

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, LOẠI VI KHUẨN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2019-2020

Nguyễn Thanh Nam^{1*}, Nguyễn Thanh Hải²,
Ông Huy Thanh¹, Trần Nguyễn Công Khanh¹

1. Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bsnambm@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là vấn đề y tế rất đáng quan tâm bởi bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, diễn tiến thường nặng, dễ để lại các di chứng và tỷ lệ tử vong cao đứng hàng thứ hai sau hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng; 2) Xác định loại vi khuẩn và tỷ lệ đề kháng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 50 trẻ sơ sinh đủ tháng từ 0-28 ngày tuổi được chẩn đoán nhiễm trùng huyết dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng tại khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 04/2019 đến tháng 05/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng chủ yếu là sốt, co rút lồng ngực, bú kém, chướng bụng, giảm phản xạ tiền phát với tỷ lệ lần lượt là 52,0%, 54,0%, 80,0%, 72,0% và 40,0%. Các đặc điểm cận lâm sàng chính là bạch cầu tăng, Hct, CRP, prolacalcitonin và thâm nhiễm trên Xquang phổi với các tỷ lệ 40%, 56%, 28,9%, 92%, 45,2% và 96,2%. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 36%, trong đó vi khuẩn Gram (-) chiếm 28%, vi khuẩn Gram (+) chiếm 72% (trong đó *Staphylococcus* 72%). Kết quả kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn *Klebsiella* 100% nhạy với Netromycin và Tienam, nhưng lại 100% với kháng Ampicillin và Gentamycin. Đối với vi khuẩn *Staphylococcus*, 100% nhạy với Vancomycin, 83,3% nhạy với Tienam nhưng 58,3% kháng với Cefotaxim, 66,7% với Ceftriaxon, và 75% với Erythromycin. Kháng sinh được điều trị phổ biến nhất là Cefotaxim 86%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh rất đa dạng, cận lâm sàng đặc trưng cho hội chứng đáp

ứng viêm toàn thân. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp với 36%, trong đó vi khuẩn gram (+) chiếm đa số 72%. Vi khuẩn gram (-) nhạy với Tienam, Netromycin, và vi khuẩn gram (+) nhạy với Vancomycin và Tienam.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh, sơ sinh đủ tháng.

ABSTRACT

THE CLINICAL, SUBCLINICAL, BACTERIAL CATEGORIAL CHARACTERISTICS, AND TREATMENT RESULTS ASSESSMENT OF FULL MONTH NEWBORN SEPSIS AT CAN THO CHILDREN HOSPITAL IN 2019-2020

Nguyen Thanh Nam^{1*}, Nguyen Thanh Hai²,
Ong Huy Thanh¹, Tran Nguyen Cong Khanh¹

1. Can Tho Children Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Newborn sepsis is rewarding concerned health issue due to the intricate clinical disease, the progress is often serious, with an easy to leave the sequels and the mortality stands second after the respiratory failure syndrome for infants. **Objectives:** 1) Describe the clinical and subclinical characteristics of sepsis in term infants; 2) Determine bacterial type and antibiotic resistance rates in the treatment of sepsis in term infants at Can Tho Children Hospital in 2019-2020. **Materials and methods:** A cross-sectional study was carried out of 50 the term infants with aged 0-28 days, who were diagnosed of newborn sepsis based on the clinical and subclinical at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of Can Tho Children Hospital from 04/2019 to 05/2020. **Results:** The main clinical characteristics were fever, chest concaveness, poor feeding, bloating, and primary reflex decreased with the rates of 52.0%, 54.0%, 80.0%, 72.0%, and 40.0% respectively. The main subclinical characteristics were leukocytes increased, Hct, CRP, prolacalcitonin, and infiltration on lung X-ray with the rates of 40.0%, 56.0%, 28.9%, 92.0%, 45.2%, and 96.2%. The positive blood culture rate was 36%, in which Gram (-) accounted for 28%, Gram (+) accounted for 72% (of which *Staphylococcus* 72%). Antibiotic results showed that *Klebsiella* bacteria were 100% sensitive to Netromycin and Tienam, but 100% against Ampicillin and Gentamycin. For *Staphylococcus* bacteria, there were 100% sensitive to vancomycin, 83.3% sensitive to Tienam but 58.3% resistant to Cefotaxim, 66.7% to Ceftriaxon, and 75% to Erythromycin. The most commonly treated antibiotic was Cefotaxim 86%. **Conclusions:** the clinical characteristics of newborn sepsis were diversity; the subclinical specialized in the systemic inflammation response syndrome. The rate of positive blood culture was low at 36%, of which Gram (+) bacteria made up of 72%. Gram (-) was sensitive with Tienam, Netromycin, while Gram (+) were sensitive with Vancomycin and Tienam.

