

Ảnh hưởng của vàng da sơ sinh và quang liệu pháp trên tần suất khám ngoại trú năm đầu đời

Mục tiêu: Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định xem có sự kết hợp giữa tăng bilirubin-máu hoặc là sử dụng quang liệu pháp trong bệnh viện với tăng tỉ lệ khám bệnh ngoại trú hay không, một ảnh hưởng có thể có của “hội chứng trẻ dễ tổn thương”.

Phương pháp: So sánh 3 nhóm trẻ sinh đúng tháng và trẻ tháng trong khoảng thời gian từ năm 1995 đến 2004 ở bệnh viện Kaiser, Bắc California (Hoa Kỳ): nhóm 1 không có bằng chứng nào cho thấy nồng độ bilirubin toàn phần trong huyết thanh 12 mg/dL ($n = 128.417$); nhóm 2 có nồng độ bilirubin toàn phần 17 và <23 mg/dL khi khám ngoại trú trong khoảng thời gian 48 giờ sau sinh đến 7 ngày tuổi và không dùng quang liệu pháp ($n = 6777$); và nhóm 3 hội đủ các tiêu chí của nhóm 2 nhưng đã được điều trị quang liệu pháp trong bệnh viện ($n = 1765$). So sánh tỉ lệ khám ngoại trú từ 15 đến 364 ngày tuổi, có hiệu chỉnh với các yếu tố tiên đoán khác của tỉ lệ khám bằng hồi qui Poisson và tuyến tính.



Kết quả: Tổng số lượt khám trung bình trong khoảng từ 15 đến 364 ngày là 9,83. So với nhóm 1, tỉ lệ khám bệnh năm đầu hiệu chỉnh hơi tăng ở nhóm 2 (tỉ số xuất độ hiệu chỉnh: 1,04 [khoảng tin cậy [KTC] 95%: 1,02–1,05]) và nhóm 3 (tỉ số xuất độ hiệu chỉnh: 1,07 [KTC 95%: 1,05–1,10]). Sự gia tăng tỉ lệ khám cao

nhất là các lượt khám trong khoảng thời gian từ 15 đến 59 ngày tuổi, khám chuyên khoa và khám vì những chẩn đoán không rõ ràng. Những tỉ lệ này tương ứng với các mức gia tăng đã hiệu chỉnh trong tổng số lượt khám năm đầu (so với nhóm) là 0,36 lượt khám ở nhóm 2 và 0,73 lượt khám ở nhóm 3.

Kết luận: Vàng da sơ sinh và sử dụng quang liệu pháp trong bệnh viện có sự kết hợp với một sự gia tăng chút ít về tỉ lệ khám bệnh ngoại trú trong năm đầu, phù hợp với sự góp phần nhẹ nhàng hoặc không phổ biến của hội chứng trẻ dễ tổn thương trong quần thể này.

Theo Danielle Usatin và cs, *Pediatrics* 2010; 125 (4): 729-734

Trào ngược dạ dày-thực quản và hen ở trẻ em châu Á

Bối cảnh: Mối quan hệ giữa bệnh trào ngược dạ dày-thực quản và hen ở trẻ em đã và đang được nghiên cứu; tuy nhiên bản chất của sự kết hợp (nếu có) giữa hai bệnh này vẫn chưa được biết rõ.

Mục tiêu: Đây là một tổng quan y văn có hệ thống để khảo sát sự kết hợp giữa bệnh trào ngược dạ dày-thực quản và hen ở trẻ em.

Phương pháp: Tìm kiếm y văn trong các cơ sở dữ liệu PubMed và Embase (từ 1966 đến hết tháng 12/2008). Các bài viết toàn văn bằng tiếng Anh mô tả ít nhất 20 đối tượng dưới 18 tuổi sẽ được chọn nếu có báo cáo tỉ lệ lưu hành của bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (các triệu chứng, nghiên cứu pH, nội soi/mô học) trên bệnh nhân hen hoặc tỉ lệ lưu hành của hen trên bệnh nhân trào ngược dạ dày-thực quản. Các tỉ số odd gộp được tính từ các

nghiên cứu có khảo sát các nhóm đối chứng, và gộp chung các ước lượng của tỉ lệ lưu hành từ tất cả những nghiên cứu ấy.

