

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG VÙNG ĐẦU - MẶT - CỔ Ở TRẺ EM DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT - BỆNH VIỆN NHỊ TRUNG ƯƠNG

Đỗ Văn Cẩn<sup>1</sup>, Đặng Triệu Hùng<sup>2</sup>, Hoàng Thị Bích Ngọc<sup>1</sup>, Trịnh Đỗ Văn Ngà<sup>1</sup>,  
Nguyễn Mai Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hạnh<sup>1</sup>, Phạm Quốc Khánh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ do tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus* – *S. aureus*) và đánh giá kết quả điều trị theo kháng sinh đồ ở các bệnh nhi điều trị nội trú tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi trung ương.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 72 ca nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ do *S. aureus*, tuổi từ 01 tháng tuổi đến 60 tháng tuổi điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Nhi Trung ương.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 72 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ có kết quả cấy nguyên vi khuẩn là *S. aureus*: 64 bệnh nhân do tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA) và 8 bệnh nhân do tụ cầu vàng nhạy với methicillin (MSSA). Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ dưới 24 tháng tuổi chiếm 81,9%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu bao gồm sốt (77,8%) kèm theo biểu hiện tại chỗ: sưng (100%), nóng (66,7%), đỏ (51,4%), chảy mủ (11,1%), chèn ép (16,7%), chảy mủ (11,1%) và có ngòi (9,7%). Vị trí tổn thương thường gặp nhất là vùng dưới hàm (30%), cổ bên (17%), mang tai (13%). Đặc điểm cận lâm sàng nổi bật là tăng số lượng bạch cầu  $19,54 \pm 4,83$  (10<sup>9</sup>/L), chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính, và chỉ số CRP tăng cao  $58,15 \pm 26,33$ . Phương pháp điều trị bao gồm: nội khoa kết hợp chọc hút mủ ở 48/72 bệnh nhân (66,7%), nội khoa kết hợp phẫu thuật rạch dẫn lưu mủ ở 16/72 bệnh nhân (22,2%) và chỉ điều trị nội khoa theo kháng sinh đồ cho 8/72 bệnh nhân (11,1%). Kháng sinh được lựa chọn theo kháng sinh đồ là Vancomycin cho nhóm căn nguyên MRSA và Oxacillin cho nhóm MSSA. Thời gian điều trị trung bình là  $10,83 \pm 2,90$  ngày.

**Kết luận:** Tụ cầu vàng, đặc biệt là tụ cầu vàng kháng methicillin là căn nguyên thường gặp trong các nhiễm trùng phần mềm đầu mặt cổ trẻ em. Tỷ lệ nhiễm *S. aureus* tập trung chủ yếu ở trẻ dưới 2 tuổi, trong đó MRSA chiếm tỷ lệ lớn (88,9%). Kháng thuốc đối với nhóm MRSA là rất cao, tuy nhiên 100% các trường hợp nhạy với Vancomycin.

**Từ khóa:** nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ, tụ cầu vàng-MRSA

## CLINICAL, SUBCLINICAL, EVALUATE TREATMENT OUTCOME OF PEDIATRIC IN PATIENTS HEAD, FACE AND NECK INFECTIONS CAUSED BY STAPHYLOCOCCUS AUREUS IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY DEPARTMENT, VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Objectives:** 1) Describe clinical features, blood tests and ultrasound images and evaluate treatment outcome of pediatric in-patients head, face and neck infections caused

Nhận bài: 17-3-2023; Chấp nhận: 19-4-2023

Người chịu trách nhiệm: Đỗ Văn Cẩn

Email: dovancan@nch.gov.vn

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

by *Staphylococcus aureus* in Oral and Maxillofacial Surgery Department, Vietnam National Children's Hospital.

**Methods:** A cross-sectional study on 72 patients, from 1 month to 60 years old, divided into two groups: MRSA and MSSA. The patients were examined, collect blood samples, ultrasound images and culture. Antibiotic treatment based on microbial sensitivity test. The patient were re-evaluated when treatment accomplished.