Keywords: Infection, sepsis, newborn, the term infant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) là vấn đề y tế rất đáng quan tâm bởi bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, diễn tiến thường nặng, dễ để lại các di chứng và tỷ lệ tử vong cao đứng hàng thứ hai sau hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh [6]. Chính điều này đã thúc đẩy việc xác định các dấu hiệu lâm sàng, huyết học nhằm đưa đến chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết, tạo điều kiện cho việc quyết định điều trị. Hơn nữa, xác định các tác nhân gây bệnh thường gặp và độ nhạy cảm với các kháng sinh thông thường sẽ giúp cho việc quyết định sử dụng kháng sinh điều trị ban đầu khi chưa có kết quả kháng sinh đồ trở nên thuận lợi và chính xác hơn. Xuất phát từ cơ sở trên, chúng tôi tiến hành “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng,

loại vi khuẩn và đánh giá kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020” với các mục tiêu:

(1). Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020.

(2). Xác định loại vi khuẩn và tỷ lệ đề kháng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các trẻ sơ sinh đủ tháng nhập viện điều trị được chẩn đoán NKHSS tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 04/2019 đến tháng 05/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ sơ sinh đủ tháng (có tuổi thai từ 37 đến 42 tuần) từ 0-28 ngày tuổi thỏa 2 tiêu chuẩn sau [6], [7].

Lâm sàng: có ít nhất 2 trong các nhóm triệu chứng: Triệu chứng hô hấp (xanh tím, rên rĩ, rối loạn nhịp thở, thở nhanh > 60 lần/phút + co kéo, ngưng thở > 15 giây), triệu chứng tim mạch (xanh tái, xanh tím và da nổi bông, huyết áp tụt, thời gian đổ đầy mao mạch > 3 giây, tim nhanh > 160 lần/phút), triệu chứng tiêu hóa (bú kém, bỏ bú, nôn ói, tiêu chảy, chướng bụng), triệu chứng thần kinh (tăng trương lực/dễ kích thích, co giật, thóp phồng, giảm trương lực, giảm phản xạ, hôn mê), triệu chứng huyết học (xuất huyết nhiều nơi, tử ban, gan lách to), triệu chứng da niêm (hồng ban, vàng da sớm trước 24 giờ, nốt mụn, phù nề, cứng bì), rối loạn thực thể (đứng cân/sụt cân, rối loạn thân nhiệt).

Cận lâm sàng: có ít nhất 2 trong 5 tiêu chuẩn: bạch cầu < 6.000/mm³ hoặc > 30.000/mm³ (sơ sinh ≤ 24 giờ tuổi), < 5.000/mm³ hoặc > 20.000/mm³ (sơ sinh > 24 giờ tuổi), tiểu cầu: < 150.000/mm³, Phết máu ngoại biên: có ít nhất 1 trong số 3 tiêu chuẩn (bạch cầu non > 10%, có hạt độc, không bào, tỷ lệ Bạch cầu non/Bạch cầu toàn phần ≥ 0,2), CRP: ≥ 10mg/l, PCT: ≥ 2ng/ml.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả trẻ NKHSS nhưng test HIV (+), người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu, chuyển tuyến vì dị tật bẩm sinh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$ với $\alpha=0,05$, thì $Z=1,96$, $d=0,1$, $p = 0,849$ (nghiên cứu