Kết quả: Tổng cộng có 20 bài báo mô tả 5706 bệnh nhân hội đủ các tiêu chí nhận vào và loại ra của tổng quan này. Mười bảy nghiên cứu đã sử dụng các phương pháp khách quan để chứng minh trào ngược (ví dụ đo pH, xạ hình có cản quang, đo tổng trở, nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng), 2 nghiên cứu sử dụng các bản câu hỏi dựa vào triệu chứng, và 1 nghiên cứu sử dụng các mã số chẩn đoán. Đa số nghiên cứu ($n = 19$) đã khảo sát tỉ lệ lưu hành của trào ngược dạ dày-thực quản trên 3726 bệnh nhân hen và báo cáo các trị số ước lượng cao khác nhau (19,3%–80,0%) và trị số bình quân gộp là 22,8% có triệu chứng trào ngược dạ dày - thực

quản, 62,9% trên 789 bệnh nhân có pH thực quản bất thường, và 34,8% trên 89 bệnh nhân có viêm thực quản. Chỉ có 5 nghiên cứu có thu nhận nhóm chứng với 1314 ca bệnh hen và 2434 đối tượng đối chứng không có hen. Tỷ lệ lưu hành trung bình của bệnh trào ngược dạ dày-thực quản là 22,0% trên bệnh nhân hen và 4,8% trên đối tượng đối chứng (tỉ số odd gộp: 5,6 [KTC 5%: 4,3–6,9]).

Kết luận: Có thể có một sự kết hợp giữa bệnh trào

ngược dạ dày-thực quản và hen trên bệnh nhân trẻ em đến khám vì hen tại các cơ sở điều trị. Tuy nhiên, vì những hạn chế về mặt phương pháp của các nghiên cứu hiện có, sự khan hiếm các nghiên cứu trong cộng đồng, và không có các nghiên cứu dọc, nên nhiều khía cạnh của của sự kết hợp này còn chưa rõ ràng.

Theo Kalpesh Thakkar và cs, Pediatrics 2010; 125 (4):e925-e930

Nghiên cứu đa trung tâm về điều trị epinephrin lặp lại trong phản vệ liên quan với thức ăn

Mục tiêu: Tìm cách xác định tần suất dùng >1 liều epinephrin trên trẻ em vào khoa cấp cứu vì phản vệ liên quan với thức ăn.

Bệnh nhân và phương pháp: Tổng kết bệnh án tại bệnh viện Boston của tất cả những trẻ được đưa đến khoa cấp cứu vì những phản ứng dị ứng cấp tính liên quan đến thức ăn trong khoảng thời gian từ ngày ngày 1/1/2001 đến 21/12/2006. Đề tài nghiên cứu tập trung vào các thức ăn căn nguyên, bệnh cảnh lâm sàng và các điều trị cấp cứu.

Kết quả: Thông qua việc chọn mẫu ngẫu nhiên và gia quyền thích hợp, có tất cả 605 ca bệnh được tổng kết đại diện cho một thuần tập nghiên cứu gồm 1255 bệnh nhân. Tuổi trung vị của những bệnh nhi này là 5,8 tuổi (KTC 95%: 5,3–6,3), và 62% số đối tượng trong thuần tập là bé trai. Có nhiều thức ăn khác nhau gây khởi phát các phản ứng dị ứng, bao gồm đậu phộng (23%), các loại quả hạch (18%), và sữa (15%). Khoảng phân nửa (52% [KTC 95%: 48–57]) số trẻ hội đủ các tiêu chí chẩn đoán phản vệ liên quan với thức ăn. Trong số trẻ bị phản vệ, 31% đã được dùng 1 liều và 3% được dùng >1 liều epinephrin trước khi đến khoa cấp cứu. Tại khoa cấp cứu, các bệnh nhi phản vệ được dùng thuốc kháng-histamin (59%), corticosteroid (57%), epinephrin (20%). Qua suốt diễn tiến của phản ứng, 44% số bệnh nhi bị phản vệ liên quan với thức ăn đã được dùng epinephrin, và trong phân nhóm này, 12% (KTC 95%: 9–14) được dùng >1 liều. Các yếu

