

gia đình có người bị ĐTĐ thể hệ thứ nhất và không có tiền sử với  $p < 0,05$ . Từ kết quả nghiên cứu cho thấy nếu sàng lọc ĐTĐTK ở những thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ thứ nhất thì cơ hội phát hiện bệnh cao hơn ở những thai phụ không có tiền sử. Nhận định của tác giả Tô Thị Minh Nguyệt thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có tiền sử gia đình ĐTĐ và nhóm không có tiền sử với  $p < 0,05$ . Như vậy, tiền sử gia đình có người ĐTĐ thể hệ thứ nhất có thể coi là một yếu tố nguy cơ cao đối với các thai phụ khi mang thai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có tiền sử sinh con  $\geq 3500\text{gr}$  có tỷ lệ mắc ĐTĐTK là 16,7%, cao hơn so với 7% ở nhóm không bị bệnh, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Tô Thị Minh Nguyệt [3] cho thấy không có sự khác biệt giữa tiền sử sinh con  $\geq 4000\text{gr}$  và tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐTK. Tuy nhiên tác giả Tạ Văn Bình [7] thấy tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở những thai phụ đã từng sinh con trong những lần mang thai trước là 7,4% vì số người đã từng sinh con nặng trên 4000gr chỉ chiếm 2,7% và tác giả cho rằng ngưỡng giá trị nguy cơ tiền sử đẻ con trên 4000gr là không phù hợp với người Việt Nam, tác giả lấy ngưỡng so sánh là tiền sử sinh con nặng 3500gr để phân nhóm và so sánh thấy tỷ lệ mắc bệnh ở 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [7]. Thai to cũng là một chỉ định của mổ lấy thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ có tiền sử sinh mổ bị ĐTĐTK chiếm 25%, cao hơn so với 12,7% của nhóm không bị bệnh, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ tiền sử ĐTĐTK ở đối tượng nghiên cứu làm tăng tỷ lệ mắc ĐTĐTK với  $p < 0,05$ . Có 2 thai phụ có tiền sử ĐTĐTK, và cả 2 thai phụ đều được chẩn đoán ĐTĐTK trong lần mang thai này, chiếm 2,8% trong số các thai phụ ĐTĐTK, mỗi liên hệ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhận định của tác giả Trần Đình Vinh cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa

nhóm có tiền sử bị ĐTĐTK ở lần mang thai trước và nhóm không có tiền sử với  $p < 0,05$ .

#### KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTĐTK của các thai phụ mang thai từ 24 – 28 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh là 24%. Các yếu tố được ghi nhận là có liên quan đến tỷ lệ mắc ĐTĐTK: tuổi của mẹ, glucose niệu (+), tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường, tiền sử sinh mổ, bị ĐTĐTK trong lần mang thai trước với  $p < 0,05$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Chi, Trần Đức Thọ, Đỗ Trung Quân, (2000), *Phát hiện tỷ lệ đái tháo đường thai nghén và tìm hiểu các yếu tố liên quan*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. ssociation A.D (2011). Standards of Medical Care in Diabetes -2011. *Diabetes Care*, 33 (Supplement 1), S11 - S61.

3. Tô Thị Minh Nguyệt, Ngô Thị Kim Phụng (2008), *Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan ở những thai phụ nguy cơ cao tại Bệnh viện Từ Dũ*. Tạp chí Tim mạch học.

4. Nguyễn Lê Hương, Đỗ Quang Hà (2014). Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ. *Tạp chí Phụ sản*, 12 (2), 108-111.

5. Nguyễn Thị Mai Phương (2015), *Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2015*. 2016, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

6. Trần Đình Vinh, Trần Thị Quỳnh Mai, Trương Thị Bích Phượng, (2016), *Khảo sát tình hình đái tháo đường trong thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng năm 2016*. 2017. *Tạp chí Phụ sản*, 15 (3), 88-93.

7. Tạ Văn Bình (2006), *Bệnh đái tháo đường - Tăng glucose máu*. 2006, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

## TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI TỪ THÁNG 4/2019 ĐẾN THÁNG 9/2019

NGUYỄN VĂN TÂN,  
VŨ THỊ THU HUYỀN, ĐẶNG THỊ HỒNG THẮNG,  
NGUYỄN THỊ THỦY, NGUYỄN THỊ THANH HÀ

## **TÓM TẮT**

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh cảnh lâm sàng nặng, khó chẩn đoán, điều trị tốn kém và tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh.