Trần Hận Trường Nhân năm 2017 tỷ lệ điều trị thành công NKHSS là 84,9% [2]). Cỡ mẫu ước tính là 50 bệnh nhi.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện không xác suất

Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của NKHSS. Cây máu làm Kháng sinh đồ tìm loại vi khuẩn gây bệnh, chia nhóm vi khuẩn gram (+) và gram (-), tìm hiểu xem vi khuẩn nhạy và kháng với kháng sinh nào.

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán NKHSS thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được khám, theo dõi hồ sơ bệnh án. Đồng thời phỏng vấn phụ huynh trẻ để ghi vào phiếu thu thập thông tin.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất, tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2019 đến tháng 05/2020 chúng tôi ghi nhận được 50 bệnh nhi NKHSS. Trong đó, nam chiếm 68%, nữ 32% trẻ cư trú tại Cần thơ 30%, ở các tỉnh khác 70%, trung vị độ tuổi nhập viện là 4 ngày (nhỏ nhất 1 ngày, lớn nhất là 28 ngày), tuổi thai trung bình $38,6 \pm 0,9$ tuần. Trong lúc mang thai mẹ khám thai đầy đủ chiếm 94%, mẹ tiêm ngừa đủ chiếm 88%. Có 56% trẻ được sanh thường và 44% là sanh mổ.

3.2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020.

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm triệu chứng toàn thân, hô hấp, tuần hoàn

Triệu chứng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Toàn thân	Sốt	26	52,0
Hô hấp	Thở nhanh	19	38,0
	Co lõm ngực	27	54,0
	Ngưng thở ≥ 15 giây	4	8,0
	Thở rên	1	2,0
	Tím tái	18	36,0
Tuần hoàn	Nhịp tim nhanh	11	22,0
	Nhịp tim chậm	1	2,0
	Đổ đầy mao mạch $>3s$	2	4,0

Nhận xét: kết quả nghiên cứu ghi nhận có 52% trường hợp sốt. Thở nhanh, co lõm ngực là dấu hiệu chủ yếu của nhóm triệu chứng hô hấp với tỷ lệ 38% và 54%. Chỉ 2% bệnh nhi có dấu hiệu nhịp tim chậm.

Bảng 2. Đặc điểm về nhóm triệu chứng thần kinh, tiêu hóa, huyết học và da niêm

Triệu chứng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thần kinh	Co giật	0	0
	Hôn mê	1	2
	Giảm trương lực	7	14
	Giảm phản xạ nguyên phát	20	40
	Tăng trương lực cơ	4	8
Tiêu hóa	Bú kém	40	80
	Bụng chướng	36	72
	Nôn ói	7	14
	Tiêu chảy	12	24
Huyết học	Xuất huyết	3	6
	Gan to	1	2
Da niêm	Vàng da	14	28
	Hồng ban	1	2

Nhận xét: về nhóm triệu chứng thần kinh, dấu hiệu giảm phản xạ nguyên phát chiếm đa số với 40%. Bú kém và bụng chướng là 2 dấu hiệu tiêu hóa thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 80% và 72%. Ngoài ra, hồng ban, gan to chỉ xuất hiện rất ít với tỷ lệ 2%.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh

Bảng 3. Đặc điểm công thức máu.

Công thức máu	Kết quả phân loại			Tổng
	Tăng n (%)	Bình thường n (%)	Giảm n (%)	
Hct	28 (56)	21 (42)	1 (2)	50 (100)
Tiểu cầu	24 (48)	12 (24)	14 (28)	50 (100)
Bạch cầu	20 (40)	29 (58)	1 (2)	50 (100)
Neutrophil	46 (92)	4 (8)	0	50 (100)
Lymphocyte	5 (10)	9 (18)	36 (72)	50 (100)

Nhận xét: kết quả ghi nhận có sự gia tăng đáng kể về Hct và bạch cầu với tỷ lệ 56% và 40%, sự gia tăng bạch cầu chủ yếu là Neutrophil. Tiểu cầu giảm chiếm 28%.