tố nguy cơ của sử dụng epinephrin lặp lại bao gồm tuổi lớn và chuyển viện từ một bệnh viện khác đến. Phần lớn bệnh nhi (88%) đều được xuất viện. Khi ra khỏi khoa cấp cứu, 43% được kê toa epinephrin tự tiêm, và chỉ có 22% được giới thiệu đến một bác sĩ chuyên khoa dị ứng.

Kết luận: Trong số trẻ bị phản vệ liên quan với thức ăn được dùng epinephrin, 12% dùng đến liều thứ hai. Kết quả của nghiên cứu này ủng hộ cho khuyến nghị là trẻ em có nguy cơ phản vệ kết quả với thức ăn cần dự trữ sẵn 2 liều epinephrin.

Theo Susan A. Rudders và cs, Pediatrics 2007; 119: 638-646



Phơi nhiễm kháng sinh từ trước kết hợp với nhiễm khuẩn niệu kháng thuốc ở trẻ em

Mục tiêu: Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá ảnh hưởng của sự phơi nhiễm thuốc kháng sinh từ trước trên sự phát triển đề kháng kháng sinh ở trẻ em lần đầu tiên bị nhiễm khuẩn niệu.

Phương pháp: Đây là một nghiên cứu thuần tập hồi cứu trên trẻ em từ 6 tháng đến 6 tuổi và được chẩn đoán nhiễm khuẩn niệu lần đầu tại một cơ sở trong một hệ thống gồm 27 phòng khám ngoại trú

nhi, trong thời gian từ 1/7/2001 đến 31/5/2006. Các tác giả đã khảo sát mối quan hệ giữa sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn niệu được phân lập và sự phơi nhiễm 1w các kháng sinh cụ thể (amoxicillin, amoxicillin-clavulanat, cefdinir, trimethoprim-sulfamethoxazole, và azithromycin) trong vòng 120 ngày trước. Kết quả được phân tích bằng các mô hình hồi qui logistic đa biến đối với sự đề kháng ampicillin, amoxicillin-clavulanat, trimethoprim-sulfamethoxazole, và các cephalosporin thế hệ thứ nhất và thứ ba, hiệu chỉnh với các yếu tố gây nhiễu tiềm năng như tuổi, bệnh sử nằm viện gần đây, và phơi nhiễm ở nhà trẻ-mẫu giáo.

Kết quả: Trong số 533 trẻ bị nhiễm khuẩn niệu lần đầu, lần lượt có 8%, 14%, và 21% đã phơi nhiễm thuốc kháng sinh trong vòng 30, 60, và 120 ngày trước khi được chẩn đoán nhiễm khuẩn niệu. Phơi nhiễm amoxicillin trong vòng 30 ngày trước (tỉ số odd [OR]: 3,6 [KTC 95%: 1,6–8,2]) và 31 đến 60 ngày trước (OR: 2,8 [KTC 95%: 1,0–7,5]) chẩn

đoán nhiễm khuẩn niệu đều có sự kết hợp với kháng ampicillin. Phơi nhiễm với amoxicillin >60 ngày trước nhiễm khuẩn niệu không kết hợp với kháng ampicillin. Phơi nhiễm amoxicillin trong vòng 30 ngày trước nhiễm khuẩn niệu cũng kết hợp với kháng amoxicillin-clavulanat (OR: 3,9 [KTC 95%: 1,8–8,7]). Không thấy sự kết hợp giữa sự phơi nhiễm các kháng sinh khác và sự đề kháng với bất kỳ kháng sinh nào trong số ấy.

