

đáng kể đến kết quả điều trị, vì vậy cần tầm soát ung thư ở những BN khàn tiếng kéo dài không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Bác sĩ lâm sàng hiểu được rằng hình ảnh sang thương qua nội soi có thể đa dạng (sùi, loét, polyp) và hình ảnh trên CT scan có thể không đặc hiệu để luôn đề cao việc nhận định đúng và chẩn đoán kịp thời, tránh bỏ sót ung thư giai đoạn sớm ở BN.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Dũng, Trần Phương Nam**, "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm tại khoa tai mũi họng Bệnh Viện Trung Ương Huế", Tạp chí Y học lâm sàng-Bệnh viện Trung Ương Huế, TP Huế. 2018, số 50, tr. 24-29.
2. **Nguyễn Thành Tuấn, Trần Phan Chung Thủy**. "Kết quả bước đầu điều trị ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm bằng vi phẫu laser", Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP.HCM. 2018, Phụ bản tập 22 (1), tr. 174-178.
3. **Phạm Kim Long Giang**, Đánh giá tình hình cắt

- thanh quản, bán phần theo kiểu trăn bên tai bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2017, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, đại học y dược Tp. Hồ Chí Minh, Thành phố HỒ CHÍ MINH. 2017.
4. **Trần Anh Bích**. Cắt thanh quản bán phần trong điều trị ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa 2, ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, Thành phố HỒ CHÍ MINH. 2010.
  5. **Djukic V. et al.** "Laser transoral microsurgery in treatment of early laryngeal carcinoma", European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2019, 276 (6), pp. 1747-1755.
  6. **Ferlito A. et al.**, "Some Considerations on the WHO Histological Classification of Laryngeal Neoplasms", Adv Ther. 36 (7). 2019, pp. 1511-1517.
  7. **Fiorini F. R. et al.**, "Tobacco exposure and complications in conservative laryngeal surgery", Cancers (Basel). 6 (3). 2014, pp. 1727-1735.
  8. **Jurek-Matusiak O. et al.**, "Vertical partial frontolateral laryngectomy with simultaneous pedunculated sternothyroid muscle flap reconstruction of the vocal fold - surgical procedure and treatment outcomes", Otolaryngol Pol. 72 (1). 2018, pp. 23-29.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Trần Lương Nhân<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu 118 trẻ sơ sinh được chẩn đoán là nhiễm khuẩn huyết sơ sinh và có kết quả cấy máu dương tính tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình là 29.9 tuần, phần lớn trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 1500g, có 61% trẻ nam và 39% trẻ nữ. Tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm và nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn lần lượt là 27.1% và 72.9%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là bú kém (85.6%), thở nhanh (56.8%), vàng da (55.1%), ngừng thở  $\geq 15$  giây (42.4%), li bì (36.4%), nhịp tim nhanh (35.6%), sốt (28%). Đặc điểm cận lâm sàng thường gặp là CRP tăng (51.7%), tiểu cầu giảm (45.8%), Glucose máu tăng (29.7%), và bạch cầu giảm (22%). Tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn gram âm chiếm 75.2%, trong đó E. coli và K. pneumonia là hay gặp nhất. Vi khuẩn Gram dương chiếm 19.8% hay gặp nhất là S.

aureus và Group B Streptococcus. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh chủ yếu là khởi phát muộn, hay gặp ở trẻ sơ sinh non tháng có cân nặng lúc sinh rất thấp và cực thấp. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đa dạng, phần lớn căn nguyên là do vi khuẩn Gram âm gây bệnh.

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL SEPSIS AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** This study aimed to describe some clinical and paraclinical characteristics of neonatal sepsis at the Neonatal Intensive Care Unit of Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subject and method:** A combined retrospective – prospective descriptive study of 118 neonates diagnosed with neonatal sepsis and had positive blood culture results at the Neonatal Intensive Care Unit of Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from August 2022 to May 2024. **Results:** The average gestational age was 29.9 weeks, most of neonates weighed less than 1500g, there were 61% boys and 39% girls. The rates of infants with early onset sepsis and late onset sepsis were 27.1% and 72.9%. The common clinical signs were poor feeding (85.6%), tachypnea (56.8%), jaundice (55.1%), apnea  $\geq 15$  seconds (42.4%), lethargy (36.4%), tachycardia (35.6%), fever (28%).