Bảng 4. Đặc điểm sinh hóa máu.

Sinh hóa máu	Kết quả phân loại			Tổng
	Tăng n (%)	Bình thường n (%)	Giảm n (%)	
Glucose	13 (28,9)	23 (51,1)	9 (20)	45 (100)
Bilirubin GT	17 (100)	0	0	17 (100)
Na ⁺	4 (8,5)	35 (74,5)	8 (17)	47 (100)
K ⁺	9 (19,1)	32 (68,1)	6 (12,8)	47 (100)
Cl ⁻	4 (8,9)	35 (77,8)	6 (13,3)	45 (100)
Ca ²⁺	0	0	47 (100)	47 (100)

Nhận xét: đa số các chỉ số ion máu trong giới hạn bình thường, riêng tỷ lệ nồng độ ca²⁺ giảm đạt 100%. Tỷ lệ trẻ có sự thay đổi glucose đạt 48,9%. 100% bilirubin GT được ghi nhận là gia tăng.

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm CRP, PCT, X-quang và cấy máu

Chỉ số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng
CRP	Tăng	46	92	50 (100)
	Bình thường	4	8	
Procalcitonin	Tăng	19	45,2	42 (100)
	Bình thường	23	54,8	
X-quang	Hội chứng phế nang	14	53,8	26 (100)
	Hội chứng kẽ	11	42,3	
	Bình thường	1	3,8	
Cấy máu	Âm tính	32	64	50 (100)
	Dương tính	18	36	

Nhận xét: CRP tăng đạt 92%, 45,2%procalcitonin gia tăng, x-quang có tổn thương phổi chiếm tỷ lệ cao 96,2%. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp chỉ 36%.

3.3. Xác định loại vi khuẩn và tỷ lệ đề kháng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

3.3.1. Loại vi khuẩn gây bệnh

Bảng 6. Loại vi khuẩn gây bệnh (n=18)

Vi khuẩn gây bệnh		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Gram âm	Klebsiella	1	5,6
	Stenotrophomonas	1	5,6
	Salmonella	1	5,6
	sphingomonas	1	5,6
	ochrobactrum	1	5,6
Gram dương	Staphylococcus	13	72
Tổng		18	100

Nhận xét: Trong 18 trẻ cấy máu dương tính, tỷ lệ nhiễm Staphylococcus đạt 72%, 5,6% nhiễm Klebsiella.

3.3.2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh phổ biến của từng loại vi khuẩn

Bảng 7. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh phổ biến của từng loại vi khuẩn

Loại vi khuẩn	Mức độ	Tên kháng sinh
Klebsiella	Nhạy	Netromycin và Tienam 100%
	Kháng	Ampicillin và Gentamycin 100%
Salmonella	Nhạy	Tienam và Netromycin 100%
	Kháng	Ampicillin và Cefotaxim 100%
Staphylococcus	Nhạy	Vancomycin 100%, Tienam 83,3%
	Kháng	Amoxicillin + a.clavulanic 75%, cefotaxim 58,3%, Ceftriaxon 66,7%, Erythromycin 75%

Nhận xét: vi khuẩn gram (-) nhạy Tienam, Netromycin, vi khuẩn gram (+) nhạy Vancomycin.