Kết luận: Tiền sử mới phơi nhiễm kháng sinh kết hợp với nhiễm khuẩn niệu đề kháng kháng sinh trên bệnh nhi ngoại trú, và biên độ của sự kết hợp này giảm khi thời gian kể từ lúc phơi nhiễm tăng dần. Các bác sĩ kê toa kháng sinh cần lưu ý đến sự kết hợp này khi chọn lựa những thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm để điều trị một nhiễm khuẩn niệu mới và nên dùng chiến lược giảm nhẹ việc sử dụng kháng sinh không cần thiết để tránh phát triển vi khuẩn kháng thuốc.

Theo Amanda A. Paschke và cs, *Pediatrics* 2010; 125:664-672

Kỹ năng ngôn ngữ thời thơ ấu và khả năng đọc viết khi trưởng thành

Mục tiêu: Mục đích nghiên cứu là đánh giá quỹ đạo đọc của kỹ năng ngôn ngữ tiếp thu thời thơ ấu và những ảnh hưởng ban đầu trên quá trình phát triển ngôn ngữ.



Phương pháp: Các tác giả đã lấy số liệu từ một thuần tập trẻ con Anh sinh năm 1970 có tính chất đại diện quốc gia (từ Nghiên cứu Thuần tập Anh 1970), để khảo sát mối quan hệ giữa khả năng ngôn ngữ tiếp

thu ban đầu, nền tảng gia đình, điều kiện nhà ở, môi trường học tập ban đầu – tất cả đều được đánh giá trực tiếp. Một mẫu nghiên cứu gồm 11349 đối tượng trong thuần tập đã hoàn tất Test Từ vựng Tiếng Anh bằng Hình ảnh lúc 5 tuổi được khảo sát lại vào lúc 34 tuổi, khi họ đã hoàn tất một đánh giá trực tiếp về kỹ năng đọc viết cơ bản. Các tác giả đã đối chiếu kinh nghiệm của những người có các vấn đề về ngôn ngữ lúc 5 tuổi so với kinh nghiệm của những người có kỹ năng ngôn ngữ bình thường ở tuổi ấy, đánh giá vai trò của nền tảng kinh tế-xã hội gia đình và môi trường học tập ban đầu trong việc ảnh hưởng đến quá trình phát triển đọc của các vấn đề ngôn ngữ. Thực hiện các so sánh thống kê về các tỉ lệ với test 2 ở trị số P = 0,001, 0,01, và 0,05, cũng như các hồi qui logistic đa biến.

Kết quả: Các thành viên của thuần tập có các vấn đề ngôn ngữ tiếp thu lúc 5 tuổi có một cuộc sống gia đình tương đối thiệt thòi ở thời thơ ấu, không những về nguồn lực kinh tế-xã hội lẫn trình độ học vấn, mà còn về mặt tiếp xúc với một môi trường học tập kích thích lúc ban đầu. Mặc dù có một nguy cơ có ý nghĩa về học vấn kém lúc trưởng thành ở những trẻ có các vấn đề ngôn ngữ, nhưng đa số những trẻ này đều phát triển trình độ đọc viết cơ năng đầy đủ ở tuổi 34. Các yếu tố làm giảm nguy cơ của những vấn đề ngôn ngữ dai dẳng bao gồm trẻ sinh ra trong một gia đình lao động, cha mẹ có học vấn tối thiểu khi đến tuổi

ngiht học, điều kiện nhà cửa thuận lợi, và đã qua lớp vỡ lòng trước khi đi học.

Kết luận: Các can thiệp đầy mạnh học tập có hiệu quả do các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc nhi khoa

ban đầu thực hiện cần nhắm đến cả trẻ em và phụ huynh của các cháu.

