

quá tình thoái hoá<sup>3</sup>. Trong khi đó hydrocortisone có bản chất là corticoid có tác dụng giảm đau chống viêm mạnh nhưng chưa có nghiên cứu nào chứng minh được vai trò của corticoid trong quá trình làm lành tổn thương.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm BN TVĐĐ CSTL điều trị bằng liệu pháp tiêm collagen cạnh cột sống có kết quả tốt hơn và hiệu quả điều trị kéo dài hơn so với nhóm tiêm hydrocortisone ngoài màng cứng.

**4.2. Tính an toàn của liệu pháp tiêm collagen cạnh cột sống.** Chúng tôi nhận thấy chế phẩm collagen sử dụng trong nghiên cứu là an toàn. Không có BN nào gặp tác dụng phụ sau tiêm như dị ứng, phản vệ, hội chứng dạ dày, nhiễm trùng, phản ứng phụ khác. Tương tự các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam cũng khẳng định tính an toàn và khả năng dung nạp tốt của liệu pháp tiêm collagen tại chỗ<sup>4-6,8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

+ Cải thiện triệu chứng đau: Sau 12 tuần, điểm VAS TB nhóm nghiên cứu giảm từ 6.27 ± 0.83 xuống 0.63 ± 0.56, trong khi nhóm chứng là 6,23 ± 0,88 xuống 1,94 ± 0,73, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

+ 76,7% BN nhóm nghiên cứu cải thiện độ giãn CSTL ở mức độ rất tốt, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng là 19,4% ( $p < 0,05$ ).

+ Cải thiện CNSH hàng ngày: 100% BN nhóm nghiên cứu cải thiện ở mức độ tốt và rất tốt, cao hơn nhóm chứng là 96,8% ( $p < 0,05$ ).

+ Kết quả điều trị chung: Mức độ cải thiện rất tốt của nhóm nghiên cứu (93,3%) cao hơn

nhóm chứng (22,6%) ( $p < 0,05$ ).

+ Tính an toàn: BN nhóm nghiên cứu không gặp tác dụng không mong muốn nào, trong khi nhóm chứng có 19,4% BN có biểu hiện đau tăng sau tiêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al Qaraghi, M. I. & De Jesus, O.** Lumbar Disc Herniation. (StatPearls, 2024).
2. **Landau, W. M. et al.** Assessment: use of epidural steroid injections to treat radicular lumbosacral pain: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 69, 614; author reply 614-615, doi:10.1212/01.wnl.0000278878.51713.c8 (2007).
3. **Milani.** A new and refined injectable treatment for musculoskeletal disorders-Bioscaffold properties of collagen its clinical use. *Physiological Regulating Medicine* 1, 3-15 (2010).
4. **Pavelka, K., Svobodová, R. & Jarošová, H.** MD-Lumbar, MD-Muscle and MD-Neural in the treatment of low back pain. *Physiological Regulating Medicine* 4, 3-6 (2012).
5. **Raychev I.** Efficacy and safety of combined treatment with Guna MD – LUMBAR and Guna MD- ISCHIAL collagen injections in patients with lumbar disc herniation. (2013).
6. **Nguyễn Đình Hiện.** Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng tiêm collagen GUNA Luận văn Chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, (2019).
7. **Nguyễn Văn Thông.** Góp phần nghiên cứu và đánh giá xoa bóp nắn chỉnh cột sống điều trị thoát vị cột sống thắt lưng Luận án Tiến sĩ khoa học Y học, Học viện Quân y, (1993).
8. **Pavelka, K. et al.** Efficacy and tolerability of injectable collagen-containing products in comparison to trimecaine in patients with acute lumbar spine pain (Study FUTURE-MD-Back Pain). 68 (2019).

## ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA Ở RUỘT NON TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Văn Đề<sup>1</sup>, Nguyễn Bằng Lực<sup>2</sup>,  
Phạm Văn Thịnh<sup>2</sup>, Đinh Hữu Tâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm mô bệnh học của bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa hồi cứu và tiến cứu. thực hiện trên 33 bệnh nhân được

được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** tuổi trung bình là 59,0 ± 15,5; lứa tuổi hay gặp nhất là 30-69 chiếm 63,6%. Vị trí hay gặp nhất của khối u là ở hồng tràng chiếm 60,6%. Đặc điểm về giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể khối u cho thấy phần lớn khối u có đặc điểm loét, chảy máu (51,5%), có vỏ (69,7%), mật độ mềm (42,4%), màu sắc chủ yếu là trắng hồng (45,5%). Tế bào học khối u cho thấy toàn bộ số khối u đều có dạng tế bào hình thoi. **Kết luận:** GIST ruột non thường gặp hồng tràng, khối u thường có mật độ mềm, có vỏ, tế bào học có dạng tế bào hình thoi. **Từ khóa:** giải phẫu bệnh, u mô đệm đường tiêu hóa, ruột non.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đề

Email: doctorde108@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

**SUMMARY****PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR IN THE SMALL INTESTINE AT CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108**

**Objective:** Review some pathological features of patients with gastrointestinal stromal tumors in the small intestine at Central Military Hospital 108. **Methods:** Cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective. Conducted on 33 patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumors in the small intestine, treated surgically at Central Military Hospital 108 from January 2016 to May 2024. **Results:** The mean age was  $59.0 \pm 15.5$  years; The most common age group is 30-69, accounting for 63.6%. The most common location of the tumor is in the jejunum, accounting for 60.6%. Pathological characteristics: macroscopic images of the tumor show that the majority of tumors have ulceration, bleeding (51.5%), crust (69.7%), and soft density (42.4%); the main color was pinkish white (45.5%). Tumor cytology showed that all tumors had spindle-shaped cells. **Conclusion:** Small intestinal GISTs often occur in the jejunum. The tumor is often soft in density, has a capsule, and has spindle-shaped cytology. **Keywords:** pathology, gastrointestinal stromal tumor, small intestine.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U mô đệm đường tiêu hóa hay còn gọi là GIST (Gastrointestinal Stromal Tumors) là loại u trung mô bắt nguồn từ các tế bào Cajal [1]. Tỷ lệ mắc khối u ở ruột non rất hiếm, chỉ chiếm từ 1% đến 2% các trường hợp u đường tiêu hóa [2]. Trước đây, các u này thường bị nhầm lẫn với u cơ trơn lành tính hay ác tính (leiomyomas, leiomyoblastomas, leiomyosarcomas) hoặc u thần kinh (schwannomas) do có hình ảnh mô bệnh học tương đồng. Theo quan điểm hiện đại, GIST được định nghĩa là những khối u trung mô của đường tiêu hóa, dương tính với CD117 và liên quan với đột biến gen KIT hoặc PDGFRA với những đặc điểm mô bệnh học đa dạng như dạng tế bào hình thoi hoặc dạng biểu mô [1]. Ở nước ta, mặc dù đã có những báo cáo đầu tiên từ năm 1979 nhưng GIST chỉ thực sự được quan tâm trong khoảng 10 năm nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật. Các báo cáo chủ yếu đi sâu nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị GIST nói chung của đường tiêu hóa mà chưa đề cập sâu tới GIST ruột non. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét một số đặc điểm mô bệnh học của bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân được

chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2024.

**Tiêu chuẩn chọn lựa:** Bệnh nhân được làm xét nghiệm mô bệnh học và chẩn đoán GIST ruột non; có tiêu bản tế bào, tiêu bản nhuộm HE và khối nén lưu tại khoa GPB, bệnh nhân được điều trị phẫu thuật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có kết quả GIST nhưng không ở ruột non. Không đầy đủ thông tin, hồ sơ theo yêu cầu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**\*Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa hồi cứu và tiến cứu.

**\*Cỡ mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi lựa chọn được 33 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu.

**\*Quy trình nghiên cứu:**

Bước 1: Tra cứu kết quả giải phẫu bệnh theo sổ gốc tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện 108 từ 1/2016 đến 5/2024 để lấy các chẩn đoán u mô đệm ruột non (GIST) – chỉ chọn những trường hợp có khẳng định bằng kết quả hóa mô miễn dịch ruột non.