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024

The common paraclinical features are increased CRP (51.7%), thrombocytopenia (45.8%), hyperglycemia (29.7%) and leukopenia (22%). The main cause of neonatal sepsis was Gram – negative bacteria accounting for 75.2%, in which *E. coli* and *K. pneumoniae* are the most common. Gram – positive bacteria accounted for 19.8%, the most common were *S. aureus* and Group B *Streptococcus*. **Conclusion:** Neonatal sepsis was mainly a late onset, it was common in preterm infants having very low birthweight and extremely low birthweight. Clinical and paraclinical features were varied. Most of pathogens were Gram – negative bacteria.

**Keywords:** Neonatal sepsis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) là tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng, xuất hiện trong vòng 28 ngày đầu của cuộc đời bao gồm những thay đổi về huyết động học và các biểu hiện cận lâm sàng có thể dẫn đến các tổn thương nghiêm trọng và tử vong do vi sinh vật xâm nhập vào máu gây nên.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2020 trung bình mỗi năm có khoảng 2.4 triệu trẻ sơ sinh tử vong, trong đó NKHSS là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh [6]. Tỷ lệ mắc NKHSS ước tính là 2202 trẻ trên 100.000 ca sinh sống với tỷ lệ tử vong giao động từ 11% đến 19% [7]. Bệnh không chỉ gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh mà còn để lại những di chứng nặng nề về phát triển tinh thần vận động về sau này và là gánh nặng đối với y tế cộng đồng của mỗi quốc gia.

Việc chẩn đoán sớm NKHSS dựa vào các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị kịp thời sẽ giúp làm giảm tỷ lệ bệnh nặng, hạ thấp tỷ lệ tử vong và giảm chi phí điều trị. Xuất phát từ vấn đề nêu trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ sơ sinh từ 0 – 28 ngày tuổi điều trị tại Khoa Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội được chẩn đoán NKHSS và có kết quả cấy máu dương tính trong khoảng thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Chẩn đoán NKHSS dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Cơ quan Y tế Châu Âu EMA ( European Medicines Agency) năm 2010 [8]. Trẻ sơ sinh có  $\geq 2$  biểu hiện lâm sàng cùng với  $\geq 2$  dấu hiệu cận lâm sàng và có kết quả cấy máu dương tính.

**Tiêu chuẩn lâm sàng:**

- Rối loạn thân nhiệt: Nhiệt độ  $> 38^{\circ}\text{C}$  hoặc  $< 36^{\circ}\text{C}$  và/hoặc nhiệt độ không ổn định.

- Triệu chứng thần kinh: Trẻ kích thích, li bì, hôn mê.

- Triệu chứng tim mạch và tuần hoàn: Nhịp tim chậm kéo dài ( $< 100$  lần/phút) hoặc nhịp tim nhanh kéo dài ( $> 160$  lần/ phút) và/hoặc nhịp tim không ổn định, lượng nước tiểu giảm ( $< 1\text{ml/kg/h}$ ), hạ huyết áp, nổi vân tím, refill kéo dài  $\geq 3$  giây.

- Triệu chứng hô hấp: Cơ ngừng thở  $\geq 15$  giây, thở chậm hoặc thở nhanh, trẻ phải thở oxy, thở máy.

- Triệu chứng tiêu hóa: Không dung nạp thức ăn, bú kém, bụng chướng.

- Triệu chứng da, niêm mạc: Vàng da, ban xuất huyết, phù cứng bì.

**Tiêu chuẩn cận lâm sàng:**

- Số lượng bạch cầu: Hạ bạch cầu khi số lượng bạch cầu  $< 5000$  tế bào/  $\text{mm}^3$ . Tăng bạch cầu khi ngay sau sinh số lượng BC  $\geq 25000$  tế bào/  $\text{mm}^3$ , sau 12-24h số lượng BC  $\geq 30000$ /  $\text{mm}^3$ , sau  $\geq 24$ h số lượng BC  $\geq 21000$  tế bào/  $\text{mm}^3$ .