Theo Ingrid Schoon và cs, *Pediatrics* 2010; 125: e459-e466

Bệnh nhiễm khuẩn và nguy cơ bệnh celiac về sau ở trẻ em

Mục tiêu: Mục đích nghiên cứu là khảo sát xem bệnh nhiễm khuẩn do cha mẹ báo cáo khi trẻ bắt đầu được cho ăn gluten có làm tăng nguy cơ bệnh celiac (rối loạn đường ruột do không dung nạp gluten) trong tương lai hay không.

Phương pháp: Qua nghiên cứu trong cộng đồng AISS (All Infants in Southeast Sweden), các bậc cha mẹ được hướng dẫn trước về việc ghi lại số liệu về việc nuôi ăn và bệnh nhiễm khuẩn ở con em họ. Có 9408 trẻ có đầy đủ số liệu về việc bắt đầu cho dùng gluten trong chế độ ăn dặm và thời gian bú mẹ. Những trẻ này được các bậc cha mẹ báo cáo có 42.826 đợt bệnh nhiễm khuẩn trong năm đầu đời (kể cả 4003 đợt viêm dạ dày-ruột). Các tác giả phát hiện được 44 trẻ được chẩn đoán bệnh celiac được xác chẩn bằng sinh thiết sau 1 tuổi, và phương pháp hồi qui Cox được dùng để ước lượng nguy cơ bệnh celiac đối với trẻ có nhiễm khuẩn trong thời gian bắt đầu được cho ăn gluten.

Kết quả: Mười tám trẻ có bệnh celiac (40,9%) bị nhiễm khuẩn ở thời điểm điểm bắt đầu được cho ăn gluten, so với 2510 trẻ đối chiếu (26,8%; $P = 0,035$). Ở thời điểm, số trẻ bị viêm dạ dày-ruột ít hơn (1 trẻ có bệnh celiac [2,3%] so với 166 trẻ đối chiếu [1,8%]; $P = 0,546$). Khi hiệu chỉnh với tuổi bắt đầu được cho ăn gluten và thời gian bú mẹ, các tác giả nhận thấy không có sự kết hợp giữa chẩn đoán bệnh celiac tương lai và bất kỳ bệnh nhiễm khuẩn nào (hệ số nguy cơ hiệu chỉnh: 1,8 [KTC



95%: 0,9–3,]) hoặc viêm dạ dày-ruột (hệ số nguy cơ hiệu chỉnh: 2,6 [KTC 95%: 0,2–30,8]) ở thời điểm bắt đầu cho dùng gluten. Cũng không thấy sự kết hợp giữa thời gian bú mẹ, tuổi bắt đầu được cho ăn gluten, và bệnh celiac trong tương lai.

Kết luận: Những kết quả này chứng tỏ bệnh nhiễm khuẩn do các bậc cha mẹ báo cáo ở thời điểm bắt đầu cho dùng chế độ ăn có gluten không phải là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh celiac.

Theo Adina Welander và cs, *Pediatrics* 2010; 125:e530-e536

Trầy giác mạc ở trẻ còn bú

Mục tiêu: Thử xác định tỉ lệ trầy giác mạc và những sự kết hợp có thể có với độ dài móng tay, các thông tin về nhân khẩu học, chế độ ngủ và quấy khóc ở trẻ nhỏ còn bú.

Phương pháp: Cha mẹ của các em bé từ 1 đến 12 tuần tuổi không có triệu chứng, được đưa đến khám tại phòng khám trẻ em lành mạnh, và đã trả lời đầy đủ vào một bộ câu hỏi ngắn về tuổi, giới, chủng tộc, việc bấm móng tay, và thời gian ngủ và quấy khóc trong khoảng 24 giờ trước. Các bé được đo độ dài móng tay, và khám mắt bằng cách nhỏ thuốc nhuộm huỳnh quang và soi đèn phóng đại Bluminator (Eidolon Optical, Natick, MA). Bệnh nhi bị trầy giác

mạc được cho dùng acetaminophen dạng uống và thuốc mỡ erythromycin tra mắt. Đo độ tin cậy giữa hai người đọc kết quả trầy giác mạc. Các phân tích hồi qui logistic được dùng để xác định sự kết hợp của trầy giác mạc với các hiệp biến số tiềm năng.

