

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT NHÂN DI CĂN GAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG DI CĂN GAN TẠI KHOA NGOẠI BỤNG 2 – BỆNH VIỆN K

Đoàn Trọng Tú¹, Phạm Thế Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt nhân di căn gan ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan tại khoa ngoại bụng 2-bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 37 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan được phẫu thuật cắt nhân di căn. **Kết quả:** Thời gian nằm viện trung bình là 8,5±2,3 ngày. Không có trường hợp nào mổ lại và tử vong liên quan phẫu thuật. 20/37 trường hợp tái phát (54,1%) trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 64,9%, 52,0% và 41,7%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 72,6%, 62,3% và 43,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tổn thương di căn gan khả thi, an toàn và mang lại kết quả sống thêm lâu dài tương đối khả quan.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, cắt gan, sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

SUMMARY

RESULTS OF HEPATIC RESECTION IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER WITH LIVER METASTASIS AT DEPARTMENT OF ABDOMINAL SURGERY 2 - K HOSPITAL

Purpose: To evaluate the results of hepatic resection in patients with colorectal cancer with liver metastasis at Department of Abdominal Surgery 2 - K Hospital. **Patients and method:** A retrospective descriptive study on 37 patients with colorectal cancer with liver metastases who underwent metastasectomy. **Results:** The average hospital stay was 8.5±2.3 days. There were no cases of reoperation or surgery-related death. 20/37 cases (54.1%) relapsed during the follow-up period. The 1-year, 2-year, and 3-year disease-free survival rates were 64.9%, 52.0%, and 41.7%, respectively. The 1-year, 2-year, and 3-year overall survival rates were 72.6%, 62.3%, and 43.1%, respectively. **Conclusion:** Surgical resection of liver metastases is feasible, safe, and provides relatively good long-term survival results.

Keywords: Colorectal cancer, hepatic resection, disease-free survival, overall survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ung thư thường gặp của đường tiêu hóa. Khoảng 50% các trường hợp ung thư đại trực tràng sau điều trị sẽ tái phát di căn, trong đó gan là một trong

những vị trí di căn thường gặp nhất. Do đó, điều trị ung thư đại trực tràng di căn gan là một vấn đề được quan tâm và nghiên cứu nhiều trong những năm gần đây. Điều trị ung thư đại trực tràng di căn gan là điều trị đa mô thức phối hợp các phương pháp điều trị tại chỗ (phẫu thuật, đốt sóng cao tần, nút mạch gan,...) với các phương pháp điều trị toàn thân (hóa chất, điều trị đích, miễn dịch,...). Với các tổn thương di căn gan có tiềm năng phẫu thuật, việc can thiệp loại bỏ toàn bộ tổn thương di căn được xem là điều trị triệt căn và mang lại tiên lượng tương đối khả quan với thời gian sống thêm trung vị 3,6 năm, tỷ lệ sống thêm 5 năm và 10 năm là 38% và 26% tương ứng.¹ Tại khoa Ngoại bụng 2 trong những năm qua cũng đã thực hiện nhiều ca phẫu thuật cắt nhân di căn gan cho các trường hợp di căn từ đầu hoặc tái phát sau điều trị triệt căn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan được phẫu thuật cắt nhân di căn tại khoa Ngoại bụng 2 từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân tái phát sau điều trị hoặc di căn gan từ thời điểm chẩn đoán được phẫu thuật cắt u nguyên phát và tổn thương di căn gan.
- Giải phẫu bệnh tổn thương gan và tổn thương nguyên phát đại trực tràng là ung thư biểu mô tuyến.
- Không có tổn thương di căn tại vị trí khác.
- Phẫu thuật đạt R0.
- PS= 0,1.
- Có hồ sơ lưu trữ, thông tin liên hệ đầy đủ để theo dõi sống thêm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mắc bệnh ung thư thứ 2.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Chọn mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, tổng 37 bệnh nhân.