**Results:** Study includes: 64 MRSA skin - soft tissue infection patients and 8 MSSA cases. Dominant clinical features included fever (77,8%), swelling (100%), local temperature rising (66,7%), pus draining (11,1%). The most common lesion were sub-mandibula region (30%), lateral neck (17%), parotid region (13%). Blood tests characterized by high WBC  $19,54 \pm 4,83$  (109/L), due to Neutrophile increasing and CRP reached  $58,15 \pm 26,33$ . Treatment included solely antibiotics (8/72 patients) or in combination with surgical procedures in or drainage with no.18 needle in 16/72 cases (22,2%). Vancomycin and Oxacillin were the chosen medication for MRSA and MSSA respectively. The average time of treatment was  $10,83 \pm 2,90$  days.

**Conclusion:** In pediatric head and neck infections, *Staphylococcus aureus* is one of the most common bacterial agents, among those MRSA accounts for the dominant ratio of in-patients. Treatment may vary from solely antibiotics to combine with surgical procedures if there is evidence of pus accumulation. Vancomycin and Oxacillin are shown to be effective in pediatric head and neck infections cause by MRSA and MSSA, respectively.

**Keywords:** head and neck infections, Methicillin resistance *Staphylococcus aureus*-MRSA.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụ cầu vàng - *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) được phân lập vào năm 1880 ở Aberdeen Vương quốc Anh bởi nhà phẫu thuật Alexander Ogston và đến nay đây là một trong những căn nguyên gây nhiễm trùng cộng đồng và nhiễm trùng bệnh viện. Ở nhiều nước trên thế giới, *S. aureus* không chỉ là nguyên nhân phổ biến nhất gây nên các nhiễm trùng da và mô mềm mà còn là căn nguyên của nhiều nhiễm trùng nặng toàn thân, bao gồm: nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi hoại tử, viêm cân mạc hoại tử, viêm nội tâm mạc và các nhiễm khuẩn nặng khác [1]3 *S. aureus* có nhiều yếu tố độc lực, mức đề kháng kháng sinh cao và mang nhiều gen kháng nhiều loại kháng sinh khác nhau khiến cho việc điều trị các nhiễm trùng do *S. aureus* gặp nhiều thách thức bởi tình trạng kháng thuốc, đặc biệt là các chủng *S. aureus* kháng Methicillin (Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* – MRSA). Trẻ em là đối tượng dễ bị các bệnh nhiễm trùng mắc phải, đặc biệt là các nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ

và có nguy cơ lây nhiễm MRSA ngày càng cao, cùng với sự gia tăng của hiện tượng kháng kháng sinh và tỷ lệ nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ do MRSA ngày càng cao trên thế giới [2]. Theo nghiên cứu của Bradford và cộng sự năm 2017 nhận thấy có 62,2% các trường hợp bị áp xe vùng đầu mặt cổ có độ tuổi dưới 2 tuổi [3].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Nhi Trung ương với chẩn đoán viêm nhiễm vùng đầu mặt cổ, nuôi cấy vi khuẩn xác định được *S. aureus* và có kết quả kháng sinh đồ.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được khám lâm sàng có các khối viêm, áp xe vùng đầu mặt cổ
- Siêu âm có hình ảnh tổ chức viêm hoặc ổ áp xe vùng đầu mặt cổ
- Cấy mủ hoặc cấy máu dương tính với *S. aureus*

*Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân đã được chẩn đoán các tình trạng nhiễm trùng cấp hoặc mạn tính khác kèm theo như lao hạch, phản ứng hạch vùng cổ ở bệnh nhân ung thư...

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.3. Phương pháp chọn cỡ mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện.

**2.4. Phương pháp thu thập số liệu**

- Thu thập số liệu dựa vào thăm khám lâm sàng, các kết quả được ghi vào bệnh án nghiên cứu.

- Quy trình thực hiện

*Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu*

Các đối tượng đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn được lập hồ sơ theo dõi.

*Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám đánh giá tổn thương*

Các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng được ghi vào bệnh án nghiên cứu

*Bước 3: Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng*

- Lấy máu xét nghiệm công thức máu, CRP, đông máu cơ bản.

- Siêu âm vùng viêm nhiễm

- Cấy máu trong trường hợp nghi ngờ có nhiễm khuẩn huyết.