- Tỷ lệ bạch cầu trung tính non/ bạch cầu đa nhân trung tính trưởng thành (I/T)  $> 0.2$ .

- Số lượng tiểu cầu  $< 150 \times 10^9/\text{L}$ .

- CRP  $> 15\text{mg/L}$  hoặc procalcitonin  $\geq 2\text{ng/mL}$ .

- Rối loạn dung nạp glucose: Tăng đường huyết (đường huyết  $> 180\text{mg/dL}$  hoặc  $10\text{mmol/L}$ ) hoặc hạ đường huyết (đường huyết  $< 45\text{mg/dL}$  hoặc  $2.5\text{mmol/L}$ ).

- Nhiễm toan chuyển hóa (BE  $< - 10\text{mEq/L}$  hoặc lactat máu  $> 2\text{mmol/L}$ ).

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Kết quả cấy máu dương tính do ngoại nhiễm.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

Các biến số được trình bày dưới dạng bảng thông qua tần số, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính được tính theo tỉ lệ. So sánh hai tỉ lệ sử dụng Test  $\chi^2$  hoặc Fisher's exact test.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (mã số HĐĐĐ: CS/PSHN/DD/23/14) chấp nhận và thông qua. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Mọi thông

tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2024, tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chúng tôi thu thập được 118 bệnh nhân

NKHSS có kết quả cấy máu dương tính, trong đó có 3 trẻ cấy máu ra 2 loại vi sinh vật khác nhau, tỷ lệ trẻ nam là 61% và trẻ nữ là 39%, tỷ lệ trẻ mắc NKHSS sớm và NKHSS muộn lần lượt là 27.1% và 72.9%.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		NKHSS sớm (n=32)	NKHSS muộn (n=86)	Tổng (n=118)	Giá trị P*
Cân nặng khi sinh (gam)	<1000	7 (21.9%)	39 (45.3%)	46 (39%)	0.02
	1000 - < 1500	7 (21.9%)	28 (32.6%)	35 (29.7%)	
	1500 - < 2500	10 (31.2%)	15 (17.4%)	25 (21.2%)	
	≥2500	8 (25%)	4 (4.7%)	12 (10.2%)	
Tuổi thai (tuần)	< 32	16 (50%)	72 (83.7%)	88 (74.6%)	0.001
	32 - <37	8 (25%)	10 (11.6%)	18 (15.2%)	
	≥37	8 (25%)	4 (4.7%)	12 (10.2%)	

\*Giá trị được tính theo Test  $\chi^2$  hoặc Fisher's exact test.

**Nhận xét:** Trẻ có cân nặng < 1000g chiếm tỷ lệ cao nhất (39%), cân nặng trung vị là 1100g. Trẻ sinh rất non dưới 32 tuần chiếm tỷ lệ rất cao (74.6%), tuổi thai trung bình là 29.9 tuần, giá trị trung vị của tuổi thai là 29 tuần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc NKHSS theo cân nặng và tuổi thai (P < 0.05).

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thân nhiệt	Sốt	33 / 28
Thần kinh	Li bì	43 / 36.4
	Kích thích	19 / 16.1
	Co giật	7 / 5.9
Hô hấp	Thở nhanh	67 / 56.8
	Rút lõm lồng ngực	53 / 44.9
	Cơn ngừng thở ≥15 giây	50 / 42.4
Tuần hoàn	Shock	29 / 24.6
	Nhịp tim nhanh	42 / 35.6
Tiêu hóa	Bú kém	101 / 85.6
	Bụng chướng	34 / 28.8
Da niêm	Vàng da	65 / 55.1
	Phù cứng bì	18 / 15.3
	XHDD	16 / 13.6

**Nhận xét:** Đặc điểm lâm sàng NKHSS đa dạng, ở nhiều cơ quan, thường gặp là bú kém (85.6%), thở nhanh (56.8%), vàng da (55.1%), ngừng thở ≥ 15 giây (42.4%), li bì (36.4%), nhịp tim nhanh (35.6%) và sốt (28%). Tỷ lệ Shock nhiễm khuẩn trong nghiên cứu là 24.6%.

**Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh**

Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
SL Bạch	Giảm	26 / 22.0

cầu	Bình thường	81	68.6
	Tăng	11	9.3
SL tiểu cầu	<150.000/mm <sup>3</sup>	54	45.8
	≥150.000/mm <sup>3</sup>	64	54.2
CRP	≥ 15 mg/L	61	51.7
	< 15mg/ L	57	48.3
Glucose	Tăng	35	29.7
	Bình thường	73	61.9
	Giảm	10	8.5

**Nhận xét:** Đặc điểm cận lâm sàng NKHSS hay gặp là CRP tăng (51.7%), số lượng tiểu cầu giảm (45.8%), Glucose máu tăng (29.7%) và số lượng bạch cầu giảm (22%). Số lượng bạch cầu tăng và Glucose máu giảm ít gặp hơn chiếm tỷ lệ lần lượt là 9.3% và 8.5%.

**Bảng 4: Đặc điểm vi sinh vật của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh**

Vi sinh vật	NKHSS sớm n=33 (27.3%)	NKHSS muộn n=88 (72.7%)	Tổng n=121 (100%)
<b>Vi khuẩn Gram âm</b>	21 (63.6%)	70 (79.5%)	91 (75.2%)
Escherichia coli	11 (33.3%)	28 (31.8%)	39 (32.2%)
Klepsiella pneumoniae	2 (6.1%)	34 (38.6%)	36 (29.8%)
Enterobacter cloacae	0	5 (5.7%)	5 (4.1%)
Acinetobacter baumannii	2 (6.1%)	0	2 (1.7%)
Proteus mirabilis	2 (6.1%)	0	2 (1.7%)
Stenotrophomonas maltophilia	0	2 (2.3%)	2 (1.7%)
Vi khuẩn Gram âm khác (*)	4 (12%)	1 (1.1%)	5 (4.1%)
<b>Vi khuẩn Gram dương</b>	11 (33.3%)	13 (14.8%)	24 (19.8%)

Staphylococcus aureus	1 (3%)	10 (11.4%)	11 (9.1%)
Group B streptococcus	4 (12.1%)	3 (3.4%)	7 (5.8%)
Streptococcus mitis	2 (6.1%)	0	2 (1.7%)
Listeria monocytogenes	2 (6.1%)	0	2 (1.7%)
Streptococcus gallolyticus	2 (6.1%)	0	2 (1.7%)
Nấm Candida albicans	1 (3%)	5 (5.7%)	6 (5%)

**Ghi chú:** \* Các vi khuẩn Gram âm khác bao gồm Elizabethkingia meningoseptica, Serratia marcescens, Sphingomonas paucimobilis, Achromobacter denitrificans, Achromobacter xylooxidans.

**Nhận xét:** Tác nhân gây NKHSS sớm và NKHSS muộn chủ yếu là vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ (75.2%), hay gặp nhất là E. coli và K. pneumonia. Vi khuẩn Gram dương gây NKHSS chiếm tỷ lệ (19.8%) hay gặp nhất là S. aureus và Group B streptococcus. Nhóm vi nấm gây NKHSS chiếm tỷ lệ thấp (5%) hay gặp nhất là Candida albicans.