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, giới, vị trí u nguyên phát, mức độ biệt hóa khối u, vị trí, số lượng và kích thước tổn thương di căn gan, nồng độ CEA chẩn lược điều trị. Đánh giá kết quả điều trị bao gồm

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú

Email: trongtubvk2@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 10.2.2025

kết quả sớm: Biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện và kết quả lâu dài: Tỷ lệ tái phát, tỷ lệ sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh.

Phân tích số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Tuổi và giới

Giới	n		%
	Nam	Nữ	
Tuổi	<40	2	5,4
	40-59	14	37,8
	≥60	21	56,8
	Tuổi trung bình: 60,5±10,1		

Nhận xét: Giới nam hay gặp hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1. Độ tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi với tỷ lệ 56,8%.

Bảng 3.2: Vị trí khối u nguyên phát

Vị trí khối u		n	Tỷ lệ (%)	n (%)
Nửa phải đại tràng	Manh tràng	2	5,4	
	Đại tràng lên	7	18,9	
	Đại tràng góc gan	4	10,8	
Nửa trái đại tràng	Đại tràng ngang phía phải	1	2,7	23 (62,2)
	Đại tràng ngang phía trái	1	2,7	
	Đại tràng góc lách	2	5,4	
	Đại tràng xuống	3	8,1	
	Đại tràng Sigma	6	16,2	
Trực tràng		11	29,7	
Tổng		37	100	

Nhận xét: Khối u nguyên phát nửa đại tràng trái hay gặp hơn với tỷ lệ 62,2%, đặc biệt là trực tràng có 11/37 trường hợp (29,7%).

Bảng 3.3: Thời điểm di căn

	Số BN	Tỷ lệ (%)
Di căn gan từ thời điểm chẩn đoán	28	75,7
Tái phát di căn gan	9	24,3

Nhận xét: Đa phần các tổn thương di căn từ đầu với tỷ lệ 75,7%.

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương di căn gan

Tổn thương di căn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Vị trí di căn	Gan phải	27	73,0
	Gan trái	7	18,9
	Cả hai thùy	3	8,1
Số lượng tổn thương	1 ổ	33	89,2
	2 ổ	3	8,1
	3 ổ	1	2,7
Kích thước u	<2cm	16	43,3
	2-4cm	14	37,8
	>4cm	7	18,9

Nhận xét: Di căn gan phải thường gặp hơn với tỷ lệ 73,0%, đa phần các trường hợp di căn

đơn ổ (89,2%), thường gặp các tổn thương nhỏ <2cm với tỷ lệ 43,3%, các khối di căn trên 4cm chỉ gặp 18,9%.

Bảng 3.5. Giải phẫu bệnh khối u

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa	30	81,1
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém	7	18,9
Tổng số	37	100

Nhận xét: Đa phần các trường hợp u nguyên phát là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm 81,1%.

Bảng 3.6. Nồng độ CEA

Nồng độ CEA	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤5UI/ml	13	35,1
>5ng/ml	24	64,9
Trung bình	36,5±17,8	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA tăng là 64,9%.

Bảng 3.7. Chiến lược điều trị

Nhóm bệnh nhân	Chiến lược điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Di căn từ đầu (n=28)	Cắt u nguyên phát + tổn thương gan một thì → Hóa chất	23	82,1
	Cắt u nguyên phát → Hóa chất → Cắt tổn thương gan	5	17,9
Tái phát di căn gan (n=9)	Phẫu thuật trước → Hóa chất	6	66,7
	Hóa chất → Phẫu thuật	3	33,3

Nhận xét: Đối với nhóm bệnh nhân di căn từ đầu chiến lược cắt u nguyên phát và tổn thương di căn một thì là chủ yếu chiếm 82,1%. Đối với nhóm tái phát tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trước là 66,7%.