Kết quả: Nghiên cứu thu nhận 96 đối tượng, bao gồm 47 bé gái (49%), tuổi trung bình là 32,2 ngày tuổi (ĐLC: 21,7 ngày). Có 47 cháu bé (49%) bị trầy giác mạc. Các biến số nhân khẩu học và thời gian quấy khóc trung bình ($114,8 \pm 124,9$ so với $86,5 \pm 111,7$ phút; $P < 0,24$) không khác biệt có ý nghĩa giữa các cháu bé có và không có trầy giác mạc. Trẻ bị trầy giác mạc ngủ nhiều hơn ($15,9 \pm 3,3$ so với

14,5 ± 3,6 giờ; P = 0,054). Những sự kết hợp của phương pháp bấm móng tay và độ dài móng tay với trầy giác mạc cũng không có ý nghĩa thống kê. Độ tin cậy giữa hai người đo cao, với sự thống nhất kết quả giữa người thứ nhất (nhà nghiên cứu chính) và người thứ hai (nhà nghiên cứu phụ) ở 20 (91%) trên tổng số 22 mắt và sự thống nhất giữa nhà nghiên cứu chính và bác sĩ mắt nhi khoa là 9 (90%) trên 10 mắt.

Kết luận: Trầy giác mạc rất thường xảy ra ở trẻ từ 1 đến 12 tuần tuổi và có ý nghĩa lâm sàng không rõ ràng. Bác sĩ điều trị tuyến cơ sở nên cẩn thận không nên vội vàng qui kết những đợt quấy khóc không rõ lý do là vì trầy giác mạc, vốn có tiềm năng bỏ sót những vấn đề nghiêm trọng hơn.

Theo Timothy R. Shope và cs, *Pediatrics* 2010;125:e565-e569

Sự kết hợp giữa *Helicobacter pylori* và các triệu chứng tiêu hóa ở trẻ em

Mục tiêu: Đau bụng tái diễn và các triệu chứng tiêu hóa khác là những triệu chứng thường gặp ở trẻ em. Vẫn còn có những ý kiến trái ngược nhau về vai trò của *Helicobacter pylori* trong bệnh căn của những triệu chứng này. Mặc dù vậy, có một áp lực ngày càng tăng trên các bác sĩ lâm sàng tuyến cơ sở đối với việc tầm soát nhiễm *H pylori* trên trẻ có triệu chứng. Đây là một công trình tổng quan có hệ thống điếm lại các bằng chứng đã công bố về sự kết hợp giữa nhiễm *H pylori* và các triệu chứng tiêu hóa ở trẻ em.

Phương pháp: Tìm trong các cơ sở dữ liệu Medline và Embase cho đến tháng 7/2009 để nhận diện những nghiên cứu đã đánh giá sự kết hợp giữa *H pylori* và các triệu chứng tiêu hóa ở trẻ em lên đến 18 tuổi. Khi các nghiên cứu báo cáo về đau bụng mà không định nghĩa gì thêm, vì thế không thỏa mãn tiêu chí Apley, chúng tôi gộp chung những kết cục này là đau bụng không rõ loại. Chất lượng của phương pháp nghiên cứu được cho điếm bằng một danh sách tiêu chí được chuẩn hóa, và các tỉ số odd (OR) thô kèm khoảng tin cậy (KTC) 95% được tính toán và gộp chung lại.