Bảng 8. Các thuốc kháng sinh sử dụng trong điều trị

Kháng sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Ngày điều trị Trung vị (nhỏ nhất-lớn nhất)
Ampicillin	28	56	2 (1-14)
Cefotaxim	43	86	2 (1-14)
Vancomycin	29	58	19 (1-28)
Ciprofloxacin	19	38	7 (2-14)
Amykacin	22	44	7 (1-11)
Tienam	3	6	14 (14-15)

Nhận xét: kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất trong điều trị là Cefotaxim 86%, tiếp đến Vancomycin 56%. Trung vị ngày điều trị lớn nhất là Vancomycin với 19 ngày.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu ghi nhận trẻ cư trú tại Cần thơ 30%. Trong lúc mang thai mẹ khám thai đầy đủ chiếm 94%, mẹ tiêm ngừa đủ chiếm 88%. Có 56% trẻ được sinh thường và 44% là sinh mổ. tương tự tác giả Trần Hận Trường Nhân [2]. Tỷ lệ giới tính nam 68% cao hơn nữ 32%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Trần Hận Trường Nhân và Nguyễn

Ngọc Vi Thụ tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1,2 và 2 [2], [5]. Sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở nam nhiều hơn nữ theo tác giả Klein J.O là do khả năng tổng hợp globulin miễn dịch chống lại nhiễm khuẩn nằm trên nhiễm sắc thể giới tính X, trẻ nữ có 2 nhiễm sắc thể X do đó khả năng chống lại vi khuẩn cao hơn ở nam [10].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020.

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

Trong nghiên cứu 50 trường hợp NKHSS với triệu chứng sốt có 26 trường hợp. Về triệu chứng hô hấp: thở nhanh 38%, co lõm ngực 54%, tím tái 36%. Đây là những triệu chứng về hô hấp đặc trưng nhất trong mẫu nghiên cứu vì trong các trẻ bị nhiễm trùng huyết thì viêm phổi ở trẻ sơ sinh là một trong những nguyên nhân chính. Triệu chứng tiêu hóa: bú kém và bụng chướng là 2 dấu hiệu thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 80% và 72%, tương tự nghiên cứu Trần Hận Trường Nhân [2]. Điều này cũng dễ hiểu bởi ở trẻ sơ sinh hệ tiêu hóa còn chưa hoàn thiện, đây là yếu tố thuận lợi cho các loại vi khuẩn tấn công. Dấu hiệu tổn thương thần kinh ở trẻ sơ sinh rất khó đánh giá và có nhiều mức độ rối loạn tri giác từ nhẹ như lơ đãng đến nặng hơn là li bì và hôn mê. Trong nghiên cứu ghi có 2% hôn mê, 40% giảm phản xạ nguyên phát. Tương tự Nguyễn Ngọc Vi Thụ tỷ lệ hôn mê, giảm trương lực cơ là 2,8% [5]. Các triệu chứng khác cũng được ghi nhận như sau: vàng da 28%, gan to 2%, xuất huyết 6%, nhịp tim nhanh 22%.

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu có 40% là gia tăng bạch cầu. Trong đó, tăng Neutrophil đạt tới 92%. So với tác giả Trần Hận Trường Nhân thì tỷ lệ tăng bạch cầu là 52,8% cao hơn so với nghiên cứu chúng tôi [2]. Với tác giả Nguyễn Ngọc Vi Thụ tỷ lệ tăng bạch cầu 13,9% lại thấp hơn chúng tôi [5]. Những thay đổi về số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính là chỉ số khách quan phản ánh khả năng đáp ứng của cơ thể đối với tình trạng nhiễm trùng. Có 28% bệnh nhi giảm tiểu cầu, cao hơn nghiên cứu Nguyễn Ngọc Vi Thụ là 19,4%, nhưng thấp hơn Trần Thị Như Thúy tỷ lệ tiểu cầu giảm $<100.000/\text{mm}^3$ là 60,2% [4], [5]. Về chỉ số sinh hóa, có 13% trẻ tăng đường huyết, 17 trường hợp tăng bilirubin GT. Sự thay đổi các ion máu không điều trong nghiên cứu, nồng độ Na^+ phần lớn bình thường 74,5%, 19,1% tăng K^+ , tương tự Trần Hận Trường Nhân có 77% Na^+ là bình thường, 9,4% tăng K^+ [2]. CRP tăng đạt 92%, x-quang có tổn thương phổi chiếm tỷ lệ cao 96,2%.