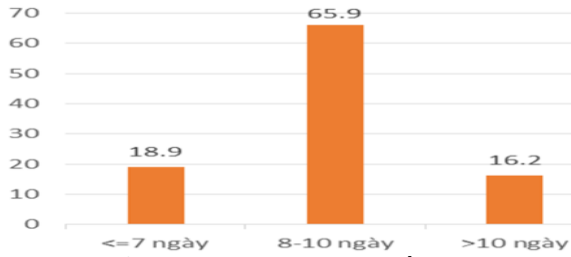
3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.8 Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	3	8,1
Ổ dịch tồn dư	2	8,1
Chảy máu sau mổ	1	2,7
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,7
Rò mật	0	0
Suy gan	0	0

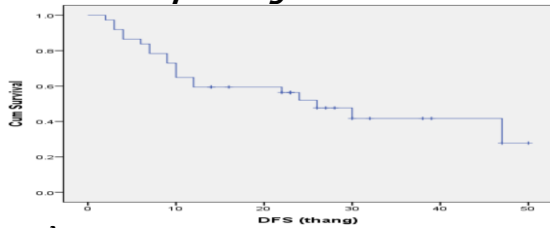
Nhận xét: Có 3 trường hợp tràn dịch màng phổi và 2 trường hợp có ổ dịch tồn dư sau mổ, 1 trường hợp chảy máu mức độ ít điều trị nội khoa ổn định, không có trường hợp nào rò mật và suy gan.



Biểu đồ 3.1. Thời gian nằm viện

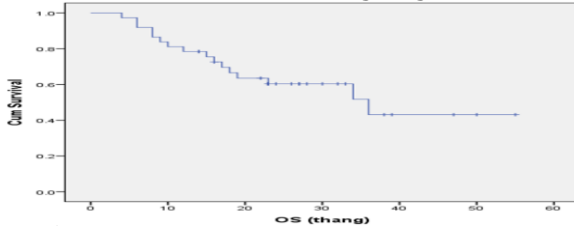
Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là $8,5 \pm 2,3$ ngày, sớm nhất là 6 ngày và muộn nhất là 13 ngày, chủ yếu bệnh nhân nằm viện trong khoảng 8-10 ngày chiếm 65,9%.

3.2.2. Kết quả sống thêm



Biểu đồ 3.2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

Nhận xét: DFS 1 năm, 2 năm, 3 năm là 64,9%, 52,0% và 41,7% tương ứng.



Biểu đồ 3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Nhận xét: OS ước tính 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 72,6%, 62,3% và 43,1%.

Bảng 3.9. Tái phát sau điều trị

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tái phát		20	54,1
Không tái phát		17	45,9
Thời gian tái phát	<6 tháng	6	30,0
	6-12 tháng	7	35,0
	12-24 tháng	4	20,0
	>24 tháng	3	15,0
Trung bình (X±SD) (tháng):			12,2±5,8

Nhận xét: Trong thời gian theo dõi, có 20/37 trường hợp tái phát (54,1%). Trong số các trường hợp tái phát, biến cố thường diễn ra trong 12 tháng đầu chiếm 65,0%

Bảng 3.10. Vị trí tái phát (n=20)

Vị trí tái phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tại chỗ	0	0,0
Phức mạc	6	30,0
Gan	10	50,0
Phổi	5	25,0

Buồng trứng	2	10,0
Hạch thượng đòn	2	10,0
Xương	1	5,0

Nhận xét: Không gặp trường hợp nào tái phát tại diện cắt gan cũ tuy nhiên tái phát tại vị trí khác của gan thường gặp nhất, sau đó đến phúc mạc, phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,5 \pm 10,1$ tuổi, trẻ nhất 30 tuổi và già nhất 74 tuổi, nhóm bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Phạm Văn Bình là $56,2 \pm 12,5$ tuổi.² Về đặc điểm giới, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,4. Nhìn chung tỷ lệ nam/nữ khác biệt theo từng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân di căn gan có u nguyên phát ở nửa trái đại tràng thường gặp hơn chiếm hơn 60%, điều này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu cho rằng ung thư nửa trái đại tràng có xu hướng di căn gan nhiều hơn, trong khi ung thư nửa phải đại tràng có xu hướng di căn phúc mạc nhiều hơn so với ung thư nửa đại tràng trái.

