- 7,6)	0,046 ^b
Giảm neutrophil theo tuổi	10 (18,2)	5 (11,1)	5 (41,7)	0,026 ^a
Lymphocyte*	3,8 (2,6- 6,9)	4,2 (2,9-6,9)	2,9 (0,5-8,2)	0,303 ^b
Giảm lymphocyte	16 (28,1)	9 (20,0)	7 (58,3)	0,025 ^a
Tiểu cầu (K/uL) *	294 (116-427)	338 (213-443)	117,5 (29,5-282,5)	0,003 ^b
Giảm tiểu cầu <100 (K/uL)	10 (17,5)	5 (11,1)	5 (41,7)	0,026 ^a
Hb (g/dL) *	9,7 (8,4-11,2)	10,3 (8,8-11,7)	8,7 (7,8-9,2)	0,002 ^b
Thiếu máu	43 (72,7)	28 (62,2)	12 (100)	0,011 ^a
INR > 2 (N= 34)	7 (20,5)	2/23 (8,7)	5/11 (45,5)	0,024 ^a
Tăng CRP > 50mg/L	40 (70,2)	32 (71,1)	8 (66,7)	0,187 ^a
AST > 100 (N= 40)	18 (31,5)	12/28 (42,9)	6/12 (50,0)	0,738 ^a
ALT > 100 (N= 40)	10 (17,5)	8/28 (28,6)	2/12 (16,7)	0,693 ^a

*Trung vị (TPV 25-75%), (a) Kiểm định Fisher's exact, (b) Kiểm định Mann-Whitney.

3.2. Tính kháng thuốc của E.coli. Tỷ lệ tiết men ESBL của E.coli trong nghiên cứu là 38,6%. Nhóm tiết men ESBL có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 và 4 như ceftriaxone, cefotaxime, ceftazidime, cefepime. Trong nghiên cứu, E.coli có tỷ lệ đề kháng cao nhất với ampicillin (91,2%), đối với nhóm cephalosporin thế hệ 3 và 4 thì lệ kháng dao động từ 40-70% như cefotaxime (72,9%), cefuroxime (66,7%), ceftriaxone (52,6%), cefepime (43,6%); chúng tôi ghi nhận E.coli có tỷ lệ đề kháng thấp với nhóm carbapenem 10-16%; colistin (12,9%) và thấp nhất với amikacin (8,8%).

3.3. Đặc điểm điều trị và kết quả điều trị

3.3.1. Đặc điểm điều trị. Có 49,1% các trường hợp được khởi đầu bằng phác đồ đơn trị liệu, 40,4% các trường hợp phối hợp 2 kháng sinh. Các nhóm kháng sinh ban đầu được sử dụng nhiều nhất là cephalosporin thế hệ thứ 3, 4 và nhóm carbapenem với tỷ lệ lần lượt là 45,6% và 43,8%. Sau khi đối chiếu với kết quả kháng sinh đồ, ghi nhận kháng sinh ban đầu phù hợp trong 39 trường hợp (68%). Trong 18 trường hợp kháng sinh ban đầu không phù hợp, 15 trường hợp đáp ứng lâm sàng và hồi phục sau khi được đổi kháng sinh, 3 trường hợp tử vong.

3.3.2. Kết quả điều trị. Có 43,9% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có hỗ trợ hô hấp ít nhất với oxy qua cannula. Trong đó 60% (15/25) cần thở máy và 60% (9/15) trong số này có kết cục tử vong. Có 7/57 trẻ sốc, cần sử dụng vận mạch, adrenalin là loại sử dụng nhiều nhất, tiếp đến là dopamin.

Tỷ lệ tử vong là 21,1% (12/57). Tỷ lệ có sốc trong nhóm tử vong là 58,3% (7/12). Thời gian nằm viện trung vị là 16 (9-57) ngày. Khi so sánh các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm tử vong và nhóm sống, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ các yếu tố gan to, giảm bạch cầu,

