

Đồ uống có cồn, đặc biệt là bia rượu có nhiều carbohydrate có thể làm tăng lượng đường trong máu, bên cạnh đó bia rượu gây cản trở khả năng làm việc của gan làm giảm quá trình dự trữ glucose do đó gián tiếp làm tăng lượng glucose trong máu. Ngoài ra bia rượu còn kích thích sự thèm ăn làm người bệnh ăn quá nhiều gây ảnh hưởng để việc kiểm soát lượng đường trong máu.<sup>8</sup> Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa hành vi uống rượu, bia và TTDD của ĐTNC với  $p < 0,05$ . ĐTNC uống rượu, bia có nguy cơ mắc TCBP cao gấp 2,51 lần so với nhóm ĐTNC không uống rượu, bia với 95%CI: (1,30-4,87). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Phương Lan<sup>7</sup> kết luận rằng ĐTNC có uống rượu bị có nguy cơ TCBP gấp 4,03 lần so với ĐTNC không uống rượu bia.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 225 người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện 18-8 Bộ Công an cho thấy tỷ lệ TCBP vẫn còn cao ở các ĐTNC (thừa cân chiếm 30,7%; béo phì chiếm 20,9%). Có sự liên quan giữa tình trạng TCBP với giới tính, và tình trạng hôn nhân, thói quen sử dụng bia rượu của ĐTNC. Cần có thêm nhiều hoạt động truyền thông, tư vấn, giáo dục dinh dưỡng với hình thức đa dạng, phù hợp, khả thi cho những đối tượng có nguy cơ để góp phần hạn chế tình TCBP.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF Diabetes Atlas eighth edition.**

2. **Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al.** Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.*
3. **Pham Minh Ngoc, Eggleston K.** Prevalence and determinants of diabetes and prediabetes among Vietnamese adults. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016;113:116-124. doi:10.1016/j.diabres.2015.12.009.
4. **Trần Thị Lệ Thu, Chu Thị Tuyết, Nguyễn Quang Dũng, Trần Thị Phúc Nguyệt.** Tình trạng dinh dưỡng và thực hành chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm* 2017. p. 23-28
5. **Khổng Thị Thuý Lan, Phạm Duy Tường** (2017). Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần và tập tính ăn uống của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2015-2016. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 13(4), 111-118.
6. **Nguyễn Thị Đinh, Lê Thị Hương, Dương Thị Phương và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan tại khoa Nội bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội năm 2016. *Tạp chí Dinh dưỡng thực phẩm*; 2017. p. 1-7.
7. **Trần Thị Phương Lan, Phạm Hùng, Nguyễn Huy Bình, Nguyễn Thị Hương Lan** (2021). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bắc Quảng Bình. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2022;17(3):41-48. doi:10.56283/1859-0381/64
8. **Hurst Y., Fukuda H.** Effects of changes in eating speed on obesity in patients with diabetes: A secondary analysis of longitudinal health check-up data. *BMJ Open.* 2018;8(1):1-8

## BÁO CÁO CA LÂM SÀNG UNG THƯ VÚ DI CĂN DA ĐẦU ĐIỀU TRỊ BẰNG PEMBROLIZUMAB VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Đặng Tiến Giang<sup>1</sup>, Khúc Chí Hiếu<sup>1</sup>, Hoàng Bảo Ngọc<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Ung thư vú di căn da đầu rất hiếm gặp. Bệnh tiên lượng xấu, phương pháp điều trị chính hiện nay vẫn là điều trị toàn thân, tuy nhiên hiệu quả điều trị kém. Bệnh ít đáp ứng với hóa chất. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 49 tuổi đã kết thúc điều trị ung thư vú phải trước đó 6 tháng, vào viện vì khối u vùng thái dương trái. Qua thăm

khám lâm sàng, cận lâm sàng, sinh thiết tổn thương kết quả là khối u di căn da đầu nguồn gốc từ vú. Ngoài tổn thương da đầu còn phát hiện các tổn thương thứ phát khác ở hạch cổ, phổi và xương. Bệnh nhân được điều trị phác đồ Gemcitabin Carboplatin Pembrolizumab. Sau 3 chu kỳ bệnh đáp ứng một phần, sau 6 chu kỳ bệnh tiến triển. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong y văn về những trường hợp ung thư vú di căn da nói chung và di căn da đầu nói riêng. **Từ khóa:** Ung thư vú di căn da đầu, di căn da đầu, pembrolizumab