Kết quả: Có 38 nghiên cứu hội đủ các tiêu chí thu nhận: 23 nghiên cứu bệnh-chứng, 14 nghiên cứu cắt ngang, và 1 nghiên cứu thuần tập tiền cứu. Chất lượng phương pháp nói chung là thấp. Các OR gộp đối với sự kết hợp giữa “đau bụng không rõ loại” và nhiễm *H pylori* ở trẻ em là 1,21 (KTC 95%: 0,82–

1,78) ở 12 nghiên cứu bệnh-chứng và 1,00 (KTC 95%: 0,76–1,31) ở 7 nghiên cứu cắt ngang. Tổng phân tích sự kết hợp giữa đau bụng không rõ loại và nhiễm *H pylori* ở 6 nghiên cứu trong bệnh viện cho thấy OR gộp là 2,87 (KTC 95%: 1,62–5,09) so với 0,99 (KTC 95%: 0,46–2,11) ở 5 nghiên cứu trong cộng đồng. hai trong số 3 nghiên cứu về đau vùng thượng vị báo cáo một sự kết hợp dương có ý nghĩa thống kê với nhiễm *H pylori*.

Kết luận: Các tác giả không tìm thấy sự kết hợp giữa đau bụng không rõ loại và nhiễm *H pylori* ở trẻ em và có những bằng chứng trái ngược nhau về một sự kết hợp giữa đau vùng thượng vị và nhiễm *H pylori*. Tuy có tìm thấy một sự kết hợp giữa đau bụng không rõ loại nhưng không thể khẳng định kết quả này trên trẻ em trong điều kiện chăm sóc ban đầu.

Theo Leo A. A. Spee và cs, *Pediatrics* 2010; 125:e651-e669



Xử trí viêm tai giữa cấp tính sau khi Hướng dẫn thực hành lâm sàng 2004 của AAP và AAFP được công bố

Mục tiêu: Quan sát theo dõi mà không điều trị kháng sinh từ đầu là một lựa chọn trong xử trí viêm tai giữa cấp được công nhận trong tài liệu hướng dẫn thực hành lâm sàng năm 2004 của Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ (AAP) và Học viện Thầy thuốc Gia đình Hoa Kỳ (AAFP). Bản hướng dẫn cũng khuyến

ngợi rằng nên dùng amoxicillin làm điều trị đầu tay ở đa số trẻ em để giảm đau nếu có. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh cách xử trí viêm tai giữa cấp sau khi bản hướng dẫn năm 2004 được công bố.

Bệnh nhân và phương pháp: Các tác giả đã phân tích số liệu Điều tra Chăm sóc Y khoa Tại Nhà

Toàn quốc, 2002–2006 (N = 1114), được thực hiện tại phòng mạch của các bác sĩ Hoa Kỳ. Bệnh nhân là trẻ em từ 6 tháng đến 12 tuổi được chẩn đoán viêm tai giữa cấp. Các so sánh thời gian là những thời khoảng 30 tháng trước và sau khi bản hướng dẫn được công bố. Kết cục chính là tỉ lệ các trường hợp không kê toa kháng sinh được báo cáo. Các kết cục phụ là sự nhận diện các yếu tố kết hợp với các trường hợp được báo cáo là không kê toa kháng sinh và tỉ lệ kê toa thuốc kháng sinh và giảm đau.

Kết quả: Tỉ lệ các trường hợp viêm tai giữa cấp được báo cáo là không kê toa kháng sinh không thay đổi sau khi công bố bản hướng dẫn (11%–16%; P = 0,103). Các yếu tố tiên đoán độc lập của một trường hợp được báo cáo là không kê toa kháng sinh là không có đau tai, không có sốt, và đã được kê toa

thuốc giảm đau. Sau khi hướng dẫn được công bố, tỉ lệ kê toa amoxicillin tăng lên (40%–49%; P = 0,039), tỉ lệ kê toa amoxicillin/clavulanat giảm xuống (23%–16%; P = 0,043), tỉ lệ kê toa cefdinir tăng lên (7%–14%; P = 0,004), và tỉ lệ kê toa thuốc giảm đau cũng tăng lên (14%–24%; P = 0,038).