*Bước 4: Lấy bệnh phẩm nuôi cấy vi khuẩn*

- Chọc hút với các tổn thương ở sâu hoặc chưa hóa mủ hoàn toàn

- Phẫu thuật chích và dẫn lưu mủ khi có ổ áp xe.

- Dùng tăm bông quét dịch, mủ khi ổ áp xe đã vỡ

- Lấy máu cấy trong cơn sốt khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn huyết

- Mẫu bệnh phẩm được đưa về khoa vi sinh trong vòng 15 phút

*Bước 5: Điều trị nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ*

- Bệnh nhân được điều trị kháng sinh ban đầu với nhóm  $\beta$ -lactam

- Điều trị theo kháng sinh đồ khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn

*Bước 6: Theo dõi bệnh nhân*

- Bệnh nhân được theo dõi các dấu hiệu lâm sàng trong thời gian điều trị nội trú.

- Bệnh nhân được lấy máu, đánh giá lại công thức máu, CRP, Siêu âm trước khi ra viện.

- Diễn biến trong quá trình điều trị được ghi vào bệnh án nghiên cứu

**2.5. Các khái niệm dùng trong nghiên cứu**

- MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus) : khi kết quả kháng sinh đồ là *S. aureus* kháng với Oxacilin hoặc Cefoxitin.

- MSSA (Methicillin Sensitive Staphylococcus aureus): khi kết quả kháng sinh đồ là *S. aureus* nhạy với Oxacilin hoặc Cefoxitin.

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả 72 bệnh nhân nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ điều trị nội trú tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi Trung ương. Trong đó, 64 bệnh nhân có căn nguyên MRSA và 8 bệnh nhân do MSSA.

**Bảng 1.** Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi (tháng)	Chung (n = 72)	Nhóm căn nguyên MRSA (n = 64)	Nhóm căn nguyên MSSA (n = 8)
0 - <12	44 (61%)	53	11
12 - <24	15 (20,8%)	82,8%	17,2%
24 - <36	6 (8,3%)	6	2
36 - <48	5 (6,9%)	75,0%	25,0%
48-60	2 (2,8%)		

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 9,0 tháng, khoảng tin cậy 95% (10,56 – 17,39) tháng. Trong tổng số 72 đối tượng nghiên cứu, có 44 trường hợp (61,1%) dưới 12 tháng tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ dưới 24 tháng tuổi chiếm 81,9%, cao hơn ở nhóm từ 24 tháng tuổi trở lên (18,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Vị trí tổn thương hay gặp nhất là vùng dưới hàm: 30 trường hợp (41,7%), tiếp đến là vùng cổ bên 23,6%, vùng mang tai 18,1%, vùng môi má 7 trường hợp (9,7%), vùng dưới cằm và da đầu chỉ chiếm dưới 5%.

- Trong 72 đối tượng nghiên cứu, có 50 trường hợp khối nằm sâu dưới da, chiếm 69,4%, vị trí tổn thương nằm nông dưới da hoặc ngoài da 22 trường hợp chiếm 30,6%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,001$ )

- Sưng tại chỗ là dấu hiệu điển hình ở tất cả các trường hợp, sưng có thể khởi phát đơn thuần hoặc kèm theo sốt. Dấu hiệu nóng và đỏ chiếm 66,7% và 51,4%, không điển hình với các ổ nhiễm trùng ở sâu. Chảy mủ chiếm 11,1%. 16,7% có dấu hiệu chèn ép ảnh hưởng đến chức năng như: cản trở thông khí nhẹ, trẻ phải nghiêng đầu sang bên đối diện, không có trường hợp nào gây suy hô hấp do chèn ép. Dấu hiệu nhọt có ngòi chiếm 9,7%.

### 3.3. Cận lâm sàng

- Số lượng bạch cầu trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là:  $19,54 \pm 4,83$  (109/L).