### SUMMARY

**SCALP METASTASIS OF BREAST CANCER TREATED WITH PEMBROLIZUMAB AND LITERATURE REVIEW**

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Tiến Giang

Email: bsdtgiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

Scalp metastasis from breast cancer is extremely rare. The prognosis is poor, and systemic therapy remains the primary treatment approach, although its effectiveness is limited. The disease shows little response to chemotherapy. In this paper, we report a case of a 49-year-old female patient who had completed treatment for right breast cancer six months prior and presented with a tumor in the left temporal region. Clinical examination, ultrasound, and biopsy of the lesion revealed a scalp metastasis originating from the breast. In addition to the scalp lesion, secondary metastases were also found in the cervical lymph nodes, lungs, and bones. The patient was treated with a regimen of Gemcitabine, Carboplatin, and Pembrolizumab. After three cycles, the disease showed partial response, but after six cycles, the disease progressed. Through this clinical case, we review the clinical presentation, diagnostic findings, and treatment outcomes in the literature on scalp metastasis breast cancer.

**Keywords:** Scalp metastasis of breast cancer, scalp metastasis, pembrolizumab

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Hàng năm, trên thế giới có khoảng hơn 2,2 triệu trường hợp mới mắc và hơn 684.996 trường hợp tử vong. Tỷ lệ này tại Việt Nam tương ứng là 21.555 trường hợp mới mắc và hơn 9.345 trường hợp tử vong do UTV<sup>1</sup>. Ung thư vú di căn xa đến da đầu hiếm gặp. Hơn 50 năm trước, di căn da lần đầu tiên được báo cáo chủ yếu liên quan đến ung thư phổi, dạ dày và một tỉ lệ nhỏ ung thư vú ở giai đoạn cuối. Trong số các di căn da, di căn da đầu ít gặp hơn. Mặt khác di căn da đầu từ ung thư vú hiếm gặp hơn so với các loại ung thư khác. Các báo cáo trước đó cho thấy trong 12,8% các khối u di căn đến da đầu, ung thư vú chỉ chiếm 7,84%<sup>2</sup>. Thời gian sống còn toàn bộ từ khi bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú di căn da ước tính là < 1 năm. Lợi ích của hóa trị trong các trường hợp này còn nhiều hạn chế. Điều trị miễn dịch có thể là lựa chọn mới trong điều trị ung thư vú di căn da đầu. Tại đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp một phụ nữ 49 tuổi được chẩn đoán ung thư vú tái phát di căn da đầu sau đó được điều trị phối hợp hóa trị và Pembrolizumab. Qua đó nhằm hệ thống lại những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư vú di căn da đầu cũng như điều trị và tiên lượng bệnh.

## II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 49 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp 10 năm, điều trị thuốc amlodipin 5mg hàng ngày kiểm soát huyết áp ổn định. Trước đó 17 tháng bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú phải giai đoạn pT2N0M0, đã được điều trị phẫu

