

6. **El Yazidi FE, Boualame A, Akammar S, et al.** Prévalence et caractéristiques de la dysfonction sexuelle chez des patients marocains consultant pour un premier épisode dépressif. *L'Encéphale*. 2019;45(6):501-505. doi:10.1016/j.encep.2019.06.003.

7. **Hamzaoui S, Maamri A, Ouanes S, Meziou O, Zalila H.** Évaluation de la fonction sexuelle chez les femmes consultant pour un premier épisode dépressif majeur. *Sexologies*. 2016;25(4):166-172. doi:10.1016/j.sexol.2016.04.002.

8. **Kontula O, Miettinen A.** Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*. 2016;6(1):31624. doi:10.3402/snp.v6.31624

9. **Serretti A, Chiesa A.** Treatment-Emergent Sexual Dysfunction Related to Antidepressants: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2009;29(3):259-266. doi:10.1097/JCP.0b013e3181a5233f.

10. **Segraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, et al.** Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2000;20(2):122-128. doi:10.1097/00004714-200004000-00002.

11. **Grover S, Shah R, Dutt A, Avasthi A.** Prevalence and pattern of sexual dysfunction in married females receiving antidepressants: An

exploratory study. *J Pharmacol Pharmacother*. 2012;3(3):259. doi:10.4103/0976-500X.99430.

12. **Grover S, Kate N, Mishra E, Avasthi A.** Prevalence and Type of Sexual Dysfunction in Female Patients Receiving Antidepressant Medications. *Journal of Psychosexual Health*. 2020;2(2):158-164. doi:10.1177/2631831820937523.

13. **Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM.** Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*. 1999;56(2-3):201-208. doi:10.1016/S0165-0327(99)00050-6

14. **Montejo-gonzález AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al.** Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1997;23(3):176-194. doi:10.1080/00926239708403923.

15. **Montejo AL, Deakin J, Gaillard R, et al.** Better sexual acceptability of agomelatine (25 and 50 mg) compared to escitalopram (20 mg) in healthy volunteers. A 9-week, placebo-controlled study using the PRSexDQ scale. *J Psychopharmacol*. 2015;29(10):1119-1128. doi:10.1177/0269881115599385.

16. **Clayton A, Keller A, MCGarvey E.** Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs☆. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91(1):27-32. doi:10.1016/j.jad.2005.12.007.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN DO VI KHUẨN GRAM ÂM

NGUYỄN VĂN HƯNG, NGUYỄN BẢO NGỌC,
PHẠM HOÀNG CHUNG, NGUYỄN HỒNG VĨ,
VŨ THÚY MÙI, LÊ THU HÀ, NGUYỄN TRUNG NGHĨA,
NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG
Bệnh viện E

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm do sỏi tiết niệu tại Bệnh viện E (từ 6/2016 - 6/2018).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán là sốc nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ tử vong 65,9%; Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với tiên lượng tử vong

ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm là: Nồng độ PCT ≥ 100 ng/ml với OR = 17,23, 95% CI 1,99-148,92 ($p = 0,003$); Số tạng bị suy giảm chức năng ≥ 3 tạng với OR = 0,25, 95% CI 0,07-0,95 ($p = 0,043$); Điểm SOFA ≥ 9 với OR = 4,2, 95% CI 1,04-17,02 ($p = 0,021$); Điểm APACHE II > 22 với OR = 4,4, 95% CI 1,17-16,82 ($p = 0,013$).

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, Gram âm, tiên lượng tử vong.

SUMMARY

PROGNOSIS MORTALITY FACTORS FOR SEPTIC SHOCK PATIENTS CAUSED BY GRAM-NEGATIVE BACTERIA

Objectives: Understanding some prognosis mortality factors for septic shock patients caused

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Hưng
Email: nguyenvinhhungospe@gmail.com
Ngày nhận: 07/8/2021
Ngày phản biện: 16/9/2021
Ngày duyệt bài: 05/10/2021

by bacterial Gram-negative bacteria in E Hospital (from June 2016 to June 2018).

Subjects and methods: Retrospective and prospective study in 44 patients diagnosed with septic shock caused by Gram-negative bacteria.

Results and conclusions: Mortality rate overall was 65.9%; Statistical significance factors related to prognosis mortality in septic shock patients caused by Gram-negative bacteria, including: PCT concentration $\geq 100\text{ng/ml}$ with OR = 17.23, 95% CI 1.99-148.92 ($p = 0.003$); Number of organs dysfunction ≥ 3 organs with OR = 0.25, 95% CI 0.07-0.95 ($p = 0.043$); SOFA score ≥ 9 with OR = 4.2, 95% CI 1.04-17.02 ($p = 0.021$); APACHE II score > 22 with OR = 4.4, 95% CI 1.17-16.82 ($p = 0.013$).