Từ kết quả trên, lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, khoa phòng gửi bệnh phẩm, ngày đọc tiêu bản của bệnh nhân tương ứng theo sổ gốc tại khoa Giải phẫu bệnh.

Bước 2: Lấy ngày ra viện của từng bệnh nhân ở bộ phận vi tính thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp và sổ ra viện của các khoa phòng tương ứng: khoa phẫu thuật ống tiêu hóa, khoa điều trị theo yêu cầu.

Từ đó, tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ lưu trữ bệnh viện 108 theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

**\*Các chỉ số nghiên cứu:**

- Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu.

- Đặc điểm về vị trí khối u

- Đặc điểm về nguồn gốc khối u, mẫu bệnh phẩm

- Đặc điểm đại thể: giải phẫu, ranh giới, mật độ, màu sắc

- Đặc điểm tế bào học.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được nhập và làm sạch trước khi phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Mô tả: tần suất, tỷ lệ, số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các thông tin bệnh nhân chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố BN theo các nhóm tuổi (n=33)**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<30	1	3,0
30 - 49	10	30,3
50 - 69	11	33,3
>70	11	33,3
<b>Cộng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
X±SD	59,0 ± 15,5	
Max -Min	86 - 26	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 59,0 ± 15,5 tuổi, Trong đó tuổi cao nhất là 86 và thấp nhất là 26 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 30 - 69 tuổi chiếm 63,6%. Lứa tuổi dưới 30 tuổi là ít gặp chiếm 3,0%. Tuổi trên 70 chiếm 33,3%.

**Bảng 2. Vị trí khối u (n=33)**

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tả tràng	7	21,2
Hồng tràng	20	60,6
Hồi tràng	6	18,2
<b>Cộng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm về vị trí khối u trên phim CLVT cho thấy vị trí hay gặp nhất của khối u là ở hồng tràng chiếm 60,6%. Vị trí khối u ở tả tràng chiếm 21,2% và ở hồi tràng chiếm 18,2%.

**Bảng 3. Đặc điểm về nguồn gốc khối u (n=33)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Nguồn gốc</b>		
Tại u nguyên phát	33	100,0
Cơ quan di căn	0	0,0
<b>Bệnh phẩm</b>		
Sinh thiết nội soi ống tiêu hóa	4	12,1
Sinh thiết kim	1	3,0
Phẫu thuật sinh thiết	28	84,8
<b>Cộng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Nguồn gốc khối u cho thấy toàn bộ số khối u ở bệnh nhân nghiên cứu đều xuất phát từ mô đệm của ruột non. Bệnh phẩm sinh thiết qua phẫu thuật chiếm tỉ lệ lớn nhất với 84,8%

**Bảng 4. Kết quả hình ảnh đại thể (n=33)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Giải phẫu đại thể</b>		
Sùi	2	6,1
Loét, chảy máu	17	51,5
Thâm nhiễm	1	3,0

Hoại tử	5	15,2
Không mô tả	10	30,3
<b>Vỏ và ranh giới</b>		
Không có vỏ	9	27,3
Có vỏ	23	69,7
Xâm lấn lan tỏa	0	0,0
Không mô tả	1	3,0
<b>Mật độ</b>		
Chắc	12	36,4
Mềm	14	42,4
Hỗn hợp	0	0,0
Không mô tả	7	21,2
<b>Màu sắc</b>		
Tím đỏ	0	0,0
Trắng hồng	15	45,5
Xám hồng	5	15,2
Trắng vàng	5	15,2
Nâu đỏ, hồng xám	6	18,2
Không mô tả	4	12,1

**Nhận xét:** Đặc điểm về hình ảnh đại thể khối u cho thấy phần lớn khối u có đặc điểm loét, chảy máu (51,5%), có vỏ (69,7%), mật độ mềm (42,4%), màu sắc chủ yếu là trắng hồng (45,5%).