thuật MRM vú P, hóa chất bổ trợ phác đồ 4AC 4P ra viện theo dõi ngoại trú cách đây 6 tháng. Đặc điểm mô bệnh học khối u vú P: Carcinoma thể dị sản vảy, xét nghiệm hóa mô miễn dịch ER (-), PR (-), Her 2 (-), Ki67 90%. Một tháng nay, bệnh nhân sờ thấy khối vùng thái dương trái kích thước khoảng 1 cm, không đau, không vỡ loét chảy dịch. Khám lâm sàng cho thấy đây là một tổn thương da đơn độc, nổi lên bề mặt da, bề mặt nhẵn, màu đỏ. Bệnh nhân nhập viện được đánh giá đầy đủ bằng các phương pháp cận lâm sàng để phát hiện các tổn thương thứ phát khác của ung thư vú. Một số kết quả nổi bật gồm siêu âm phần mềm da đầu có khối giảm âm phần mềm thái dương trái kích thước 10mm. Kết quả sinh thiết tổn thương da đầu carcinoma xâm nhập độ 3 nghi tới tấp dạng đây nguồn gốc vú, hóa mô miễn dịch ER (-), PR (-), Her 2 (-), Ki67 70%, GATA 3 (+), CK5/6 (+), EGFR (-), P63 (-). Siêu âm cổ có nhiều hạch cổ hai bên vị trí nhóm III, IV kích thước lớn nhất 11x16mm, kết quả sinh thiết hạch cổ di căn carcinoma, hóa mô miễn dịch hạch cổ ER (-), PR (-), Her 2 (-), Ki67 50%. Cắt lớp vi tính ngực có các nốt rải rác hai phổi kích thước lớn nhất 19mm. Cắt lớp vi tính bụng có ổ tiêu xương thân xương L5 và cánh chậu T. Một số kết quả khác CPS 15, MSI (-) và BRCA ½ (-). Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú tái phát di căn da đầu, hạch cổ 2 bên, phổi, xương. Bệnh nhân đã được điều trị hóa chất phác đồ Gemcitabin Carboplatin Pembrolizumab. Sau 3 chu kì đánh giá lại, tổn thương da đầu giảm kích thước từ 10 mm còn 5 mm trên siêu âm, tổn thương hạch cổ 2 bên giảm kích thước từ 16 mm còn 10 mm, tổn thương phổi giảm từ 19 mm còn 8 mm. Kết luận bệnh đáp ứng điều trị một phần theo tiêu chuẩn RECIST, bệnh nhân tiếp tục điều trị thêm 3 chu kì Gemcitabin Carboplatin Pembrolizumab. Đánh giá lại sau kết thúc 6 chu kì cho thấy xuất hiện tổn thương não trên MRI vị trí thùy đỉnh trái kích thước 7 mm. Tổn thương hạch cổ tăng kích thước lên 18 mm, tổn thương phổi kích thước 12 mm và tổn thương da đầu kích thước 16 mm. Đánh giá bệnh tiến triển. Bệnh nhân được điều trị tổn thương não bằng dao gamma, kết thúc điều trị tổn thương não, bệnh nhân được chuyển điều trị phác đồ hóa chất Capecitabin. Sau 2 chu kì Capecitabin, bệnh tiến triển tổn thương phổi lan tỏa, tràn dịch màng phổi 2 bên mức độ nhiều, tổn thương da đầu tăng kích thước 2 cm. Có tình trạng suy hô hấp spO2 không oxy 90%, đau nhiều vị trí di căn da đầu và xương. Đánh giá bệnh tiến triển, đáp ứng kém với điều trị toàn thân. Bệnh nhân được chăm sóc triệu chứng tại

nhà và tử vong sau 2 tháng. Tổng thời gian từ khi phát hiện ung thư vú tái phát tổn thương da đầu đến khi bệnh tử vong kéo dài 12 tháng.

### III. BÀN LUẬN

Ung thư vú là khối u ác tính phổ biến nhất ở phụ nữ. Di căn xa có thể xuất hiện ngay tại thời điểm chẩn đoán hoặc tái phát sau điều trị. Ung thư vú di căn da nói chung, đặc biệt di căn da đầu nói riêng rất hiếm gặp. Do tỉ lệ di căn da đầu ở ung thư vú thấp nên không có nhiều các nghiên cứu lớn về chẩn đoán, điều trị các trường hợp ung thư vú di căn da đầu. Kinh nghiệm chẩn đoán, điều trị ung thư vú da đầu được ghi nhận thông qua các báo cáo lâm sàng đơn lẻ. Một số đặc điểm của ung thư vú di căn da đầu mà chúng tôi ghi nhận được qua các ca lâm sàng đã báo cáo:

**Di căn da và da đầu:** Tỷ lệ hiếm gặp và biểu hiện lâm sàng

Theo nghiên cứu của Prabhu và cộng sự (2009), di căn da chỉ chiếm từ 0,7% đến 9% tổng số các di căn, có thể là dấu hiệu đầu tiên hoặc là dấu hiệu tái phát của một khối u ác tính, dự báo tiên lượng xấu. Cũng trong nghiên cứu này, u ác tính da đầu chỉ chiếm 2% tổng số các khối u da, có thể xuất phát từ biểu bì, đơn vị lông, tuyến mồ hôi hoặc xuất hiện dưới dạng khối di căn<sup>3</sup>. Di căn da của ung thư vú thường xuất hiện ở vùng da bên trên hoặc gần khối u nguyên phát. Có các loại hình thái khác nhau di căn da của ung thư vú, bao gồm các nốt đơn lẻ, nhiều nốt đỏ tập trung thành mảng thâm nhiễm hoặc khối u. Người bệnh có thể có cảm giác ngứa hoặc không ở vị trí tổn thương da. Trong nhiều trường hợp để muộn, các tổn thương da lan rộng dẫn đến hoại tử, loét chảy dịch.

**Phân biệt giữa ung thư vú di căn da và các loại ung thư di căn da khác.** Nghiên cứu của Lookingbill và cộng sự (1990) trên 7316 bệnh nhân ung thư đã chỉ ra rằng 5% trong số họ có liên quan đến da, nhưng chỉ 0,8% trong số đó có biểu hiện da là triệu chứng đầu tiên của ung thư. Điều này cho thấy di căn da, đặc biệt là da đầu, là biểu hiện lâm sàng hiếm gặp và khó chẩn đoán chính xác<sup>4</sup>.