- Chỉ số CRP trung bình cũng tăng cao ở các đối tượng nghiên cứu ( $58,15 \pm 26,33$ )

**Bảng 2.** Phân nhóm *S. aureus* theo kháng sinh đồ

	n	Tỷ lệ %
MRSA	64	88,9
MSSA	8	11,1
Tổng số	72	100%

- Trong 72 bệnh nhân có kết quả nuôi cấy dương tính với *S. aureus*, *S. aureus* kháng Methicillin (MRSA) chiếm 88,9%, *S. aureus* nhạy với Methicillin (MSSA) chiếm 11,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả kháng sinh đồ nhận thấy, vi khuẩn MRSA kháng hầu hết các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy với một số kháng sinh: Gentamicin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Vancomycin, Trimethoprim/ Sulfamethoxazol. 100% các trường hợp kháng với Clindamycin.

Trong tổng số 8 trường hợp MSSA, thì kết quả kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn MSSA còn nhạy với đa số các dòng kháng sinh.

### 3.4. Kết quả điều trị

100% các trường hợp điều trị khỏi khi ra viện, không có trường hợp nào diễn biến nặng hơn.

Bệnh nhân thường hết sốt sau 2 đến 3 ngày điều trị theo kháng sinh đồ. Trong tổng số 44 bệnh nhân sốt khi nhập viện, có 10 bệnh nhân hết sốt sau 1 ngày điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, 24 trường hợp hết sốt sau 2 ngày, 9 trường hợp hết sốt sau 3 ngày, 1 trường hợp hết sốt sau 5 ngày điều trị.

#### 3.4.1. Phương pháp điều trị

- Trong 72 bệnh nhân, 48 trường hợp (66,7%) được điều trị bằng phương pháp chọc hút mủ bằng kim số 18, 16 trường hợp (22,2%) can thiệp phẫu thuật để dẫn lưu mủ. Chỉ có 8 trường hợp (11,1%) là điều trị bằng kháng sinh đơn thuần theo kháng sinh đồ

- Ở 64 trường hợp nhiễm MRSA thì phương pháp điều trị phổ biến nhất là nội khoa kết hợp chọc hút mủ bằng kim 18 (62,5%). Phẫu thuật chiếm 25,0%. Điều trị nội khoa đơn thuần theo kháng sinh đồ chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%)

- Trong nhóm MSSA thì 100% các trường hợp điều trị theo kháng sinh đồ kết hợp với chọc hút dẫn lưu mủ bằng kim to (kim 18).

#### 3.4.2. Kháng sinh sử dụng

- Kháng sinh được lựa chọn theo kháng sinh đồ đối với nhóm MRSA là Vancomycin

- Kháng sinh được lựa chọn theo kháng sinh đồ đối với nhóm MSSA là Oxacilin. Có 2 trường hợp MSSA sử dụng Vancomycin từ khi nhập viện ở bệnh nhân sốt cao, nghi ngờ nhiễm MRSA.

- Trong tổng số 66 trường hợp sử dụng Vancomycin 4 trường hợp có biểu hiện của hội chứng Redman chiếm tỷ lệ 6.1%.

### 3.4.3. Thời gian điều trị

- Số ngày điều trị trung bình của các đối tượng nghiên cứu:  $10,83 \pm 2,90$  ngày, ít nhất là 5 ngày, nhiều nhất là 21 ngày.

- Số ngày điều trị trung bình của nhóm MRSA ( $11,25 \pm 2,76$ ) lớn hơn số ngày điều trị trung bình của nhóm MSSA ( $7,50 \pm 1,60$ ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với  $P < 0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 9,0 tháng, khoảng tin cậy 95% ( $10,56 - 17,39$ ) tháng. Trong đó, trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất – 44 trường hợp (611%). Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ dưới 24 tháng tuổi chiếm 81,9%, cao hơn nhóm từ 24 tháng tuổi trở lên, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Duggal và cộng sự (2011): những bệnh nhân dưới 16 tháng tuổi có nguy cơ bị áp xe vùng đầu mặt cổ dương tính *S. aureus* cao gấp 10 lần so với các mầm bệnh khác [3]26.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Về vị trí tổn thương: hay gặp nhất là vùng dưới hàm (30 trường hợp, 41,7%), tiếp đến là vùng cổ bên 23,6%, vùng mang tai 18,1%. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Bradford và cộng sự (2017), vị trí áp xe hay gặp nhất là vùng cổ trước bên và dưới hàm. Sự tập trung nhiều ở vùng cổ và dưới hàm có thể liên quan tới sự phân bố các nhóm hạch vùng đầu mặt cổ [4].