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 118 trẻ sơ sinh được chẩn đoán NKHSS và có kết quả cấy máu dương tính tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội kết quả cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1.5/1 phù hợp với kết quả của các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. NKSSS khởi phát muộn là chủ yếu chiếm tỷ lệ 72.9%, tỷ lệ NKHSS khởi phát muộn là 27.1%. Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ NKHSS ở các nhóm cân nặng và tuổi thai là khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0.05$ ), nhóm trẻ sinh rất non dưới 32 tuần chiếm tỷ lệ rất cao (74.6%), tuổi thai trung bình là 29.9 tuần, giá trị trung vị của tuổi thai là 29 tuần, chủ yếu gặp trẻ có cân nặng rất thấp và cực thấp. Điều này được giải thích là do trẻ sơ sinh non tháng có cân nặng lúc sinh rất thấp có hệ miễn dịch kém, thời gian điều trị ở khoa hồi sức sơ sinh thường kéo dài nên dễ mắc nhiễm khuẩn huyết, đặc biệt là do nhiễm các tác nhân từ bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi NKHSS rất đa dạng về đặc điểm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu thu được bảng 2, các triệu chứng lâm sàng thường gặp là bú kém (85.6%), thở nhanh (56.8%), vàng da (55.1%), ngừng thở  $\geq 15$  giây (42.4%), li bì (36.4%), nhịp tim nhanh (35.6%), sốt (28%). Shock nhiễm khuẩn là biến chứng nặng, tỷ lệ tử vong cao, trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ 24.6%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Vi Thư [1], nhưng

thấp hơn so với kết quả của của Hà Thị Hồng Ân [2].

Đặc điểm cận lâm sàng NKHSS chúng tôi thu được kết quả bảng 3, tỷ lệ bạch cầu tăng là 9.3%, tỷ lệ bạch cầu giảm là 22%, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hồ Thị Phương Thanh [3]. Số lượng tiểu cầu giảm là một trong các biểu hiện của tình trạng nhiễm khuẩn huyết nặng, trong nghiên cứu của chúng tôi 45.8% trường hợp có tiểu cầu giảm. Định lượng CRP tăng chiếm 51.7% trường hợp, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân khi đã chỉ ra rằng phần lớn các trường hợp NKHSS đều có CRP tăng [2], ngoài ra định lượng CRP còn giúp theo dõi diễn biến của nhiễm khuẩn huyết. Tỷ lệ đường huyết tăng trong nghiên cứu là 29.7%.

Về đặc điểm vi sinh vật gây NKHSS chúng tôi thu được bảng 4, kết quả cho thấy căn nguyên gây NKHSS sớm và NKHSS muộn chủ yếu là vi khuẩn Gram âm, hay gặp nhất là E. coli và K. pneumonia, kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Vi Thư khi ghi nhận căn nguyên hay gặp gây NKHSS là vi khuẩn Gram dương nhưng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang và Hà Đức Dũng [1], [4], [5]. Vi khuẩn Gram dương gây NKHSS thường gặp là S. aureus và Group B streptococcus. Trong nghiên cứu của chúng tôi vi nấm gây NKHSS chiếm tỷ lệ thấp (5%), chủ yếu là Candida albicans.

#### V. KẾT LUẬN

NKHSS chủ yếu là khởi phát muộn, thường gặp ở trẻ sơ sinh non tháng có cân nặng rất thấp và cực thấp. Đặc điểm lâm sàng đa dạng với các triệu chứng thường gặp là bú kém, thở nhanh, vàng da, li bì, nhịp tim nhanh, sốt. Đặc điểm cận lâm sàng thường gặp là số lượng bạch cầu thấp, số lượng tiểu cầu giảm, CRP tăng và Glucose máu tăng. Căn nguyên chủ yếu do vi khuẩn Gram âm gây bệnh, hay gặp nhất là E. coli và K. pneumonia.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Vi Thư, Phạm Thị Tâm, Võ Thị Khánh Nguyệt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi khuẩn học của nhiễm trùng huyết sơ sinh. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2019;(19):1-7.
2. Hà Thị Hồng Ân, Trương Ngọc Phước, Trịnh Thị Hồng Cúa, Ông Huy Thanh. Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2022;(50):210-217.
3. Hồ Thị Phương Thanh, Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Thị Cấn. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức Sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online December 12, 2021: 54 - 58.