giảm neutrophil, giảm lymphocyte, giảm tiểu cầu, thiếu máu, INR >2 ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Nam chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1, tương tự với kết quả trong các nghiên cứu của Võ Công Đồng² (1,4/1) và Võ Minh Kỳ Duyên (2,1/1)¹. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là ≤ 12 tháng (71,9%), kết quả này cao hơn khi so sánh với Võ Minh Kỳ Duyên¹ (52%) và Shauying Li (58,0%)⁸. Đường tiêu hóa, thận tiết niệu là những đường vào thường gặp nhất, điều này cũng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do E.coli^{1,4}. Đường tiêu hóa là nơi thường trú của vi khuẩn gram âm đường ruột, trong đó có E. coli, và sự toàn vẹn của niêm mạc ruột là hàng rào bảo vệ quan trọng giúp ngăn ngừa vi khuẩn xâm nhập vào máu. Do đó, khi hàng rào này bị tổn thương, vi khuẩn sẽ dễ dàng xâm nhập từ đó sản xuất ra các cytokine tiền viêm, thúc đẩy tình trạng nhiễm trùng toàn thân, suy đa cơ quan. Việc xác định được ngõ vào là rất quan trọng vì nó giúp định hướng các tác nhân gây bệnh cũng như hỗ trợ trong việc lựa chọn kháng sinh phù hợp, rút ngắn thời gian điều trị và cải thiện hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Về mặt lâm sàng, sốt là triệu chứng thường gặp nhất ở các bệnh nhân NKH do E.coli, điều này tương tự với nghiên cứu của Võ Minh Kỳ Duyên (92,0%)¹, Võ Công Đồng (81,8%)², tuy nhiên sốt lại là một triệu chứng không đặc hiệu, có thể gặp ở rất nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm cả nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn. Sốc nhiễm khuẩn là một biến chứng nặng và tử vong cao, tỷ lệ bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu thấp hơn so với Võ Minh

Kỳ Duyên (48,0%)¹ và Võ Công Đồng (18,2%)². Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu.

Các thay đổi thường gặp trên cận lâm sàng ở các bệnh nhân trong nghiên cứu gồm có bạch cầu tăng, thiếu máu, INR>2, giảm tiểu cầu. Nghiên cứu của Võ Công Đồng² cũng ghi nhận các kết quả tương tự với tỉ lệ thiếu máu là 62,2% và tiểu cầu giảm là 14,4%. Một phân tích đơn biến về các yếu tố dự báo tử vong của Xiaoshan Peng⁷ còn cho thấy tỉ lệ bạch cầu, số lượng hemoglobin và số lượng tiểu cầu có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm tử và nhóm sống với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận điều tương tự với tỉ lệ các yếu tố gan to, giảm bạch cầu, giảm neutrophil, giảm lymphocyte, giảm tiểu cầu ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tăng CRP, đây là một xét nghiệm có ý nghĩa góp phần vào chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết ở thời điểm nhập viện, tuy nhiên lại có giá trị tiên lượng hạn chế. Tỷ lệ CRP tăng cao > 50mg/L chiếm 70,2%, cao hơn nghiên cứu của Võ Minh Kỳ Duyên (58,8%)¹, nhưng thấp hơn so với Võ Công Đồng (79,7%)²

4.2. Tính kháng kháng sinh của Escherichia coli. Việc xác định mức độ kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết có ý nghĩa rất lớn trong việc điều trị, với E. coli cũng không ngoại lệ. Nghiên cứu của Võ Công Đồng² tại bệnh viện Nhi Đồng 2 trong 4 năm (2002-2006) ghi nhận E.coli kháng với ampicillin (82,4%), cefotaxime và ceftriaxone (57,1%), ceftazidime (35,7%), trong nghiên cứu tác giả chưa ghi nhận E.coli kháng với imipenem. Nghiên cứu của Võ Minh Kỳ Duyên¹ tại Cần Thơ (9/2022-2/2024) ghi nhận E.coli kháng 100% với các cephalosporin thế hệ 3 và 4 như ceftazidime, ceftriaxon và cefepime. Tại Nhi Đồng 1, để thể hiện sự thay đổi về tỉ lệ đề kháng kháng sinh của E.coli chúng tôi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thiên Hương trên đối tượng trẻ viêm màng não do E.coli (2016-2018)³ trong 2 giai đoạn tháng 01/2013-12/2016 và tháng 01/2017-06/2018, tỉ lệ kháng của E.coli đối với một số loại kháng sinh có giảm như ampicillin từ 100% xuống 77,8%, gentamycin từ 40% xuống 33,3%, tuy nhiên xu hướng đề kháng lại tăng ở một số nhóm khác như ceftazidime từ 33,3% lên 100%, meropenem từ 0% lên 12,5%. Trong nghiên cứu chúng tôi ở giai đoạn 2021-2023, tỉ lệ kháng với ampicillin tăng lên 91,2%, tỉ lệ kháng với nhóm cephalosporin thế hệ 3-4 cũng