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Tân

Email: ngvtan.198@gmail.com

Ngày nhận: 22/9/2020

Ngày phản biện: 03/11/2020

Ngày duyệt bài: 02/12/2020

huyết và khảo sát sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phân lập được.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2019 nhằm khảo sát tình hình vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Kết quả: Sau thời gian nghiên cứu, khảo sát trên tổng số 758 trường hợp, chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm gây ra chiếm 85,3%; Gram dương chiếm 6,7%. Phân lập được một số loại vi khuẩn, trong đó *Klebsiella* 49,33%; *Escherichia coli* 18,67%. Khảo sát tính kháng kháng sinh của vi khuẩn, chúng tôi ghi nhận được: *Klebsiella* kháng tuyệt đối với Ceftriazone, Cefotaxim, kháng trên 60% với các kháng sinh Cefotaxime, Cefepime, Sulphamethoxazone. *Escherichia coli* kháng tuyệt đối với Ampicilin, trên 90% với Cefuroxim, Ceftriazone, Cefotaxim, Levofloxacin. Kết luận: Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm gây ra chiếm 85,3%; Gram dương chiếm 6,7%. Phân lập được một số loại vi khuẩn, trong đó *Klebsiella* 49,33%; *Escherichia coli* 18,67%. *Klebsiella* kháng tuyệt đối với Ceftriazone, Cefotaxim, trên 60% với Cefotaxime, Cefepime, Sulphamethoxazone. *Escherichia coli* kháng tuyệt đối với Ampicilin, trên 90% với Cefuroxim, Ceftriazone, Cefotaxim, Levofloxacin.

**Từ khoá:** nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh, vi khuẩn.

## **SUMMARY**

THE SEPSIS SITUATION IN NEONATAL CARE DEPARTMENT AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL FROM APRIL TO SEPTEMBER 2019

Sepsis is the serious illness, it is very difficult to diagnose. The treatment is expensive and mortality rate is high; especially in neonates.

Objective: Survey producing to determine the ratio of bacteria and assess the level of antibiotic resistance of bacteria isolated.

Subject - Methodology: Cross-sectional descriptive study was carried out from April to September 2019 to survey on the situation causing septicemia of bacilli on the patient in Neonatal Care Department at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Result: Studies carried out on 758 cases, we recorded: the rate of Gram-negative bacilli 85.3%; Gram positive 6.7%. There are some species, including *Klebsiella* 49.33%; *Escherichia coli* 18.67%. Research on extent of antibiotic resistance of bacteria, we recorded: *Klebsiella* absolutely resistance to Ceftriazone, Cefotaxim, resistance over 60% to Cefotaxime, Cefepime, Sulphamethoxazone. *Escherichia coli* absolutely resistance to Ampicilin, resistance over 90% to Cefuroxim, Ceftriazone, Cefotaxim, Levofloxacin.

Conclusion: The rate of Gram-negative bacilli 85.3%; Gram positive 6.7%. There are some species, including *Klebsiella* 49.33%; *Escherichia coli* 18.67%. *Klebsiella* absolutely resistance to Ceftriazone, resistance over 60% to Cefotaxime, Cefepime, Sulphamethoxazone. *Escherichia coli* absolutely resistance to Ampicilin, resistance over 90% to Cefuroxim, Ceftriazone, Cefotaxim, Levofloxacin.

**Keywords:** Sepsis, neonate, bacteria.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, gây ra do vi khuẩn lưu hành trong máu gây ra các triệu chứng lâm sàng đa dạng, suy đa tạng, sốc nhiễm khuẩn với tỉ lệ tử vong cao, trong đó sốc nhiễm khuẩn là biểu hiện nặng của nhiễm khuẩn huyết. Căn nguyên rất đa dạng và tình trạng kháng kháng sinh của chúng đang ngày một gia tăng. Chỉ khi xác định được căn nguyên gây bệnh thì việc sử dụng kháng sinh mới có hiệu quả cao, góp phần cứu sống nhiều ca bệnh hiểm nghèo và giảm tỷ lệ kháng thuốc kháng sinh trong điều trị. Cho đến hiện nay, một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là cấy máu dương tính. Tuy nhiên, do nhiều hạn chế nên tỷ lệ cấy máu dương tính nói chung vẫn

còn thấp so với thực tế. Thêm vào đó, tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn cũng thay đổi theo thời gian và không gian nên gây ra rất nhiều khó khăn cho chẩn đoán và điều trị.