Các báo cáo khác như của Chuang và cộng sự (2007) đã phát hiện rằng di căn da ở đầu có thể đến từ các loại ung thư nguyên phát khác nhau, bao gồm ung thư phổi, đại trực tràng, gan và vú<sup>5</sup>. Điều này cho thấy, việc chẩn đoán di căn da đầu cần sự thận trọng trong việc loại trừ các khối u nguyên phát khác, không chỉ tập trung vào ung thư vú.

Trên bệnh nhân của chúng tôi, tổn thương

ban đầu là một nốt đơn độc xuất hiện bề mặt da vùng thái dương trái. Tổn thương kích thước nhỏ khoảng 1 cm không gây đau, không vỡ loét chảy dịch nên người bệnh đã nghĩ đến một tổn thương viêm da lành tính. Do có tiền sử điều trị ung thư vú trước đó, khi đến khám tại cơ sở y tế, người bệnh được đánh giá toàn diện và phát hiện ngoài tổn thương da còn xuất hiện thêm các tổn thương khác ở hạch cổ, xương, phổi nên định hướng đến tổn thương ác tính thứ phát từ ung thư vú hơn là một tổn thương da lành tính. Tuy nhiên nhiều trường hợp, tổn thương da đầu đơn độc sẽ khiến chẩn đoán ban đầu gặp nhiều khó khăn có thể làm sai lệch chẩn đoán hoặc làm chậm quá trình chẩn đoán bệnh.

**Vai trò của miễn dịch mô hóa học và các dấu ấn sinh học trong chẩn đoán phân biệt.**

Một trong những thách thức lớn trong việc chẩn đoán di căn da từ ung thư vú là việc phân biệt với các khối u tuyến mồ hôi của da đầu, do đặc điểm bệnh lý tương tự. Các nghiên cứu như của Shelke và cộng sự (2012) và Kuwayama và cộng sự (2011) đều báo cáo về những trường hợp di căn da từ ung thư vú biểu hiện dưới dạng các nốt hoặc khối u cứng, dễ bị nhầm lẫn với ung thư da khác<sup>2,6</sup>. Điều này yêu cầu sử dụng xét nghiệm hóa mô miễn dịch (IHC) để xác định nguồn gốc của khối u.

Trong việc phân biệt giữa di căn ung thư vú và ung thư da nguyên phát, xét nghiệm IHC là công cụ quan trọng. Các dấu ấn như cathepsin D và P63 đã được chứng minh có giá trị trong việc chẩn đoán phân biệt, nhưng các nghiên cứu vẫn chưa xác định được một dấu ấn đặc hiệu duy nhất. P63 xuất hiện ở 90,9% các trường hợp ung thư da nguyên phát trong khi chỉ chiếm 8,3% ung thư vú di căn da<sup>7</sup>. Các dấu ấn khác như E-cadherin, pan-cytokeratins, kháng nguyên màng biểu bì và kháng nguyên phôi thai cũng có thể được sử dụng trong việc xác định nguồn gốc di căn. GATA 3 là một dấu ấn có độ nhạy cao trong ung thư biểu mô tuyến vú nhưng thiếu tính đặc hiệu do đó cần kết hợp thêm với các dấu ấn khác để chẩn đoán. Ngoài ra, thụ thể androgen có thể là một yếu tố quan trọng để phân biệt nguồn gốc ung thư vú. Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh phẩm da được nhuộm hóa mô miễn dịch với P63 (-), EGFR (+), GATA 3(+), CK 5/6 (+), Her 2/neu (-), ER (-), PR (-). Kết quả này cho thấy tổn thương di căn da nghĩ tới dạng đáy nguồn gốc từ vú.

**Thách thức trong điều trị và tiên lượng.**

Di căn da đầu từ ung thư vú thường đi kèm với các vị trí di căn khác, biểu hiện như một dấu hiệu của tiến triển hoặc di căn lan rộng. Điều trị