4.3. Loại vi khuẩn và tỷ lệ đề kháng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020.

4.3.1. Loại vi khuẩn gây bệnh.

Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp chỉ 18/50 trường hợp chiếm 36%, kết quả cao hơn nghiên cứu Nguyễn Thị Kim Nhi với tỷ lệ cấy máu dương tính là 17,5% [3]. Có 13 trường hợp nhiễm Staphylococcus (72%), 28% nhiễm các vi khuẩn gram (-). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Gowda H và Nguyễn Ngọc Vi Thụ, Trương Tùng Linh [1], [5], [9]. Tuy nhiên, lại khác so với nghiên cứu của Trần Hận Trường Nhân khi ghi nhận tác nhân thường gặp gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là vi khuẩn gram (-) [2]. Điều này có thể là do khác biệt về đường xâm nhập của vi khuẩn. Ở nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhiễm trùng đường hô hấp.

4.3.2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh phổ biến của từng loại vi khuẩn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các vi khuẩn gram (-) thường kháng cao với Ampicillin, Cefotaxim và nhạy với Tienam và Netromycin. Kết quả tương tự nghiên cứu của Trần Hận Trường Nhân [2]. Theo tác giả Amutha Chelliah việc sử dụng kháng sinh nhóm β -lactam phổ rộng một cách rộng rãi làm tăng khả năng kháng β -lactam của vi khuẩn gram (-) và làm tăng độ nhạy cảm với Tienam lên 100% [8]. Kháng sinh đồ Staphylococcus nhạy Vancomycin 100%, Tienam 83,3% kháng Erythromycin 75%, Ceftriaxon 66,7%, từ nghiên cứu của Trần Hận Trường Nhân Staphylococcus nhạy Vancomycin 84,2% [2]. Kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất trong điều trị là Cefotaxim 86%, tiếp đến Vancomycin 56% điều này khá phù hợp với kết quả kháng nghiên cứu đa số là vi khuẩn gram (+) và nhạy với Vancomycin 100%.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh rất đa dạng, cận lâm sàng đặc trưng cho hội chứng đáp ứng viêm toàn thân. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp 36%, trong số 18 trẻ cấy máu dương tính thì vi khuẩn gram (+) chiếm đa số 72%. Vi khuẩn gram (-) nhạy với Tienam, Netromycin, vi khuẩn gram (+) nhạy với Vancomycin và Tienam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Tùng Linh (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2013-2014*, Luận án chuyên khoa 2, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
2. Trần Hận Trường Nhân (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016-2017*, Luận án chuyên khoa II, Trường ĐH Y Dược Cần Thơ.
3. Nguyễn Thị Kim Nhi (2011), Khảo sát các yếu tố liên quan đến tử vong trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2, *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, Tập 15, phụ bản số 1, tr 192-199.
4. Trần Thị Như Thúy và cộng sự (2013), Khảo sát giá trị tiên lượng của procalcitonin và lactate máu ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 17 (1), tr. 249-254.
5. Nguyễn Ngọc Vi Thư (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2017-2019*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Nguyễn Đức Toàn (2017), *Nhiễm trùng sơ sinh*, Bài giảng Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Dược Phạm Ngọc Thạch, tr. 102-119.
7. Adrienne G Randolph and Russell J McCulloh (2014), Pediatric sepsis: Important considerations for diagnosing and managing severe infections in infants, children, and adolescents, *Virulence*, 5(1), pp. 179-189.
8. Amutha Chelliah & et al (2014), Isolation of MRSA, ESBL and Amp C- β -lactamases from neonatal sepsis at a tertiary care hospital, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8 (6).
9. Gowda H, Norton R, White A, Kandasamy Y (2017), Late-onset Neonatal Sepsis—A 10-year Review From North Queensland, Australia, *The Pediatric Infectious Diseases Journal*, 36(9), pp. 883-888.
10. Klein J.O (1995), Bacterial sepsis and meningitis, *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*, W.B. Saunder Company, pp, 835-878.

(Ngày nhận bài: 17/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 16/09/2020)