4. **Đỗ Thị Hương Giang, Nguyễn Thị Quỳnh Nga.** Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530(1B). 160 - 164.
5. **Hà Đức Dũng, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác, Nguyễn Thị Việt Hà.** Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2020;(131(07)):93-98.
6. **Newborn Mortality.** Accessed March 13, 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021)
7. **Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N.** The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. Lancet Respir Med. 2018;6(3):223-230.
8. **European Medicine Agency.** Report on the Expert Meeting on Neonatal and Paediatric Sepsis, 8 June 2010. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-expert-meeting-neonatal-and-paediatric-sepsis\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-expert-meeting-neonatal-and-paediatric-sepsis_en.pdf)

## KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG SAU HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU TẠI BỆNH VIỆN K

Vương Xuân Hồng Quang<sup>1,2</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1</sup>, Đoàn Trọng Tú<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị (HXT) tiền phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân ung thư trực tràng (UTTT) được HXT tiền phẫu và PTNS cắt đoạn trực tràng nối máy tại khoa Ngoại bụng 2, bệnh viện K từ tháng 4/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,4 ± 12,8 (31-80), tỉ lệ nam/nữ = 1,7/1. Thời gian phẫu thuật trung bình 140,8 ± 28,5 phút (95 – 200), 12 bệnh nhân làm hậu môn nhân tạo bảo vệ (22,2%), số hạch vét trung bình 7,63 ± 3,51 (4-15), khoảng cách tử cực dưới u đến diện cắt dưới trung bình 2,61 ± 1,28 (1-6 cm), tất cả bệnh nhân đều đạt diện cắt âm tính. 3 bệnh nhân biến chứng rò miệng nối (5,56%), tỉ lệ tai biến/biến chứng chung là 9,3%, không có bệnh nhân nào tử vong. **Kết luận:** PTNS cắt đoạn trực tràng sau HXT tiền phẫu an toàn, khả thi, đảm bảo tốt tiêu chí về ung thư học. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, hóa xạ trị tiền phẫu, ung thư trực tràng.

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION OF RECTUM FOLLOWING NEOADJUVANT CHEMORADIATION AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate early results of laparoscopic anterior resection of rectum following neoadjuvant chemoradiation. **Patients and methods:** Combined retrospective and prospective study on 54 rectal cancer patients underwent laparoscopic anterior resection of rectum following

neoadjuvant chemoradiation at Abdominal Surgery 2 Department, National Cancer Hospital between April 2023 and June 2024. **Results:** Mean age was 59,4 ± 12,8 (31-80). Male/Female ratio = 1,7/1. Mean operation time was 140,8 ± 28,5 minutes (95 – 200), 12 patients had ileostomy (22,2%), the mean number of lymph nodes dissected was 7,63 ± 3,51 (4-15), mean distal margin distance was 2,61 ± 1,28 (1-6 cm), all patients had negative distal margin after surgery. 3 patients had anastomotic leakage (5,56%), the overall ratio for intraoperative and postoperative complications was 9,3%, none of patient was death. **Conclusions:** Laparoscopic anterior resection of rectum following neoadjuvant chemoradiation was safe, feasible while maintaining oncological criteria.

**Keywords:** laparoscopic surgery, neoadjuvant chemoradiation therapy, rectal cancer.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp nhất. Theo số liệu của GLOBOCAN 2022 thì ung thư đại trực tràng đứng thứ 3 về số ca mắc mới với 1,926,118 ca và đứng thứ 2 về số ca tử vong với 903,859 ca.<sup>1</sup>

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức, tùy vào giai đoạn bệnh mà có phương pháp điều trị khác nhau. Phẫu thuật vẫn là phương pháp đóng vai trò chính trong điều trị ung thư trực tràng. Trước đây, với UTTT đoạn trung bình và thấp thì phương pháp phẫu thuật chính là cắt trực tràng phá hủy cơ thắt hậu môn. Tuy nhiên, xu hướng điều trị triệt căn này làm ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nhờ sự phát triển khoa học công nghệ, sự ra đời của các loại máy cắt nối tiêu hóa, sự hiểu biết về diện cắt an toàn<sup>2</sup>, phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay ngày càng được chỉ định rộng rãi hơn. Đặc biệt, việc áp dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) để cắt đoạn trực tràng có nhiều ưu điểm hơn mổ mở truyền thống

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Nam Thụy điển Ung thư

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vương Xuân Hồng Quang

Email: [vuongxuanhongquang@gmail.com](mailto:vuongxuanhongquang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024