**Bảng 5. Đặc điểm về tế bào học khối u (n=33)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Loại tế bào</b>		
Tế bào hình thoi	33	100,0
Tế bào dạng biểu mô	0	0,0
Tế bào hỗn hợp	0	0,0
<b>Cộng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm về tế bào học khối u cho thấy, toàn bộ số khối u đều có dạng tế bào hình thoi chiếm 100,0%.

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi biểu thị hiệu quả tích lũy qua quá trình tiếp xúc với các tác nhân sinh ung thư. Đối với hầu hết các UTBM thì tỷ lệ mới mắc tăng rõ rệt theo tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình là 59,0 ± 15,5. Tuổi cao nhất là 86 và thấp nhất là 26 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 30 - 69 tuổi chiếm 63,6%. Lứa tuổi dưới 30 tuổi là ít gặp chiếm 3,0%. Tuổi trên 70 chiếm 33,3%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Diệp Bảo Tuấn (2016), tuổi trung bình mắc bệnh là 51,9 [3]. Theo Prakash, Sarran và cộng sự (2005), bệnh hay gặp ở người trưởng thành trên 40 tuổi, ở người trẻ rất hiếm và không điển hình [4]. Bệnh cũng có thể gặp ở trẻ nhỏ, đối với những BN này, được gọi là GISTs trẻ em với định nghĩa gặp trong độ tuổi từ 0-18 tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình là 13,6. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, toàn bộ là GISTs người lớn (tuổi thấp nhất là 26 tuổi). So sánh với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài khác, kết quả tuổi mắc bệnh của chúng tôi tương tự với tác giả Rutkowski (2007) với độ tuổi mắc bệnh trung bình là 55 [1]. Kết quả của chúng tôi có thấp hơn một chút so với một số nghiên cứu khác. Theo ghi nhận của tác giả Casali P. G. (2022), tuổi mắc bệnh trung bình là 60-65 [5]. Tuy nhiên, các nghiên cứu phân tích gộp trên thế giới khác đều cho thấy, độ tuổi hay mắc bệnh nhất là từ 50-70 tuổi. Điều này là hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy GISTs có độ tuổi hay gặp là 50-70 tuổi.

Kết quả về đặc điểm về vị trí khối u, cho thấy vị trí hay gặp nhất của khối u là ở hồng tràng chiếm 60,6%. Vị trí khối u ở tá tràng chiếm 21,2% và ở hồi tràng chiếm 18,2%. Trong 50 trường hợp u mô đệm ở ruột non được J.A. Crosby và cộng sự khảo sát thì thấy tỷ lệ phân bố đa phần là ở hồng tràng (34%) và hồi tràng (30%) [6]. Những khối u MĐĐTH ở ruột non xuất phát từ lớp cơ niêm của thành ruột. U ở đoạn D2 tá tràng thì thường có khuynh hướng phát triển đẩy lùi vào trong lòng ruột. Trong khi, ở các vị trí còn lại thì u có khuynh hướng phát triển ra phía ngoài.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong số các phương thức lấy mẫu bệnh phẩm, sinh thiết qua phẫu thuật nội soi ống tiêu hóa chiếm tỷ lệ lớn nhất 84,8%. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở bệnh nhân được phẫu thuật ngay sau khi vào viện, do cách chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, vì vậy nhưng bệnh nhân sẽ được làm mô bệnh học ngay sau khi phẫu thuật cắt u. Chỉ có một số bệnh nhân có khối u lớn, việc sinh thiết chỉ nhằm mục đích để có chẩn đoán mô bệnh học xác định để điều trị. Hơn nữa, sinh thiết xuyên thành bụng đối với khối u nguyên phát GISTs là hạn chế do nguy cơ reo rắc tế bào trong quá trình thực hiện là tương đối cao. Cũng chính vì vậy, số lượng bệnh nhân được sinh thiết kim xuyên thành là thấp chỉ có 1 bệnh nhân.