Đặc điểm tổn thương: Trong 72 đối tượng nghiên cứu, có 50 trường hợp khối nằm sâu dưới da (69,4%), vị trí tổn thương nằm nông ngoài da ở 22 trường hợp (30,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ( $p = 0,001$ ). Các khối nằm ở vùng ở sâu vùng cổ hoặc vùng góc hàm không có các dấu hiệu đặc trưng của khối áp xe là sưng nóng đỏ đau, ở trẻ em các khối nằm ở sâu chỉ phát hiện bằng siêu âm, phối hợp với chọc hút thăm dò. Sưng là dấu hiệu điển hình ở tất cả các trường hợp, sưng đơn thuần hoặc kèm theo sốt. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Huang và cộng sự (2017)

biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là khối sưng chiếm 82,7% [5].

### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong 72 trường hợp nghiên cứu dương tính với *S. aureus*, *S. aureus* kháng Methicillin (MRSA) chiếm 88,9%, *S. aureus* nhạy với Methicillin (MSSA) chiếm 11,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả, tuy nhiên có sự chênh lệch độ tuổi hoặc vùng địa lý cũng ảnh hưởng tới tỷ lệ nhiễm MRSA. Theo Bradford và cộng sự, trong tổng số 272 trẻ dưới 18 tuổi có áp xe vùng đầu mặt cổ thì phần lớn gặp ở trẻ dưới 2 tuổi (62,2%), tỷ lệ nhiễm MRSA chiếm tới 86,8% ở trẻ dưới 2 tuổi và trẻ càng nhỏ thì nguy cơ mắc MRSA càng cao. [4]

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy, MRSA kháng hầu hết các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy cảm với một số kháng sinh: Gentamicin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Vancomycin, Trimethoprim/Sulfamethoxazol, Tigecycline, Linezolid. 100% các trường hợp kháng với Clindamycin. Kết quả nghiên cứu cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước, tuy nhiên đối tượng nghiên cứu là khác nhau. Theo Cao Minh Nga và cộng sự (2012) nghiên cứu tại Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, *S. aureus* đề kháng cao với hầu hết các kháng sinh như Cefotaxim (50,0%), Ciprofloxacin (52,3%), Ceftazidim (69,6%), Clindamycin (80,0%), Penicilin G (91,8%). Tuy nhiên *S. aureus* vẫn nhạy hoàn toàn với Vancomycin (100%). [6]

Trong 8 trường hợp nhiễm MSSA, kết quả kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn MSSA còn nhạy với đa số các dòng kháng sinh, tuy nhiên vẫn xuất hiện kháng với một số nhóm kháng sinh, tỷ lệ kháng cũng khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể chưa đại diện do cỡ mẫu của nhóm MSSA nhỏ ( $n=8$ ).

### 4.4. Kết quả điều trị

Đa số các bệnh nhân hết sốt sau 2 đến 3 ngày điều trị theo kháng sinh đồ, Trong tổng số 44 bệnh nhân sốt khi nhập viện, có 10 bệnh nhân hết sốt sau 1 ngày điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, 24 trường hợp hết sốt

sau 2 ngày, 9 trường hợp hết sốt sau 3 ngày, 1 trường hợp hết sốt sau 5 ngày điều trị.

#### 4.4.1. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là can thiệp ngoại khoa kết hợp với điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị bằng chọc hút bằng kim to chiếm tỷ lệ cao nhất. Theo báo cáo của Fitch và cộng sự (2007), điều trị có tỷ lệ 26% bệnh nhân khỏi hoàn toàn chỉ với việc cho hút mủ và điều trị kháng sinh mà không phải can thiệp phẫu thuật dẫn lưu mủ. [7] Điều trị bằng phương pháp phẫu thuật chiếm tỷ lệ 22,2%, kết quả này cũng phù hợp với khuyến cáo của Hội các bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ (The Infectious Diseases Society of America - IDSA) khuyến sử dụng kháng sinh toàn thân kết hợp với rạch và dẫn lưu trong các trường hợp bệnh nặng hoặc lan rộng [8].