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và khảo sát sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 4/2019 – 9/2019.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các trường hợp sơ sinh được cấy máu tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 4/2019 – 9/2019.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.  
- Đặc điểm xét nghiệm vi sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết

+ Tỷ lệ cấy máu dương tính

+ Căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết

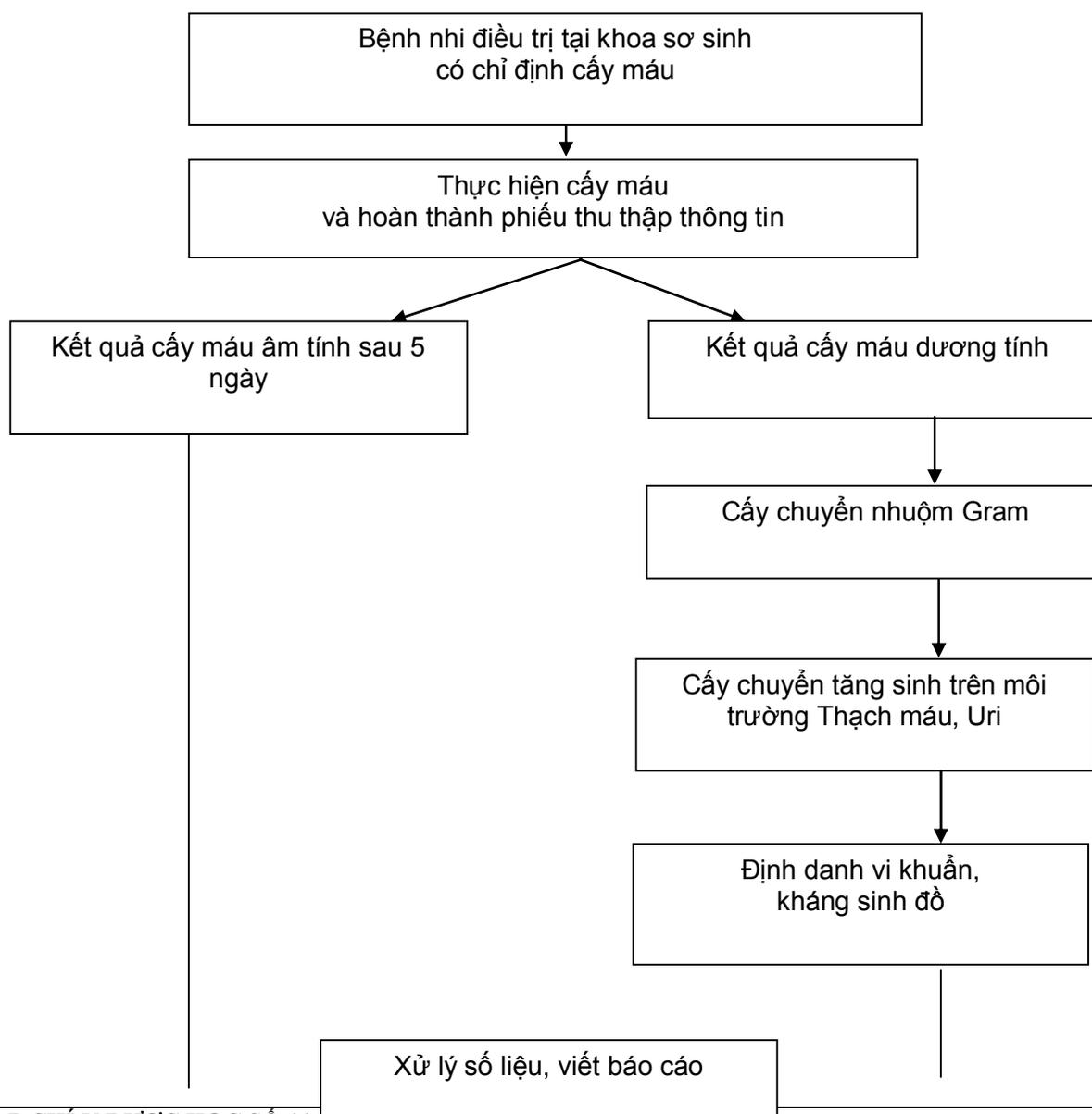
+ Tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn phân lập được

Công cụ nghiên cứu: Máy cấy máu BacT/ALERT 3D 60, định danh và kháng sinh đồ bằng phương pháp thông thường.