Về cơ bản có 3 loại tổn thương chính là tổn thương u sùi, loét và thâm nhiễm. Qua nghiên cứu, phối hợp nhận xét đại thể trong quá trình phẫu thuật của các phẫu thuật viên và trả lời kết quả của các chuyên gia giải phẫu bệnh, chúng tôi phân tích chi tiết hơn với tổn thương: u sùi hoặc khối lồi lên đơn thuần, loét hoặc loét chảy máu, u đã hoại tử, u thâm nhiễm thành khối hay lan tỏa. Đặc điểm về hình ảnh đại thể khối u cho thấy phần lớn khối u có đặc điểm loét, chảy máu (51,5%), có vỏ (69,7%), mật độ mềm (42,4%),

màu sắc chủ yếu là trắng hồng (45,5%). Đây là các đặc điểm đại thể phổ biến của khối u GISTs ruột non, mang các đặc điểm pha trộn giữa khối u lành và ác tính. Với những hình ảnh đại thể khối u có vỏ rõ hoặc giả vỏ thường lành tính hơn, trong khi những loại tổn thương kiểu xâm nhập lan tỏa hoặc không có vỏ thì lại rất ác tính.

Tổn thương vi thể của GISTs thường có 3 loại tế bào: chiếm đa số là loại tế bào hình thoi, số ít là tế bào biểu mô và có một số là sự pha trộn của cả hai loại trên. Dạng tế bào hình thoi là tế bào có dạng hình thoi, đặc trưng cho một số loại u. Dạng tế bào biểu mô giống thượng bì là lớp tế bào mỏng che phủ bề mặt trong và lớp ngoài của cơ thể, ống dẫn và mạch máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ số khối u đều có dạng tế bào hình thoi chiếm 100,0%, phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác khi cho rằng tế bào hình thoi là dạng tế bào chiếm chủ yếu trong GISTs [7]. Tuy nhiên nếu chỉ dựa vào hình ảnh vi thể qua phương pháp nhuộm thông thường thì khó chẩn đoán phân biệt giữa GISTs với các sarcoma khác. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Văn Mão (2011) cho thấy, mô bệnh học tế bào hình thoi chiếm đa số đến hơn 75% [8]. Điều này là hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa ở ruột non, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình là  $59,0 \pm 15,5$ ; lứa tuổi hay gặp nhất là 30-69 chiếm 63,6%. Vị trí hay gặp nhất của khối u là ở hồng tràng chiếm 60,6%. Đặc điểm về giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể khối u cho thấy phần lớn khối u có đặc điểm loét, chảy máu (51,5%), có vỏ (69,7%), mật độ mềm (42,4%), màu sắc chủ yếu là trắng hồng (45,5%). Tế bào học khối u cho thấy toàn bộ số khối u đều có dạng tế bào hình thoi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rutkowski P., Nowecki Z. I., Dębiec-Rychter M., et al.** (2007). Predictive factors for long-term effects of imatinib therapy in patients with inoperable/metastatic CD117 (+) gastrointestinal stromal tumors (GISTs). *Journal of cancer research and clinical oncology*, 133: 589-597.
2. **Beltran M. A., Cruces K. S.** (2007). Primary tumors of jejunum and ileum as a cause of intestinal obstruction: a case control study. *International Journal of Surgery*, 5(3): 183-191.
3. **Diệp Bảo Tuấn** (2016), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

4. **Prakash S., Sarran L., Socci N., et al.** (2005). Gastrointestinal stromal tumors in children and young adults: a clinicopathologic, molecular, and genomic study of 15 cases and review of the literature. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 27(4): 179-187.
5. **Casali P. G., Blay J. Y., Abecassis N., et al.** (2022). Gastrointestinal stromal tumours: esmo-euracan-genturis Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology*, 33(1): 20-33.
6. **Crosby J. A., Catton C. N., Davis A., et al.** (2001). Malignant gastrointestinal stromal tumors of the small intestine: a review of 50 cases from a prospective database. *Annals of surgical oncology*, 8: 50-59.
7. **Tan C. B., Zhi W., Shahzad G., et al.** (2012). Gastrointestinal stromal tumors: a review of case reports, diagnosis, treatment, and future directions. *International Scholarly Research Notices*, 2012(1): 595968.
8. **Nguyễn Văn Mão** (2011). Đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch u mô đệm dạ dày ruột ngoài ống tiêu hóa. *Tạp chí Y dược học - Trường đại học Y dược Huế*, 2: 65-71.

## YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Mai Kiều Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>2</sup>, Phạm Nhật An<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm mô tả các yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 124 trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm và 248 trẻ khỏe mạnh tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Các yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn sơ sinh sớm bao gồm: (1) liên quan đến mẹ: sốt trong chuyển dạ (OR 26,4 95% CI [11,5 - 60,4]), nhiễm trùng sinh dục (OR 2,3; 95% CI [1,1 - 4,9]); (2) liên quan đến con: đẻ non (OR 3,1; 95% CI [1,8 - 5,3]), cân nặng sơ sinh thấp (OR 4,4; 95% CI [1,7 - 11,3]), APGAR 1 phút dưới 7 điểm (OR 5,7; 95% CI [3,4 - 11,7]); (3) liên quan đến cuộc đẻ: ối vỡ sớm (OR 3,0; 95% CI [1,7 - 5,5]), ối bẩn (OR 5,5; 95% CI [2,3 - 10,7]) và chuyển dạ kéo dài (2,7 [1,1 - 6,7]). **Kết luận:** Xác định chính xác yếu tố nguy cơ giúp phát hiện sớm nhiễm trùng sơ sinh ở trẻ, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và tránh sử dụng kháng sinh không cần thiết.

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, nhiễm khuẩn sơ sinh

### SUMMARY

#### RISK FACTORS OF EARLY ONSET NEONATAL SEPSIS IN VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** This study aimed to describe factors related to early onset neonatal sepsis in Vinmec Times City International Hospital. **Subject and methods:** A cross-sectional study was conducted at Vinmec Times

City International Hospital, enrolling 124 newborns with early onset neonatal sepsis and 248 healthy newborns in the control group from 01/2023 to 12/2023. **Results:** The results showed that factors related to early onset sepsis including (1) maternal factors: intrapartum fever (OR 26,4 95% CI [11,5 - 60,4]), genital infection (OR 2,3; 95% CI [1,1 - 4,9]), (2) neonatal risk factors: premature birth (OR 3,1; 95% CI [1,8 - 5,3]), low birth weight (OR 4,4; 95% CI [1,7 - 11,3]), APGAR score at 1 minute < 7 (OR 5,7; 95% CI [3,4 - 11,7]), (3) birth related factors: premature rupture of membrane (OR 3,0; 95% CI [1,7 - 5,5]), abnormal amniotic fluid (OR 5,5; 95% CI [2,3 - 10,7]) and prolonged labor period (2,7 [1,1 - 6,7]). **Conclusions:** Accurately identifying risk factors in neonatal sepsis helps early diagnosis, thereby improving treatment effectiveness and preventing unnecessary antibiotic use.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng là một trong những gánh nặng bệnh tật và tử vong phổ biến trong thời kỳ sơ sinh. Theo thống kê năm 2015, trong số 5,9 triệu ca tử vong ở trẻ em, gần 1 triệu ca tử vong xảy ra trong vòng 24 giờ sau sinh và khoảng 2 triệu ca tử vong xảy ra trong tuần đầu. Trong số nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh, nhiễm trùng sơ sinh là nguyên nhân thứ ba, chiếm 15% số ca tử vong trên toàn cầu (1). Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là các nhiễm trùng xuất hiện trong vòng 72 giờ đầu sau sinh với nhiều đặc điểm liên quan trực tiếp tới các yếu tố về nhân khẩu xã hội, bà mẹ và trẻ sơ sinh. Việc xác định căn nguyên vi sinh và điều trị còn nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu của nhiễm trùng sơ sinh sớm và thiếu các xét nghiệm chẩn đoán nhanh. Do đó việc xem xét các yếu tố nguy cơ khác nhau đối với nhiễm khuẩn sơ sinh là rất quan trọng trong việc dự phòng cũng như phát hiện sớm nhằm giảm thiểu

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Kiều Anh

Email: maikieuanh76@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024