di căn da đầu từ ung thư vú đòi hỏi chiến lược cá nhân hóa, bao gồm phẫu thuật cắt bỏ, xạ trị và hóa trị. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy tiên lượng cho bệnh nhân di căn da đầu thường rất xấu, đặc biệt đối với các trường hợp bệnh nhân lớn tuổi. Tỷ lệ sống sót thấp và nguy cơ tái phát cao là thách thức lớn trong việc điều trị. Đối với ca bệnh của chúng tôi, Dựa trên dữ liệu từ nghiên cứu Keynote 355, chúng tôi đã điều trị thăm dò phác đồ Gemcitabin Carboplatin kết hợp Pembrolizumab<sup>8</sup>. Sau 3 chu kỳ đánh giá lại các tổn thương thứ phát đều đáp ứng tốt bao gồm cả tổn thương da đầu. Điều này mở ra triển vọng mới trong điều trị ung thư vú di căn da đầu. Tuy nhiên thời gian bệnh ổn định không kéo dài, sau 6 chu kỳ điều trị các tổn thương tiến triển nhanh bao gồm tổn thương da đầu và xuất hiện thêm tổn thương não. Bệnh nhân tuy được kết hợp điều trị tổn thương não bằng dao gama và thay đổi phác đồ hóa chất sau đó nhưng không đáp ứng. Tổng thời gian sống còn toàn bộ từ khi chẩn đoán bệnh tái phát đến khi bệnh tử vong là 12 tháng.

#### IV. KẾT LUẬN

Ung thư vú di căn da đầu rất hiếm gặp, việc chẩn đoán và điều trị cần thực hiện đầy đủ và chính xác. Việc phân biệt với các loại ung thư da khác là một thách thức lớn, đòi hỏi sự kết hợp giữa xét nghiệm hóa mô miễn dịch, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá lâm sàng. Chiến lược điều trị phải được cá nhân hóa và tối ưu hóa để giảm bớt triệu chứng và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Trong ca bệnh của chúng tôi, mặc dù đã được điều trị tích cực với hóa chất kết hợp

thuốc miễn dịch pembrolizumab tuy nhiên bệnh tiến triển nhanh. Những đặc điểm về trường hợp ca bệnh của chúng tôi phù hợp với những ghi nhận trước đây trong y văn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory.** Accessed August 18, 2024. <https://gco.iarc.fr/en>
2. **Chiu CS, Lin CY, Kuo TT, et al.** Malignant cutaneous tumors of the scalp: a study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(3): 448-452. doi:10.1016/j.jaad.2006.08.060
3. **Prabhu S, Pai SB, Handattu S, Kudur MH, Vasanth V.** Cutaneous metastases from carcinoma breast: the common and the rare. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009; 75(5):499-502. doi:10.4103/0378-6323.55395
4. **Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM.** Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22(1):19-26. doi:10.1016/0190-9622(90)70002-y
5. **Vn S.** Multiple Remote Cutaneous Metastases From Male Breast Carcinoma- Cytodiagnosis Of A Case. *J Cytol Histol.* 2012;03(04). doi:10.4172/2157-7099.1000148
6. **Kuwayama T, Sato T, Nakagawa T, et al.** [A case of scalp metastases from breast cancer successfully treated with letrozole]. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2011;38(12):2183-2185.
7. **Rollins-Raval M, Chivukula M, Tseng GC, Jukic D, Dabbs DJ.** An immunohistochemical panel to differentiate metastatic breast carcinoma to skin from primary sweat gland carcinomas with a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2011; 135(8): 975-983. doi:10.5858/2009-0445-OAR2
8. **Pembrolizumab plus Chemotherapy in Advanced Triple-Negative Breast Cancer. N Engl J Med.** 2022;387(3):217-226. doi:10.1056/NEJMoa2202809

## KHẢO SÁT KIẾN THỨC CHUNG CỦA BÁC SĨ TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM HIỆN NAY

Phùng Nguyễn Thế Nguyên<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Mai Anh<sup>1</sup>, Trần Minh Tuấn<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn vẫn đang là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em trên toàn thế giới, trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu nhằm khảo sát việc áp dụng các hướng

dẫn trong thực hành điều trị nhiễm khuẩn huyết của các Bác sĩ (BS) ở Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu khảo sát cắt ngang mô tả trên đối tượng BS về chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn huyết trẻ em theo hướng dẫn của Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2020. Thu thập dữ liệu dựa trên bảng câu hỏi dự định sẵn. **Kết quả:** Từ 5/2024 đến 6/2024, nghiên cứu ghi nhận 219 BS phản hồi. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Có 24,6% BS sàng lọc sốc nhiễm khuẩn trong vòng 5 phút và 86,3% sử dụng dịch truyền bolus (20 mL/kg). Có 65,3% BS chọn Adrenaline là vận mạch đầu tay. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh (KS) trong vòng 60 phút là 96,8% với Carbapenem được dùng nhiều nhất (54,3%) và thường phối hợp với Vancomycin (21,5%) hoặc Aminoglycoside (21,5%). Có 26,0% BS chưa

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Tuấn

Email: tuantran@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024