Về thể mô bệnh học khối u nguyên phát, trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa với tỷ lệ 81,1%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác, chỉ ra rằng đối với ung thư đại tràng ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa thường gặp nhất. tỷ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ CEA là 64,9%. CEA là một dấu ấn quan trọng để tiên lượng và theo dõi sai điều trị.

Chủ yếu các bệnh nhân có di căn gan tại thời điểm chẩn đoán (28/37 bệnh nhân chiếm 75,7%), 24,3% bệnh nhân tái phát di căn gan sau cắt u nguyên phát triệt căn. Đa phần các tổn thương di căn gan đơn ổ, kích thước dưới 4cm, phù hợp hơn với chỉ định phẫu thuật. Các trường hợp di căn gan đa ổ với kích thước lớn chỉ định mổ còn hạn chế do mức độ nặng của phẫu thuật kèm theo mức độ tàn phá nhu mô gan.

Đối với các tổn thương di căn gan phát hiện từ đầu (di căn đồng thì), hiện tại theo y văn báo cáo có 3 chiến lược điều trị. Cắt u nguyên phát và u gan đồng thì, cắt u nguyên phát trước sau đó cắt u gan thì hai hoặc cắt u gan trước sau đó cắt u nguyên phát thì hai. Việc xác định chiến lược điều trị phụ thuộc vào thể trạng bệnh nhân, gánh nặng khối u và kinh nghiệm của cơ sở y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi trong số 28

bệnh nhân di căn gan từ đầu, có 23 trường hợp được phẫu thuật cắt u nguyên phát và nhân gan một thì (chiếm 82,1%), tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu khác là do đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có di căn gan đơn ổ với khối u nhỏ nên có thể cắt một thì thuận lợi, chỉ có 5 trường hợp có kích thước u gan lớn, đa ổ nên thực hiện cắt u nguyên phát trước sau đó chuyển điều trị hóa chất và cắt u gan thì hai.

Đối với tổn thương tái phát di căn gan sau điều trị, có thể lựa chọn phẫu thuật từ đầu tổn thương di căn gan sau đó điều trị hóa chất hoặc điều trị hóa chất quanh phẫu thuật. Việc điều trị hóa chất quanh phẫu thuật ưu tiên hơn cho các trường hợp gánh nặng khối u lớn như di căn nhiều ổ, kích thước di căn lớn, hoặc có di căn ngoài gan,... Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/9 các trường hợp tái phát di căn gan được phẫu thuật cắt gan từ đầu, 3 trường hợp được điều trị hóa chất trước sau đó mới phẫu thuật.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Kết quả sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân có biến chứng sau mổ bao gồm 3 bệnh nhân tràn dịch màng phổi, 2 bệnh nhân có ổ dịch tồn dư sau mổ, 1 trường hợp chảy máu sau mổ và 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào rò mật và không có trường hợp nào suy gan sau mổ. Tất cả đều được điều trị nội khoa ổn định. Nghiên cứu của Dương Quang Tiến tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt gan là 47,2%. Sở dĩ tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn là do chúng tôi cắt u gan đơn thuần với thể tích gan bị lấy bỏ thấp hơn nên mức độ tàn phá ít hơn.

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là 8,5±2,3 ngày, sớm nhất là 6 ngày và muộn nhất là 13 ngày, chủ yếu bệnh nhân nằm viện trong khoảng 8-10 ngày chiếm 65,9%. Thời gian nằm viện ngắn hơn so với nghiên cứu của Dương Quang Tiến là 10,4±3,9 ngày.

