

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,

làm suy đa phủ tạng, sốc nhiễm khuẩn 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 nhiễm khuẩn huyết. Việc chẩn đoán sớm và đưa ra phương pháp đúng đắn, kịp thời, phù hợp là yếu tố quan trọng quyết định đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân sơ sinh non tháng. Do đó, xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị Nhiễm khuẩn huyết trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023 – 2024" với mục tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trẻ sơ sinh non tháng nhập viện điều trị được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 07/2023 đến tháng 07/2024.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Trẻ sơ sinh có tuổi thai dưới 37 tuần, nhập viện tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: trẻ có biểu hiện ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau: Thân nhiệt không ổn định (<36^oC hay >38^oC), Thở nhanh ≥60 lần/phút kèm thở rên/co lõm ngực hoặc độ bão hòa oxy giảm, Nhịp tim nhanh ≥160 lần/phút hoặc chậm <100 lần/ phút, Bạch cầu <5.000/mm³ hay >20.000/mm³, Tiểu cầu đếm <150.000/mm³. Chúng tôi thu thập được 51 trường hợp được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 07/2023 đến tháng 07/2024. Thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0 for Window.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh non tháng

Đặc điểm chung	Tần suất (tỉ lệ %)
Giới tính	
Nam	30 (58,8%)
Nữ	21 (41,2%)
Tỉ lệ nam/nữ	1,43/1
Phương pháp sinh	
Sinh thường	26 (51,0%)
Sinh mổ	23 (45,1%)
Sinh giúp	2 (3,9%)
Cân nặng lúc sinh	

< 1000 gram	5 (9,8%)
1000 - < 1500 gram	13 (25,5%)
1500 - < 2500 gram	29 (56,9%)
≥ 2500 gram	4 (7,8%)
Tuổi thai	
Cực non < 28 tuần	6 (11,8%)
Rất non (28-<32 tuần)	15 (29,4%)
Non sớm (32-<34 tuần)	13 (25,5%)
Non muộn (34-<36 tuần)	17 (33,3%)

Đa số trẻ là nam 58,8%, nữ là 41,2%, tỉ lệ nam/nữ là 1,43/1. Đa số trẻ trên 28 tuần, trong đó 11,8% trẻ cực non dưới 28 tuần, 29,4% trẻ rất non, 25,5% trẻ non sớm, 33,3% trẻ non muộn. Đa số trẻ có CNLS trên 1500 gram, trong đó tỉ lệ trẻ < 1000 gram là 9,8%, từ 1000 - < 1500 gram là 25,5%, từ 1500 - < 2500 gram là 56,9%, từ 2500 gram trở lên là 7,8%. Đa số trẻ được sanh thường, trong đó tỉ lệ sanh thường là 51,0%, sanh mổ là 45,1%, sanh giúp 1,43%.

3.2. Các triệu chứng lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh non tháng

Bảng 3.2. Phân loại nhiễm trùng sơ sinh (n=51)

Phân loại NKHSS	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng sơ sinh sớm	37	72,5
Nhiễm trùng sơ sinh muộn	14	27,5

Đa số trẻ được phân loại là nhiễm trùng sơ sinh sớm, chiếm tỉ lệ 72,5%, còn lại 27,5% là nhiễm trùng sơ sinh muộn.

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng (n=51)

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (tỉ lệ %)
Thay đổi thân nhiệt	30 (58,8%)
Sốt ≥ 38 ^o C	10 (19,6%)
Hạ thân nhiệt ≤ 36,5 ^o C	20 (39,2%)
Bình thường	21 (41,2%)
Hô hấp	46 (90,2%)
Thở nhanh 60 lần/phút	42 (82,4%)
Ngưng thở > 20 giây	14 (27,5%)
Rút lõm lồng ngực	46 (90,2%)
SpO ₂ < 90%	27 (52,9%)
Tím tái	34 (66,7%)
Thở rên	28 (54,9%)
Tim mạch	28 (54,9%)
CRT > 3 giây	23 (45,1%)
Nhịp tim nhanh > 160 lần/phút	26 (51,0%)
Nhịp tim chậm < 100 lần/phút	1(2,0%)
Nhịp tim bình thường	24 (47,1%)
Tiêu hóa	19 (37,3%)
Bú kém	11 (21,6%)
Nôn ói	9 (17,6%)
Tiêu chảy	2 (3,9%)
Thần kinh	42 (82,4%)
Lừ đừ	32 (62,7%)