dao động từ 40-70% và nhóm carbapenem là khoảng 10-16%. Mặc dù đã có thay đổi cải thiện ở vài loại kháng sinh, tuy nhiên nhìn chung tỉ lệ kháng của E.coli đối với các nhóm kháng sinh phổ rộng và thường xuyên được sử dụng trên lâm sàng vẫn đang leo thang. Từ đó có thể thấy, việc lựa chọn kháng sinh sẽ ngày càng trở nên khó khăn hơn, và việc kiểm soát nhiễm khuẩn, sử dụng thuốc đúng chỉ định, hạn chế sự gia tăng các chủng kháng thuốc trong môi trường và bệnh viện là điều rất cần thiết.

4.3. Đặc điểm điều trị và kết quả điều trị. Tỉ lệ bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp cũng như cần thở máy xâm lấn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với Xiaoshan Peng (tỉ lệ thở máy 25,3%)⁷. Tỉ lệ tử vong chung trong nghiên cứu vẫn còn cao (21,1%), kết quả này tương đương với nghiên cứu của Võ Minh Kỳ Duyên (24%)¹ và Thirapa Nivesvivat⁴ (26,8%). Nhìn chung, tỉ lệ tử vong cũng tương đối dao động qua các nghiên cứu khác nhau, tùy thuộc vào đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu, tuy nhiên tỉ lệ này vẫn tương đối cao khi so với các bệnh lý nặng khác ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn huyết do E.coli ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng nặng và tỉ lệ tử vong cao. Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của E.coli ngày càng tăng. Gan to, giảm bạch cầu, giảm neutrophil, giảm lymphocyte là các yếu tố có liên quan đến tử vong ở trẻ nhiễm khuẩn huyết do E.coli.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Võ Minh Kỳ Duyên, Bùi Quang Nghĩa.** Đặc điểm nhiễm khuẩn huyết do trực khuẩn gram âm ở trẻ em tại khoa hồi sức tích cực chống độc bệnh viện nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 2024(75):72-78.
- Võ Công Đồng, Phùng Nguyễn Thế Nguyên.** Nhiễm trùng huyết gram âm tại bệnh viện Nhi đồng 2. Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2006; 10 (1); 116-122.
- Nguyễn Hoàng Thiên Hương.** Đặc điểm viêm màng não do Escherichia coli ở trẻ em ngoài tuổi sơ sinh tại khoa nhiễm khuẩn Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2013 đến 2018. Luận văn nội trú. Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh 2019.
- Nivesvivat, T., Piyaraj, P., Thunyaharn, S. et al.** Clinical epidemiology, risk factors and treatment outcomes of extended-spectrum beta-lactamase producing Enterobacteriaceae bacteremia among children in a Tertiary Care Hospital, Bangkok, Thailand. BMC Res Notes 2018; 11(1), 624
- K. E. Rudd, S. C. Johnson, K. M. Agesa, et al.** Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet 2020;395 (10219):200-211.

6. **H. Wisplinghoff, T. Bischoff, S. M. Tallent, et al.** Nosocomial bloodstream infections in US hospitals: analysis of 24,179 cases from a prospective nationwide surveillance study. *Clin Infect Dis* 2004;39(3):309-317.
7. **Peng X, Zhou W, Zhu Y, Wan C.** Epidemiology, risk factors and outcomes of bloodstream infection caused by ESKAPEc pathogens among hospitalized children. *BMC Pediatr.* 2021; 21(1):188.
8. **S. Li, L. Guo, L. Liu, et al.** Clinical features and antibiotic resistance of *Escherichia coli* bloodstream infections in children. *Zhonghua Er Ke Za Zhi* 2016;54(2):150-153.