Keywords: Sepsis, sepsis shock, Gram-negative bacteria, prognosis mortality factors.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là một tình trạng bệnh lý nặng của nhiễm khuẩn huyết, đặc trưng bởi tình trạng suy tuần hoàn cấp làm giảm tưới máu và cung cấp oxy cho mô, mất cân bằng giữa nhu cầu và khả năng cung cấp máu và oxy cho các mô, cơ quan dẫn tới tăng chuyển hóa yếm khí, rối loạn các hằng số nội mô của cơ thể, tỷ lệ tử vong do shock nhiễm khuẩn khoảng 50%^[1].

Tại Mỹ, theo Angus năm 2001 tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn nặng là 26,2% chiếm tỷ lệ 3/1000 dân, trong đó tử vong do shock nhiễm khuẩn chiếm 56%. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Minh Tuấn năm 2006 tại Khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội thì tỷ lệ tử vong của suy đa tạng là 80%; tỷ lệ tử vong có suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn có lọc máu liên tục là 66%^[2].

Sốc nhiễm khuẩn hầu hết do vi khuẩn Gram âm và ngày càng được ghi nhận là nguyên nhân chính. Nhiễm khuẩn huyết có sốc do vi khuẩn Gram âm thường có diễn biến nặng nề và tỷ lệ tử vong cao.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm do sỏi tiết niệu tại Bệnh viện E (từ 6/2016 - 6/2018)".

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

44 bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm khuẩn huyết có sốc do vi khuẩn Gram âm nhập viện và điều trị tại Bệnh viện E.

Thời gian: 01/6/2016 - 30/6/2018.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 18 .
- Các bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (theo Sepsis 3)^[3].
- Cây máu: Dương tính với vi khuẩn Gram âm.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sốc do nguyên nhân khác.
- Cây máu: Dương tính với 2 căn nguyên vi khuẩn trở lên, không đồng nhất là Gram âm.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả có phân tích, chia bệnh nhân thành 2 nhóm (nhóm khỏi và nhóm tử vong) và so sánh qua một số chỉ tiêu (tuổi, nồng độ PCT, số tạng suy, điểm SOFA, điểm APACHE II).

Tất cả những bệnh nhân nghiên cứu đều được đăng ký theo một mẫu biểu thống nhất. Thu thập thông tin theo bệnh án mẫu, tính các bảng thang điểm như APACHE, SOFA,...

Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn do vi khuẩn điều trị Gram âm

Bảng 1. Kết quả điều trị

Kết quả	Số bệnh nhân (n = 44)	Tỷ lệ %
Nặng xin về, tử vong	29	65,9
Khỏi	15	34,1

Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị khỏi chiếm 34,1%, nặng xin về hoặc tử vong chiếm 65,9%. Tỷ lệ bệnh nhân của chúng tôi ngoài những bệnh nhân tử vong tại viện có cả những bệnh nhân nặng được gia đình xin về, đây chính là những bệnh nhân nặng không có khả năng tiến triển trong điều trị.

Tỷ lệ tử vong trong sốc nhiễm khuẩn theo các nghiên cứu trong nước và trên thế giới khác nhau nhưng nhìn chung là vẫn còn cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Đinh Hà Giang 32,1%, Lê Thị Diễm Tuyết là 42,2%, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Nam là 66,6%, Hoàng Văn Quan 63,3%^[4].

2. Một số yếu tố tiên lượng

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi và tỷ lệ tử vong

Tuổi	Khỏi (n=15)		Tử vong (n=29)		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
≤ 60	6	40,0	10	34,5	0,68	1,27 (0,35-4,58)
> 60	9	60,0	19	65,5		

Nhóm bệnh nhân > 60 tuổi có kết quả điều trị tử vong là 65,5% cao hơn nhóm khỏi là 60,0%,

sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,5$.

Bệnh nhân > 60 tuổi là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong do giảm khả năng sức đề kháng của cơ thể với các tình trạng nhiễm khuẩn; nhưng không phải là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập^[5].