Co giật	0 (0,0%)
Hôn mê	2 (3,9%)
Tăng trương lực cơ	2 (3,9%)
Giảm trương lực cơ	21 (41,2%)
Da niêm	30 (58,8%)
Vàng da	30 (58,8%)
Phù cứng bì	1 (2,0%)
Hồng ban toàn thân	0 (0,0%)
Mụn mủ toàn thân	0 (0,0%)
Huyết học	14 (27,4%)
Xuất huyết dưới da	12 (23,5%)
Gan to	2 (3,9%)

Trong số 51 trẻ trong nghiên cứu, có 58,8% trẻ có thay đổi thân nhiệt. Trong đó, sốt trên 38°C là 19,6%, hạ thân nhiệt 39,2%, nhiệt độ bình thường 41,2%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của NKHSS non tháng

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của NKHSS non tháng

Đặc điểm cận lâm sàng	Tần số (tỉ lệ)
Bạch cầu máu (n=51)	
BC > 20.000 tế bào/mm ³	10 (19,6%)
BC < 5.000 tế bào/mm ³	5 (9,8%)
BC = 5.000-20.000 tế bào/mm ³	36 (70,6%)
Tiểu cầu máu (n=51)	
TC < 150.000 tế bào/mm ³	9 (17,6%)
TC > 150.000 tế bào/mm ³	42 (82,4%)
CRP (n=51)	
≥10 mg/l	21 (41,2%)
<10 mg/l	30 (58,8%)
Tổn thương gan thận	
Creatinin > 133 μmol/L (n=24)	2 (8,0%)
ALT > 33 UI/L (n= 25)	7 (29,1%)

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 19,8% trẻ có tăng bạch cầu trên 20.000 tế bào/mm³. Trong số 51 mẫu, có 9 trẻ giảm tiểu cầu dưới 150.000 tế bào/mm³ chiếm tỉ lệ 17,6%, và có 21 trẻ có CRP > 10 mg/dl chiếm tỉ lệ 41,2%. Có 25 trẻ được xét nghiệm Creatinin và 24 trẻ được xét nghiệm ALT, AST, tỉ lệ tổn thương thận là 8,0%, tổn thương gan là 29,1%.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.5. Kết quả sau cùng khi ra viện

Kết quả chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	6	11,8
Sống	45	80,2
Thời gian nằm viện	40 ± 25 ngày	

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong là 11,8%. Thời gian nằm viện trung bình là 40 ± 25 ngày

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ sơ sinh là nam (58,8%), cao hơn trẻ sơ sinh nữ (41,2%), tỉ lệ nam/nữ là 1,43/1. Kết quả này phù hợp với các

nghiên cứu của nhiều tác giả khác, các tác giả đều ghi nhận tỉ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái. Nghiên cứu của Trần Diệu Linh ghi nhận tỉ lệ trẻ trai là 65,4%, trẻ gái là 34,6%, tỉ lệ nam/nữ là 1,9/1 [3]. Tác giả Nguyễn Thanh Liêm cũng nghiên cứu về nhiễm trùng huyết sơ sinh non tháng ghi nhận: tỉ lệ trẻ trai là 69,1%, trẻ gái là 30,9%, tỉ lệ nam/nữ là 1,94/1 [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ là trẻ sơ sinh non muộn, tỉ lệ trẻ cực non là 11,8%, rất non là 29,4%, non sớm là 25,5%, non muộn là 33,3%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân ghi nhận đa số trẻ sơ sinh trong nghiên cứu là non muộn, trong đó tỉ lệ trẻ cực non là 8,2%, rất non là 28,6%, non sớm là 19,4%, non muộn là 43,95 [7].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 9,8% trẻ có cân nặng <1000 gram, 25,55% trẻ có cân nặng từ 1000 gram đến dưới 1500 gram, 56,9% trẻ có cân nặng từ 1500 gram đến dưới 2500 gram, 7,8% trẻ có cân nặng từ 2500 gram trở. Nghiên cứu của tác giả Dương Quốc Trường ghi nhận đa số trẻ có CNLS dưới 2500 gram (chiếm tỉ lệ 91,7%) [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) sớm chiếm tỉ lệ 72,5%, nhiễm khuẩn huyết muộn chiếm tỉ lệ 27,5%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Trần Diệu Linh: đa số trẻ sơ sinh NKH khởi phát sớm; trong đó, tỉ lệ NKHSS sớm và muộn lần lượt là 73% và 27% [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Nhi cho thấy kết quả ngược lại, cụ thể là NKHSS muộn là 62,3% cao hơn so với NKHSS sớm là 37,7% [2].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 58,8% trẻ có thay đổi nhiệt độ, trong đó sốt cao > 38,5°C là 19,6%. Nghiên cứu của Trần Lương Nhân ghi nhận biểu hiện sốt cao trong NKH sơ sinh chiếm 28% [10]. Kết quả cho thấy có 51% trẻ có nhịp tim nhanh chiếm tỉ lệ cao nhất, và có 2,0% trẻ có nhịp tim chậm và 45,1% trẻ có CRT > 3 giây. Tương tự như kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Trần Lương Nhân ghi nhận tỉ lệ trẻ sơ sinh non tháng có biểu hiện tim nhanh là 35,6% [10]. Kết quả trong nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân cũng ghi nhận 42,9% có nhịp tim nhanh, 1,0% trẻ có nhịp tim chậm, 33,7% trẻ có CRT kéo dài trên 3 giây [7].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 90,2% trẻ có các biểu hiện rối loạn về hô hấp, trong đó, thở nhanh là 82,4%, ngưng thở là 27,5%, rút lõm ngực là 5,0%, tím tái 66,7%, thở rên 54,9%, rale ở phổi 25,5%. Nghiên cứu của Trần Lương Nhân ghi nhận 56,8% trẻ có biểu hiện thở