Quy trình cấy máu, nuôi cấy, phân lập, định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ theo quy trình của Khoa Vi sinh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

#### Mô hình nghiên cứu



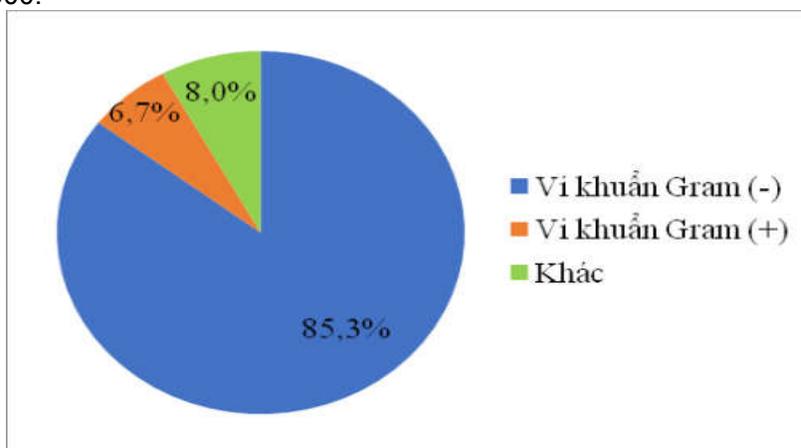
## KẾT QUẢ

Bảng 1: Kết quả cấy máu khoa sơ sinh

	Dương tính	Âm tính	
Tổng N (%)	75 (9,9%)	683 (90,3%)	758 (100%)
Trẻ trai n (%)	51 (11,0%)	411 (89,0%)	p = 0,187
Trẻ gái n (%)	24 (8,10%)	272 (91,9%)	
Tuổi thai			
Non tháng n (%)	66 (14,6%)	387 (85,4%)	p = 0,000
Đủ tháng n (%)	9 (3,0%)	296 (97,0%)	

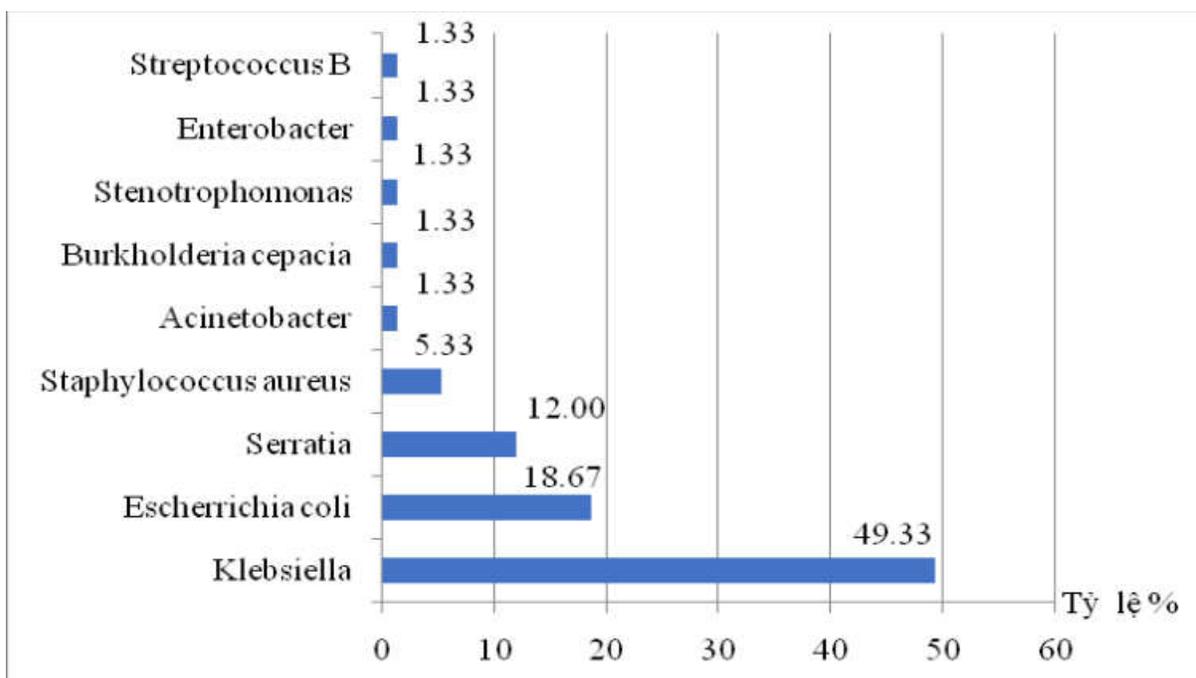
Nhận xét:

- Tỷ lệ cấy máu dương tính theo giới không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .
- Tỷ lệ cấy máu dương tính ở trẻ non tháng (14,6%) nhiều hơn trẻ đủ tháng (3,0%) có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,000$ .



Biểu đồ 1: Tỷ lệ căn nguyên cấy máu dương tính

Nhận xét: Vi khuẩn gram âm chiếm phần lớn tỷ lệ cấy máu dương tính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,000$ .



**Biểu đồ 2: Tỷ lệ căn nguyên vi khuẩn trong nhóm cấy máu dương tính**

Nhận xét: Căn nguyên do vi khuẩn Klebsiella chiếm tỷ lệ lớn (49,33%), tiếp theo đó là Escherichia coli (18,67%) và Serratia (12,0%).

**Bảng 2: Tỷ lệ kháng kháng sinh của Klebsiella**

Loại kháng sinh	Klebsiella (n = 37)			p
	Kháng (%)	Trung gian (%)	Nhạy (%)	
Ceftriazone/ Cefotaxim	100	0	0	0,000
Ceftazidime	91,89	0	8,11	0,000
Cefepime	91,89	5,41	2,70	0,000
Sulphamethoxazone	74,19	0	25,81	0,007
Tobramicin	67,57	21,62	10,81	0,000
Ampicilin + Sulbactam	64,86	27,03	8,11	0,000
Amoxicilin + Acid clavulanic	64,86	21,62	13,52	0,000
Piperacillin tazobactam	48,65	45,95	5,40	0,001
Cefoperazone Sulbactam	48,65	40,55	10,80	0,012
Meropenem	43,24	0	56,76	0,411
Ciprofloxacin	43,24	13,52	43,24	0,038
Chloramphenicol	40,0	0	60,0	0,317
Imipenem	37,84	5,40	56,76	0,001
Levofloxacin	37,84	0	62,16	0,139
Amikacin	32,43	18,92	48,65	0,085
Gentamycin 10	32,43	5,41	62,16	0,000
Fosfomycin	2,86	5,71	91,43	0,000

Nhận xét: Klebsiella kháng tuyệt đối với Ceftriazone, Cefotaxim, kháng trên 60% với các kháng sinh Ceftazidime, Cefepime, Sulphamethoxazone, Tobramicin, Ampicilin + Sulbactam, Amoxicilin + Acid clavulanic.

**Bảng 3: Tỷ lệ kháng kháng sinh của Escherichia coli**

Loại kháng sinh	Escherichia coli (n = 14)			p
	Kháng n (%)	Trung gian n (%)	Nhạy n (%)	

Ampicilin	100	0	0	0,000
Cefuroxim/ Ceftazidime/ Ceftriazone/ Cefepime/ Cefotaxim/ Tobramicin/ Ciprofloxacin/ Levofloxacin	92,86	0	7,14	0,001
Amoxicilin + Acid clavulanic	85,71	0	14,29	0,096
Ampicilin + Sulbactam	78,57	14,29	7,14	0,018
Piperacillin tazobactam	71,43	21,43	7,14	0,264
Meropenem	28,57	14,29	57,14	0,717
Imipenem/ Amikacin	28,57	0	71,43	0,317
Sulphamethoxazole	23,08	0	76,92	0,096
Cefoperazone Sulbactam	21,43	35,71	42,86	0,097
Gentamycin 10	21,43	7,14	71,43	0,018
Chloramphenicol	20	0	80	0,096
Fosfomycin	7,14	0	92,86	0,020

Nhận xét: Escherichia coli kháng tuyệt đối với Ampicilin, trên 90% với Cefuroxim, Ceftazidime, Ceftriazone, Cefepime, Cefotaxim, Tobramicin, Ciprofloxacin, Levofloxacin và trên 70% với các kháng sinh Amoxicilin + Acid clavulanic, Ampicilin + Sulbactam, Piperacillin tazobactam.