Bảng 3. Liên quan giữa PCT và tỷ lệ tử vong

PCT (ng/ml)	Khỏi (n=15)		Tử vong (n=29)		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
<100	14	93,3	13	44,8	0,003	17,23 (1,99-148,92)
≥ 100	1	6,7	16	55,2		

PCT là một marker đáng tin cậy để chẩn đoán nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn toàn thân và dựa vào đó có thể phân biệt được các mức độ nhiễm khuẩn, đồng thời sử dụng động học của PCT kết hợp với các dữ liệu lâm sàng là phương tiện theo dõi diễn biến của liệu pháp sử dụng kháng sinh và hiệu quả điều trị. Giá trị bình thường: PCT < 0,05 ng/ml. Khi giá trị PCT 2,0-10 (ng/ml): Đáp ứng viêm hệ thống nghiêm trọng (SIRS), nguyên nhân bởi nhiễm khuẩn hệ thống và nhiễm khuẩn nặng. Khi giá trị PCT >10 ng/ml: Đáp ứng viêm hệ thống nặng do nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn^[6].

Nhóm bệnh nhân PCT ≥ 100 ng/ml có kết quả điều trị tử vong là 55,2% cao hơn nhóm khỏi là 6,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR=17,23, 95% CI 1,99-148,92 ($p < 0,01$). Khi nồng độ PCT ≥ 10 ng/ml thường đi kèm với tình trạng sốc nhiễm khuẩn^[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân có PCT ≥ 100 ng/ml thì 16/17 ca tử vong.

Liên quan giữa số tạng suy và tỷ lệ tử vong:

Nhóm bệnh nhân số tạng suy ≥3 có kết quả điều trị tử vong là 72,4% cao hơn nhóm khỏi là 40,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và OR = 0,25.

Mặc dù đã có sự cải tiến về phương pháp điều trị nhưng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có sốc còn khá cao. Tỷ lệ tử vong có liên quan đến mức độ nặng của bệnh, số tạng suy và mức độ tạng suy. Theo tác giả Marshall, nghiên cứu nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn hoặc không nhiễm khuẩn thấy rằng tỷ lệ tử vong liên quan đến số tạng suy và mất chức năng bất kỳ tạng nào, tử vong khi suy 1 tạng là 6,8%, khi suy 2 tạng là 26,2%, 3 tạng là 48,5%, 4 tạng là 68,8%, 5 tạng là 83,3%^[7].

Bảng 5. Liên quan giữa điểm SOFA, APACHE II và tỷ lệ tử vong

Điểm	Khỏi (n=15)		Tử vong (n=29)		P	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
SOFA ≥9	8	53,5	24	82,8	0,021	4,2 (1,04-17,02)
APACHE II >22	5	33,3	20	69,0	0,013	4,4 (1,17-16,82)

Điểm SOFA càng cao thì mất chức năng tạng càng nhiều và mức độ tổn thương tạng càng nặng. Nhóm bệnh nhân điểm SOFA ≥ 9 có kết quả điều trị tử vong là 82,8% cao hơn nhóm khỏi là 53,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và OR = 4,2.

Điểm APACHE II đánh giá tổn thương cấp tính các tạng. Nhóm bệnh nhân điểm APACHE II > 22 có kết quả điều trị tử vong là 69,0% cao hơn nhóm khỏi là 33,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và OR = 4,4.

Phù hợp với kết quả của Hoàng Văn Quang: điểm APACHE II >22 là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập^[4], của Elizabeth^[5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 44 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện E từ tháng 6/2016 đến 6/2018, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu (tử vong tại viện và nặng, xin về không còn khả năng điều trị) là 65,9%.

Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm, cụ thể:

- Nồng độ PCT ≥ 100ng/ml với OR = 17,23, 95% CI 1,99-148,92 ($p = 0,003$);
- Số tạng bị suy giảm chức năng ≥ 3 tạng với OR = 0,25, 95% CI 0,07-0,95 ($p = 0,043$);
- Điểm SOFA ≥ 9 với OR = 4,2, 95% CI 1,04-17,02 ($p = 0,021$);
- Điểm APACHE II > 22 với OR = 4,4, 95% CI 1,17-16,82 ($p = 0,013$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Annane D., Sébille V., Charpentier C., et al. (2002). Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. *Jama*, 288 (7), 862 - 871.
2. Trần Minh Tuấn (2006). Nghiên cứu tình trạng suy đa tạng tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
3. Singer M., Deutschman C. S., Seymour C. W., et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*, 315 (8), 801 - 810.
4. Hoàng Văn Quang (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở

bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

5. **Bilevicius E., Dragosavac D., Dragosavac S., et al.** (2001). Multiple organ failure in septic patients. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 5 (3), 103 - 110.

6. **Vijayan A. L., Vanimaya, Ravindran S., et al.** (2017). Procalcitonin: a promising diagnostic

marker for sepsis and antibiotic therapy. *Journal of intensive care*, 5, 51 - 51.