4.2.2. Kết quả lâu dài. Trong thời gian theo dõi có 20/37 trường hợp tái phát với tỷ lệ 54,1%. Không có trường hợp nào tái phát tại diện cắt gan cũ, tuy nhiên tỷ lệ di căn các vị trí khác của gan thường gặp nhất (chiếm 50%) sau đó đến phổi, phúc mạc. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu đã công bố, gan, phổi, phúc mạc là các cơ quan thường di căn nhất trong ung thư đại trực tràng. Đa phần các trường hợp nếu có tái phát biến cố thường xảy ra trong 12 tháng đầu chiếm tỷ lệ 65%.

Tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 64,9%, 52,0% và 41,7%, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3

năm tương ứng là 72,6%, 62,3% và 43,1%. Một số nghiên cứu cho thấy DFS 5 năm đạt 20% ở các bệnh nhân được cắt bỏ nhân gan và thời gian sống thêm toàn bộ lên tới 38%, dao động từ 35-60% (Bảng 4.1).

Bảng 4.1: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo một số nghiên cứu³⁻⁷

Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm
Choti, 2002	133	58
Abdalla, 2004	190	58
Fernandez, 2004	100	58
Wei, 2006	423	47
Rees, 2008	929	36
De Jong, 2009	1669	47
Morris, 2010	3116	44

Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên cỡ mẫu nhỏ với thời gian chưa đủ dài nên chưa phân tích được các yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. Một số yếu tố đã được xác định có liên quan đến tiên lượng sau khi cắt gan bao gồm: diện cắt dương tính, tình trạng di căn hạch bạch huyết cửa gan, số lượng ổ di căn, tình trạng di căn ngoài gan và tình trạng di căn từ đầu hay tái phát sau điều trị, nồng độ CEA trước phẫu thuật,...⁸

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tổn thương di căn gan khả thi, an toàn và mang lại kết quả sống thêm lâu dài tương đối khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kanas GP, Taylor A, Primrose JN, et al.** Survival after liver resection in metastatic colorectal cancer: review and meta-analysis of prognostic factors. Clin Epidemiol. 2012;4:283-301.
- Phạm Văn Bình, Hoàng Mạnh Thắng.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cấp cứu nội tạng một thì điều trị tắc ruột do ung thư nửa trái đại tràng tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 501(1).
- Abdalla EK, Vauthey JN, Ellis LM, et al.** Recurrence and outcomes following hepatic resection, radiofrequency ablation, and combined resection/ablation for colorectal liver metastases. Ann Surg. 2004;239(6):818-825; discussion 825-827.
- Fernandez FG, Drebin JA, Linehan DC, Dehdashti F, Siegel BA, Strasberg SM.** Five-year survival after resection of hepatic metastases from colorectal cancer in patients screened by positron emission tomography with F-18 fluorodeoxyglucose (FDG-PET). Ann Surg. 2004;240(3):438-447; discussion 447-450.
- M R, Pp T, Fk W, T O, Tg J.** Evaluation of long-term survival after hepatic resection for metastatic colorectal cancer: a multifactorial model of 929 patients. Annals of surgery. 2008; 247(1).
- de Jong MC, Pulitano C, Ribero D, et al.** Rates and patterns of recurrence following