Kết luận: Mặc dù việc xử trí viêm tai giữa cấp không tăng lên sau khi công bố bản hướng dẫn thực hành lâm sàng năm 2004 của AAP và AAFP, nhưng những trẻ không được kê toa kháng sinh đều là những trẻ có nhiều khả năng nhiễm khuẩn nhẹ hơn. Phù hợp với hướng dẫn, việc kê toa amoxicillin và thuốc giảm đau đã tăng lên. Trái với hướng dẫn, việc kê toa amoxicillin/clavulanat đã giảm xuống trong khi việc kê toa cefdinir lại tăng.

Theo Andrew Coco và cs, *Pediatrics* 2010;125: 214-220

Hiệu năng của tiêu chí nguy cơ thấp trong việc đánh giá trẻ còn bú bị sốt

Mục tiêu: Mục đích nghiên cứu là xác định hiệu năng của các tiêu chí nguy cơ thấp đối với các bệnh nhiễm trùng nặng ở nữ nhi có sốt trong các nghiên cứu tiên cứu mà trong đó không sử dụng việc điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm so với các nghiên cứu (tiên cứu và hồi cứu) vẫn điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm.

Phương pháp: Truy tìm trong y văn tiếng Anh trong cơ sở dữ liệu PubMed và danh mục các tài liệu tham khảo của những nghiên cứu liên quan về sốt, các tiêu chí nguy cơ thấp, và các bệnh nhiễm trùng nặng. Các nghiên cứu trên nữ nhi > 90 ngày tuổi, nữ nhi bị nhiễm khuẩn đặc biệt, hoặc nữ nhi có các yếu tố nguy cơ cộng thêm đối với nhiễm khuẩn đều được loại ra không đưa vào phân tích. Các công trình đã công bố được phân loại là hồi cứu, tiên cứu có điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm cho tất cả bệnh nhi, hoặc tiên cứu nhưng trì hoãn dùng kháng sinh. Nguy cơ tương đối của nhiễm trùng nặng trên bệnh nhi nguy cơ cao so với bệnh nhi nguy cơ thấp được xác định đối với các số liệu gộp chung trong mỗi loại hình nghiên cứu. Tỉ lệ nhiễm trùng nặng ở bệnh nhi nguy cơ thấp trong mỗi loại được so sánh với nhau.

Kết quả: Có tất cả 21 nghiên cứu hội đủ các tiêu chí nhận vào phân tích. Trong các nghiên cứu tiên cứu mà bệnh nhi được điều trị không dùng kháng sinh theo kinh nghiệm, có 6 bệnh nhi được xếp vào loại nguy cơ thấp bị nhiễm trùng nặng; tất cả đều hồi phục không có sự cố gì. Tỉ lệ nhiễm trùng nặng trên những bệnh nhi nguy cơ thấp này là 0,67%.

Nguy cơ tương đối của nhiễm trùng nặng so với bệnh nhi nguy cơ thấp trong những nghiên cứu này là 30,56 (KTC 95%: 7,0–68,13). Tỉ lệ nhiễm trùng nặng trên bệnh nhi nguy cơ thấp trong tất cả các nghiên cứu là 2,23%. Tỉ lệ nhiễm trùng nặng trên bệnh nhi nguy cơ thấp trong các nghiên cứu tiên cứu không điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm tỏ ra khác biệt có ý nghĩa với tỉ lệ trong tất cả các nghiên cứu khác (0,67% so với 2,71%; P = 0,01).

Kết luận: Các tiêu chí nguy cơ thấp tỏ ra có hiệu năng ứng dụng tốt trong các nghiên cứu tiên cứu không sử dụng điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Những tiêu chí này cho phép quan sát theo dõi khoảng 30% số nữ nhi có sốt mà không điều trị kháng sinh, vì vậy tránh được việc nằm viện không cần thiết, nhiễm khuẩn bệnh viện, sử dụng kháng sinh thiếu cân nhắc, và những tác dụng phụ của kháng sinh.



Theo Anna R. Huppler và cs, *Pediatrics* 2010; 125:228-233