7. **Marshall J. C., Cook D. J., Christou N. V., et al.** (2012). Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Critical care medicine*, 23 (10), 1638 - 1652.

TỔNG QUAN VỀ NGHE KÉM TRONG BỆNH TY THỂ

NGUYỄN KHẮC TRƯỜNG¹, NGUYỄN TUYẾT XƯƠNG¹,
PHÍ THỊ QUỲNH ANH¹, NGUYỄN XUÂN NAM¹, ĐỖ HỒNG ĐIẾP¹,
NGUYỄN PHƯƠNG DUNG¹, TRỊNH DUY NIN¹, NGUYỄN THỊ ÁNH HỒNG¹,
VŨ NGỌC QUỲ¹, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO²

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Ty thể là nhà máy năng lượng cho cơ thể chúng ta. Mỗi một tế bào có khoảng vài nghìn ty thể. Nhiệm vụ của nhà máy này là thực hiện quá trình hô hấp tế bào để chuyển hóa các chất từ thức ăn đã hấp thụ thành nguồn năng lượng. Nghiên cứu về bệnh ty thể đã được thực hiện từ những năm 1960 của thế kỷ trước, 1965 - 1971 Petra Kaufmann và cộng sự đã nghiên cứu thuần tập 35 gia đình có di truyền theo mẹ trong hội chứng MELAS. Năm 2015 M Magner và cộng sự có nghiên cứu lâm sàng về đột biến Ty thể. Năm 2014, Ninh Thị Ứng (Bệnh viện Nhi Trung ương) có báo cáo về thoái hóa thần kinh trên bệnh Ty thể. Tỷ lệ mắc bệnh Ty thể khoảng 1/5000 người. Bệnh có thể xuất hiện ngay sau khi sinh hoặc phát triển sau này. Bệnh Ty thể chủ yếu ảnh hưởng đến não, mắt, thận, tim, cơ... và đặc biệt nghe kém xuất hiện ở hầu hết các bệnh Ty thể. Ty thể là bệnh di truyền theo mẹ, nghe kém do bệnh Ty thể có thể điều trị được bằng cấy ốc tai điện tử.

Từ khóa: Hearingloss, Mitochondrial, bệnh Ty thể...

SUMMARY

OVERVIEW ABOUT HEARING LOSS IN MITOCHONDRIAL

Hearing impairment is common in patients with mitochondrial disorders, affecting over half of all cases at some time in the course of the

disease. In some patients, deafness is only part of a multisystem disorder. Although approximately 1 in 500 children are born with impaired hearing, sudden or progressive forms of hearing loss can manifest at any age. Hearing impairment following cochlear damage due to noise trauma, ototoxicity or age-related cochlear degeneration was linked to a common pathogenesis involving the formation of reactive oxygen species. We reported also a case of MELAS patient with sensorineural hearing ss, in which cochlear implantation greatly contributed to the patient's quality of life.

Keywords: Hearingloss, Mitochondrial.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh về ty thể là những rối loạn do suy giảm chức năng của chuỗi hô hấp trong ty thể. Lỗi di truyền có thể ảnh hưởng đến cả DNA ty thể (mtDNA) và DNA hạt nhân (nDNA) [1].

Ty thể có hệ DNA riêng (mtDNA) khác biệt với hệ DNA nằm trong nhân tế bào (DNA cá thể). mtDNA ở người là DNA vòng, mạch đôi dài 16.6kb và mã hóa cho 13 loại protein (là các đơn vị tham gia vào chuỗi hô hấp).

Đột biến MtDNA được phân loại là do sự mất đoạn hoặc lặp đoạn hoặc là đột biến lẻ tẻ, hoặc đột biến điểm và được di truyền từ mẹ có liên quan đến các gen chịu trách nhiệm tổng hợp protein (rRNA hoặc tRNA) [2]. Sự biểu hiện kiểu hình của đột biến mtDNA phụ thuộc vào gen bị ảnh hưởng, sự phân bố mô của nó và sự phụ thuộc khác nhau của các cơ quan và mô khác nhau tùy vào nguồn cung cấp năng lượng của ty thể. Có thể ảnh hưởng đến thị giác, thính giác, tim, hệ thần kinh trung ương (CNS), và cơ xương là những mô thường gặp.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Trường

Email: bskhactruongbvnhitw@gmail.com

Ngày nhận: 13/9/2021

Ngày phản biện: 26/10/2021

Ngày duyệt bài: 11/11/2021