#### 4.4.2. Kháng sinh sử dụng

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, kháng sinh được lựa chọn theo kháng sinh đồ đối với nhóm MRSA là Vancomycin, liều dùng là 20mg/kg x 3 lần/ngày. Vancomycin là thuốc được ưu tiên để điều trị *S. aureus* kháng Methicillin phổ biến hiện nay, theo Hướng dẫn của Hiệp hội các bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ đối với bệnh nhân nhiễm khuẩn MRSA không biến chứng có thể được điều trị Vancomycin trong 14 ngày, liều thông thường từ 20 mg/kg x 3 lần /ngày [8].

- Thời gian có kết quả kháng sinh đồ khoảng 48h, do vậy các trường hợp biểu hiện lâm sàng có tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng hoặc đã điều trị tại Bệnh viện khác mà các dấu hiệu lâm sàng không cải thiện có nghi ngờ nhiễm khuẩn MRSA được điều trị ngay theo hướng nhiễm khuẩn MRSA. Kết quả kháng sinh đồ theo nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy MSSA còn nhạy với kháng sinh các nhóm Cephalosporin, do vậy có thể cân nhắc việc điều trị với các dòng kháng sinh này vì tính tiện dụng và phổ biến.

#### 4.4.3. Thời gian điều trị:

Số ngày điều trị trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu:  $10,83 \pm 2,90$  ngày. Kết quả

này phù hợp với hướng dẫn của Hiệp hội các bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ đối với bệnh nhân nhiễm khuẩn MRSA không biến chứng có thể được điều trị bằng Vancomycin trong vòng 14 ngày [8].

## V. KẾT LUẬN

- Các nhiễm trùng đầu mặt cổ do *S. aureus* chủ yếu gặp ở trẻ dưới 2 tuổi, trong đó MRSA chiếm tới 88,9% ở các ca bệnh phải nhập viện điều trị nội trú. Chỉ dựa vào đặc điểm lâm sàng, việc phân biệt nhiễm MRSA và MSSA là khó khăn mà cần phải dựa vào kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. aureus* là rất cao, tuy nhiên 100% vẫn nhạy với Vancomycin.

- Kết quả điều trị: 100% các trường hợp được điều trị khỏi, với thời gian điều trị trung bình là  $10,83 \pm 2,90$  ngày. Điều trị có can thiệp ngoại khoa kết hợp với điều trị nội khoa theo kháng sinh đồ là phương pháp chủ yếu trong điều trị nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ do *S. aureus*.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Naseri I, Jerris R C, Sobol SE.** Nationwide trends in pediatric Staphylococcus aureus head and neck infections. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2009;135(1):14-16. <https://doi.org/10.1001/archoto.2008.511>
2. **Turner NA, Sharma-Kuinkel BK, Maskarinec SA et al.** Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: an overview of basic and clinical research. Nat Rev Microbiol 2019;17(4):203-218. <https://doi.org/10.1038/s41579-018-0147-4>
3. **Duggal P, Naseri I, Sobol SE.** The increased risk of community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus neck abscesses in young children. Laryngoscope 2011;121(1):51-55. <https://doi.org/10.1002/lary.21214>
4. **Bradford BD, Macias D, Liu YF et al.** Utility of nasal swab and age in detecting methicillin-resistant Staphylococcus aureus in pediatric head and neck abscesses. Laryngoscope

- 2017;127(10):2407-2412. <https://doi.org/10.1002/lary.26535>
5. **Huang CM, Huang FL, Chien YL et al.** Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect* 2017;50(5):627-633. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2015.08.020>
  6. **Cao Minh Nga.** Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và đề kháng kháng sinh. *Y học thực hành thành phố Hồ Chí Minh.* 2009;13(1).
  7. **Fitch MT, Manthey DE, McGinnis HD et al.** Abscess incision and drainage. *N Engl J Med* 2007;357(19): e20.
  8. **Stevens D L, Bisno A L, Chambers H F, et al.** Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases.* 2014; 59(2): e10-e52. <https://doi.org/10.1056/nejmvcm071319>