#### **BÀN LUẬN**

##### **Tỷ lệ cấy máu dương tính**

Trong các nghiên cứu về nhiễm khuẩn huyết bệnh viện đã được công bố, không chỉ có Việt Nam mà tại Mỹ cũng có sự thay đổi lớn về tỷ lệ mắc do khác biệt giữa các cơ sở y tế và thiết kế nghiên cứu, mô hình bệnh tật, các loại thủ thuật chăm sóc/điều trị, ngày nằm viện trung bình, tình trạng bệnh kèm theo của bệnh nhân.

Trong số 758 ca cấy máu khoa sơ sinh mà chúng tôi thu nhận được từ tháng 4/2019 đến tháng 9/2019 có 75 ca cấy máu dương tính, chiếm tỷ lệ 9,9%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Công Hoa năm 2016 (37%) [1], Phan Thị Hằng 21,6% [2].

Tỷ lệ cấy máu dương tính theo giới ở trẻ trai có nhiều hơn trẻ gái (11.0% so với 8.1%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p=0.187$ ).

Tỷ lệ cấy máu dương tính theo tuổi thai lại có sự chênh lệch rõ. Trẻ đủ tháng chiếm 3.0% trong khi trẻ non tháng chiếm 14.6%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0.000$ . Đây là nhóm bệnh có nguy cơ cao nhiễm khuẩn mắc phải tại bệnh viện do khả năng miễn dịch còn kém, thời gian trẻ phải nằm tại phòng hồi sức tích cực lâu, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch dài ngày, can thiệp nhiều thủ thuật như hồi sức, thở máy xâm nhập, catheter tĩnh mạch.

##### **Căn nguyên và tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn**

Việc định danh vi khuẩn gây bệnh là vấn đề quan trọng nhằm giúp cho bác sĩ có hướng điều trị thông qua kết quả phân loại vi khuẩn, tác nhân gây bệnh và kết quả kháng sinh đồ nên việc lựa chọn kháng sinh điều trị sẽ phù hợp với đặc điểm vi khuẩn đó, giúp việc điều trị sẽ hiệu quả hơn.

Nghiên cứu này ghi nhận trong số 75 ca cấy máu dương tính thì có tới 64 ca do vi khuẩn gram âm (chiếm 85,3%) mà đứng hàng đầu là Klebsiella chiếm 49,33%. Còn lại là rải rác các loại vi khuẩn Escherichia coli (18,67%), Serratia (12,00%), Staphylococcus Aureus (5,33%). Kết quả này gần với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Công Hoa năm 2016 (Klebsiella chiếm 52,9%) [1], phù hợp với nghiên cứu của Trương Thị Sương [3], vi khuẩn gây bệnh chủ yếu trong nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh là vi khuẩn gram âm, trong đó Klebsiella pneumoniae chiếm 66,66%, E.coli chiếm 19,05%. Theo Amita Jain [4] cũng cho kết quả tương tự với vi khuẩn gram âm là 67,7% và thường gặp nhất là Klebsiella.

Tổ chức Y tế thế giới đã đưa ra cảnh báo về cuộc khủng hoảng nhiễm khuẩn trên toàn thế giới. Phải mất 10 năm mới đưa ra thị trường được một loại kháng sinh thế hệ mới, nhưng chỉ vài tháng sử dụng nó đã bị vô hiệu hóa do vi khuẩn kháng thuốc. Nguyên nhân chủ yếu của cuộc khủng hoảng là sử dụng kháng sinh không được kiểm soát và không hợp lý trên toàn cầu. Tại Việt Nam, lạm dụng kháng sinh trong bệnh viện cũng là vấn đề đáng báo động hiện nay. Hầu hết các bệnh viện chưa có bộ phận chuyên trách giám sát. Do vậy các bác sỹ dễ dàng sử dụng kháng sinh phổ rộng trong điều trị bệnh nhân. Việc lạm dụng kháng sinh như vậy dẫn tới áp lực chọn lọc cho đề kháng

kháng sinh, gây gánh nặng kinh tế cho bệnh nhân và bệnh viện [5], [6].