TỔNG QUAN VỀ XU HƯỚNG ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT DO LẠNH

Nguyễn Tiến Vũ¹, Phạm Thị Bích Đào^{1,2}, Phạm Anh Dũng²,
Trần Văn Tâm², Nguyễn Huyền Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về liệt mặt do lạnh và tổng hợp xu hướng điều trị liệt mặt do lạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm, sử dụng các bài báo đăng trên các tạp chí có bình duyệt bằng tiếng Anh và tiếng Việt từ tháng 01 năm 2000 đến tháng 7 năm 2024, tìm trên cơ sở dữ liệu Pubmed và Google scholar, thư viện Đại học Y Hà Nội, sử dụng các từ khoá liên quan đến điều trị liệt mặt do lạnh. **Kết quả:** Trong số 540 bài báo tìm thấy, có 27 bài đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Các phương pháp gồm có điều trị bằng thuốc Corticoid 51.86% (n=14), phương pháp điện châm/châm cứu 33.33% (n=9), phương pháp laser, hồng ngoại 14.81% (n=4). Các nghiên cứu đến từ châu Á chiếm nhiều nhất 62.96% (n=17), tiếp theo là châu Âu 29.63% (n=8), châu Mỹ 7.41% (n=2). Thang điểm sử dụng để đánh giá hiệu quả điều trị trong các bài báo đưa vào nghiên cứu là thang điểm HB (House – Brackmann). Các bài báo có xu hướng nghiên cứu về điều trị riêng lẻ từng phương pháp, xu hướng điều trị ngay. **Kết luận:** Điều trị Corticoid hoặc châm cứu/điện châm là các phương pháp được sử dụng nhiều nhất trong điều trị liệt mặt do lạnh và đem lại hiệu quả cao nhất (>80% bệnh nhân phục hồi khi sử dụng phương pháp điều trị bằng corticoid, >70% bệnh nhân phục hồi khi sử dụng phương pháp điều trị bằng điện châm/châm cứu). **Từ khóa:** bệnh liệt mặt do lạnh, xu hướng điều trị

SUMMARY

OVERVIEW OF TRENDS IN THE TREATMENT OF BELL'S Palsy

Objective: To describe the characteristics of studies on Bell's palsy and to synthesize trends in the treatment of Bell's palsy. **Subjects and Methods:** Research overview, using articles published in peer-reviewed journals written in English and Vietnamese

from January 2000 to July 2024, searched on PubMed, Google Scholar, and the library of Hanoi Medical University, using keywords related to the treatment of Bell's palsy. **Results:** Out of 540 articles found, 27 articles met the selection criteria were included in the study. Treatment methods included using corticosteroids 51.86% (n=14), Acupuncture 33.33% (n=9), and laser or infrared therapy 14.81% (n=4). Studies from Asia accounted for the most 62.96% (n=17), followed by Europe 29.63% (n=8), America 7.41% (n=2). The scale used to evaluate treatment effectiveness in the articles included in the study was the HB scale (House – Brackmann). The articles tended to study individual treatments, with a tendency to treat immediately. **Conclusion:** Treatment using corticosteroid or acupuncture/electroacupuncture are the most commonly used methods in the treatment of Bell's palsy and bring the highest efficiency (>80% of patients recovered when using corticosteroid treatment, >70% of patients recovered when using electroacupuncture/acupuncture treatment).

Keywords: Bell's palsy, trends in treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt mặt do lạnh có nhiều tên gọi như liệt VII ngoại biên do lạnh, liệt mặt ngoại biên vô căn hoặc liệt Bell, là hiện tượng mất cảm giác và vận động tất cả các cơ ở một bên mặt, bao gồm cả mặt trên và mặt dưới^{1,2}. Liệt mặt do lạnh là một tình trạng phổ biến ảnh hưởng đến nhiều lứa tuổi, với tỷ lệ mắc hàng năm từ 11,5 đến 53,3 trên 100.000 người ở nhiều quần thể³. Tình trạng này chiếm tới 80% các trường hợp liệt mặt ngoại biên⁴. Liệt mặt do lạnh thường xảy ra vào ban đêm, khi bệnh nhân tỉnh dậy với các dấu hiệu như mắt bên liệt không nhắm chặt, lệch nhãn trung về bên đối diện, giảm hoặc mất nếp nhăn trán, rãnh mũi má bên liệt, và các triệu chứng khác như giảm tiết nước mắt và giảm cảm giác ở da vùng ống tai ngoài cũng như giảm vị giác ở 2/3 trước lưỡi bên liệt⁵. Mặc dù không nguy hiểm đến tính mạng, khoảng 20% trường hợp có thể để lại di chứng như liệt cứng cơ mặt, loét giác mạc, và hội chứng nước mắt "cá sấu",

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoptb0024@hmu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024