- curative intent surgery for colorectal liver metastasis: an international multi-institutional analysis of 1669 patients. *Ann Surg.* 2009;250(3): 440-448.
7. **Morris EJA, Forman D, Thomas JD, et al.** Surgical management and outcomes of colorectal cancer liver metastases. *Br J Surg.* 2010; 97(7):1110-1118.
8. **Kato T, Yasui K, Hirai T, et al.** Therapeutic results for hepatic metastasis of colorectal cancer with special reference to effectiveness of hepatectomy: analysis of prognostic factors for 763 cases recorded at 18 institutions. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(10 Suppl):S22-31.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Nguyễn Thị Nguyễn Thảo¹, Nguyễn Phước Sang¹,
Lê Văn Khoa¹, Trần Thị Huỳnh Như¹, Trần Công Lý¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh non tháng là nhiễm vi khuẩn lưu hành trong máu, xảy ra ở trẻ sơ sinh dưới 37 tuần tuổi. Chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh không dễ dàng vì biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thu thập số liệu trẻ sơ sinh có tuổi thai dưới 37 tuần, nhập viện khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trong thời gian 7/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** Trong số 51 trẻ nghiên cứu, tỉ lệ trẻ nam là 58,8%, nữ là 41,2%, tỉ lệ nam/nữ là 1,43/1. Có 11,8% trẻ cực non, 29,4% trẻ rất non, 25,5% trẻ non sớm, 33,3% trẻ non muộn. Đa số là nhiễm trùng sơ sinh sớm 72,5%, còn lại 27,5% là nhiễm trùng sơ sinh muộn. Về biểu hiện lâm sàng: 58,8% trẻ có thay đổi thân nhiệt, 90,2% trẻ có triệu chứng hô hấp, 54,9% trẻ có triệu chứng tuần hoàn, 37,3% trẻ có triệu chứng tiêu hóa, 82,4% trẻ có triệu chứng thần kinh, 37,3% trẻ có triệu chứng da niêm và 27,5% trẻ có triệu chứng huyết học. Về cận lâm sàng: 19,8% trẻ có tăng bạch cầu, 9,8% trẻ có giảm bạch cầu, 17,6% trẻ có giảm tiểu cầu, và có 41,2% trẻ có CRP > 10 mg/dl. Về biến chứng, có 8% tổn thương thận và 29,1% tổn thương gan. Về kết quả điều trị: tỉ lệ tử vong là 11,8%, thời gian điều trị trung bình là 40±25 ngày. **Kết luận:** Nghiên cứu đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp nhất trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, qua đó góp phần cải thiện công tác chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn huyết sơ sinh, sơ sinh non tháng

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nguyễn Thảo

Email: ntnthao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2025

Ngày duyệt bài: 10.2.2025

CHARACTERISTICS OF NEONATAL SEPSIS IN PRETERM INFANTS AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Neonatal sepsis in preterm infants is a bacterial infection circulating in the bloodstream, occurring in infants born at less than 37 weeks' gestation. Early diagnosis of neonatal sepsis is challenging due to nonspecific clinical presentations, which vary according to the severity of the illness. **Objectives:** To investigate the clinical and laboratory characteristics of neonatal sepsis in preterm infants. **Materials and methods:** This cross-sectional descriptive study collected data on preterm infants with gestational ages under 37 weeks who were admitted to the Neonatology Department at Can Tho Children's Hospital and diagnosed with sepsis from July 2023 to July 2024. **Results:** Among the 51 neonates in the study, 58.8% were male and 41.2% female, with a male-to-female ratio of 1.43/1. In terms of prematurity levels: 11.8% were extremely preterm, 29.4% very preterm, 25.5% moderately preterm, and 33.3% late preterm. The majority had early-onset neonatal infections (72.5%), with the remaining 27.5% having late-onset infections. Clinically, 58.8% had temperature instability, 90.2% exhibited respiratory symptoms, 54.9% had circulatory symptoms, 37.3% had gastrointestinal symptoms, 82.4% had neurological symptoms, 58.8% showed skin symptoms, and 27.5% had hematologic symptoms. In laboratory findings, 19.8% showed leukocytosis, 9.8% had leukopenia, 17.6% had thrombocytopenia, and 41.2% had a CRP level >10 mg/dL. In terms of complications, 8% of cases involved acute kidney injury, and 29.1% experienced liver injury. Treatment outcomes: the mortality rate was 11.8%, and the average duration of treatment was 40 ± 25 days. **Conclusion:** The study identified several common clinical and laboratory findings in neonatal sepsis among preterm infants at Can Tho Children's Hospital, contributing to improved early diagnosis of neonatal sepsis in this population. **Keywords:** neonatal sepsis, preterm infants

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh non tháng là một bệnh cấp tính do vi khuẩn lưu hành trong máu, gây ra các triệu chứng lâm sàng đa dạng,