Nghiên cứu của Tiskumara R [7] về nhiễm khuẩn sơ sinh tại tám đơn vị sơ sinh ở các nước Châu Á cho thấy tình trạng kháng kháng sinh ngày càng trầm trọng, trên 50% trực khuẩn gram âm đề kháng với kháng sinh, chỉ 44% nhạy cảm với 2 loại kháng sinh là gentamycine và cephalosporine thế hệ ba. Theo M.Mutlu, tác giả Hong Kong phân tích trong 6 năm, nhận thấy vi khuẩn Gram âm có mức độ kháng kháng sinh khá cao từ 60% đến 90% với các kháng sinh: Ticarcillin/ Clavulanid, Piperacillin/ Tozabactam, Ertapenem, Cefoperazol/ Sulbactam, Cefoxitin, Ciprofloxacin [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự. Klebsiella kháng tuyệt đối với Ceftriazone, Cefotaxim, kháng trên 60% với các kháng sinh Ceftazidime, Cefepime, Sulphamethoxazole, Tobramicin, Ampicilin + Sulbactam, Amoxicilin + Acid clavulanic. Theo Trần Văn Sĩ [9] kháng trên 50%: Ampicilin/ Sulbactam, Cefotaxim, Ceftriazone. Riêng Trimethoprim/ Sulfamethox tới 86,96%. Theo Izeta Softic, Đại học Tuzla, Bosnia và Herzegovina (2010) cho thấy Klebsiella có tỷ lệ kháng với Ampicillin/ Sulbactam: 91%, Gentamycin: 43,6%, Cefotaxin: 53,3%, Imipenem: 2,1%, Trimethoprim/Sulfamethox: 64% [10].

Escherichia coli kháng tuyệt đối với Ampicilin, trên 90% với Cefuroxim, Ceftazidime, Ceftriazone, Cefepime, Cefotaxim, Tobramicin, Ciprofloxacin, Levofloxacin và trên 70% với các kháng sinh Amoxicilin + Acid clavulanic, Ampicilin + Sulbactam, Piperacillin tazobactam. Theo Trần Văn Sĩ [9], E.coli kháng 75,44% với Trimethoprim/Sulfamethox, 71,93% với Cefotaxime và Ceftriazone 68,42%. Đối với Ampicillin/Sulbactam, Cefoxitin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Ticarcillin/Clavulanid, Gentamycin, E. coli kháng với tỷ lệ từ 30% đến 65%. Theo Dilnawaz Shaikh và cộng sự thuộc đại học Handard, Karachi, nghiên cứu năm 2004 thì E. coli có tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao từ 80 đến 100% ở các kháng sinh: Ampicillin/Sulbactam, Cefoxitin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Ticarcillin/Clavulanid, Gentamycin. Từ PR. Bryam, Bệnh viện Kingston cho thấy E.coli kháng Ampicillin/ Sulbactam, Trimethoprim/Sulfamethox với tỷ lệ cao 85% và 100%.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ

tháng 4/2019 đến tháng 9/2019, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn gram âm (85,3%) mà đứng hàng đầu là Klebsiella chiếm 49,33%, các vi khuẩn khác là Escherichia coli (18,67%), Serratia (12,00%), Staphylococcus Aureus (5,33%).

Klebsiella kháng tuyệt đối với Ceftriazone, Cefotaxim, kháng trên 60% với các kháng sinh Ceftazidime, Cefepime, Sulphamethoxazole, Tobramicin, Ampicilin + Sulbactam, Amoxicilin + Acid clavulanic. Escherichia coli kháng tuyệt đối với Ampicilin, trên 90% với Cefuroxim, Ceftazidime, Ceftriazone, Cefepime, Cefotaxim, Tobramicin, Ciprofloxacin, Levofloxacin và trên 70% với các kháng sinh Amoxicilin + Acid clavulanic, Ampicilin + Sulbactam, Piperacillin tazobactam.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Công Hoa** (2016). Tình hình nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện ở trẻ sơ sinh Bệnh viện Trung ương Huế năm 2014. Y học TP Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 20. Số 5.
2. **Phan Thị Hằng, Nguyễn Văn Trương** (2010). Nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Hùng Vương. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Tập 14. Số 3, tr.157-162.
3. **Trương Thị Sương** (2007). Đặc điểm nhiễm khuẩn huyết sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Nhi Quảng Nam. Y học Việt Nam. Số đặc biệt-tháng 3/2007, tr. 276-285.
4. **Amita Jain, Indranil Joy, Mahendra KG, et al** (2003). Prevalence of extended-spectrum  $\beta$ -lactamase-producing Gram-negative bacteria in septicaemic neonates in a tertiary care hospital. Med Microbiol. 5, p.421-425.
5. **Nguyễn Thị Thanh Hà** (2005). "Nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ hiện mắc, yếu tố nguy cơ tại 6 bệnh viện phía Nam". Tạp chí Y học Thực hành. Bộ Y tế, số 518, tr.81.
6. **Trương Anh Thư** (2005). "Đánh giá hiệu quả lâm sàng của hai phương pháp khử khuẩn bàn tay bằng propanol và chlohexidine trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện". Luận văn thạc sĩ y học.
7. **Tiskumara R, Fakharee SH, Liu CQ** (2009). Neonatal infection in Asia, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed; 94 (2):p.144-8.
8. **Mutlu, M.** (2011). Neonatal sepsis caused by GramNegative Bacteria in a Neonatal Intensive care unit: A six years Analysis HK J Pediatr, 16, 253-257.

9. **Trần Văn Sĩ** (2013). Khảo sát tình hình vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Y học thực hành. (857) – số 1.

10. **Softic, I.** (2011). Antimicrobial resistance by bacteria that colonize neonates with suspected sepsis. Paediatrics Today. 7, 96-101.

## NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG KỸ THUẬT TIÊM PHÒNG BÉ KHỚP CÙNG CHẬU BẰNG LIDOCAIN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP CÙNG CHẬU

PHAN THỊ SINH<sup>1</sup>, PHẠM HOÀI THU<sup>1,2</sup>,  
NGUYỄN VĂN HÙNG<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội  
<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội  
<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

### TÓM TẮT

Đau khớp cùng chậu là một trong những nguyên nhân phổ biến gây đau lưng dưới (Low Back Pain - LBP), chiếm tỉ lệ 10%-30%. Đau khớp cùng chậu không chỉ bắt nguồn từ diện khớp mà còn từ dây chằng quanh khớp. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ, Xquang khớp cùng chậu không hữu

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ dương tính với test phong bế khớp cùng chậu bằng Lidocain dưới hướng dẫn siêu âm là 61,9% (13/21 bệnh nhân). Phản ứng không mong muốn có thể gặp là đau tăng sau tiêm, vã mồ hôi.

Kết luận: Có thể áp dụng test tiêm phong bế khớp cùng chậu bằng Lidocain dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán rối loạn chức năng khớp cùng chậu nguyên phát.

**Từ khóa:** Rối loạn chức năng khớp cùng chậu, khớp cùng chậu, test phong bế.

### SUMMARY

Sacroiliac joint pain is considered to be significant problem with a frequent occurrence in patients with low back pain. The prevalence of SI pain varies from 15% to 30% in patient with low back pain. SI pain not only originates from the joint areas but also from the ligament around the joint. The imaging mean as magnetic resonance, and pelvic joint radiograph are not useful in finding lesions and diagnosing. Due to the diagnosis is based on clinical tests and the effect of pain reduction of block test injection into the sacroiliac joint. The research evaluate the efficacy and safety of the ultrasound-guided sacroiliac joint injection by Lidocain in the diagnosis of primary sacroiliac joint dysfunction in Bach Mai hospital.

Subjects and methods of study: Descriptive cross-sectional study on 21 patients (21 joints) who are diagnosed sacroiliac joint dysfunction according to The second IASP (International Association for the Study of Pain) standard, including buttock pain or lower extremity

---

Chịu trách nhiệm: Phạm Hoài Thu  
Email: drthu23@gmail.com  
Ngày nhận: 01/10/2020  
Ngày phản biện: 27/10/2020  
Ngày duyệt bài: 09/11/2020

ích trong việc tìm tổn thương và chẩn đoán. Do đó việc chẩn đoán dựa vào kết quả khám lâm sàng và đánh giá hiệu quả giảm đau khi tiêm thuốc tê vào khớp. Nghiên cứu được thực hiện để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của test tiêm phong bế khớp cùng chậu bằng Lidocain dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán rối loạn chức năng khớp cùng chậu nguyên phát tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 21 bệnh nhân (21 khớp) được chẩn đoán rối loạn chức năng khớp cùng chậu theo tiêu chuẩn International Association for the Study of Pain (IASP) lần thứ 2, tại Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020.