nhau, biểu hiện ngưng thở > 15 giây là 42,4% [10]. Nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Thức về NKH ở trẻ sơ sinh nói chung ghi nhận 95% trẻ có thở nhanh [9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 37,3% trẻ có các triệu chứng tiêu hoá, bao gồm 21,6% bú kém, 17,6% nôn ói, 3,9% trẻ có tiêu chảy. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác.

Chúng tôi ghi nhận có 82,4% trẻ có triệu chứng thần kinh; trong đó chủ yếu là rối loạn tri giác lừ đừ 62,7%, 3,9% trẻ hôn mê, 3,9% trẻ có tăng trương lực cơ và 41,2% giảm trương lực cơ. Nghiên cứu của Đinh Văn Thức ghi nhận các biểu hiện thần kinh của trẻ sơ sinh bị NKH bao gồm li bì, tăng trương lực cơ, giảm trương lực cơ, thóp phồng với tỉ lệ lần lượt là 87,5%, 10%, 12,5% và 5% [9].

Chúng tôi ghi nhận có 58,8% trẻ vàng da và 2,0% trẻ có biểu hiện phù cứng bì. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có mụn mủ toàn thân hay hồng ban. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân và Trần Lương Nhân. Trong nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân, tỉ lệ trẻ phù cứng bì là 7,1% [7], [10].

Chúng tôi khảo sát 2 triệu chứng huyết học bao gồm xuất huyết dưới da và gan to. Chúng tôi ghi nhận có 23,5% trẻ có xuất huyết dưới da, và có 3,9% trẻ có gan to. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân. Tác giả Hồng Ân ghi nhận được tỉ lệ trẻ có xuất huyết nhiều nơi là 26,5%, và có gan to là 5,1% [1]. Trong nghiên cứu của Đinh Văn Thức, tỉ lệ trẻ xuất huyết dưới da là 32,5% [9].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ có bạch cầu trong khoảng 5.000-20.000 tế bào/mm³. Trong đó, 19,6% trẻ có bạch cầu máu > 20.000 tế bào/mm³, 70,6% trẻ có bạch cầu trong khoảng 5000-20.000 tế bào/mm³, và có 9,8% trẻ có bạch cầu < 5000 tế bào/mm³. Trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Vi Thư, tỉ lệ trẻ sơ sinh NKH có bạch cầu tăng là 17,3%, bạch cầu giảm là 10,1% [4]. Trần Diệu Linh cũng ghi nhận trẻ có bạch cầu tăng chiếm tỉ lệ cao 55,5% [3].

Chúng tôi ghi nhận đa số trẻ có tiểu cầu trong giới hạn bình thường chiếm tỉ lệ 82,4%, tỉ lệ trẻ có bạch cầu giảm < 150.000 là tế bào/mm³ là 17,6%. Trong nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân, tỉ lệ trẻ có tiểu cầu giảm < 150.000 là tế bào/mm³ là 28,6% [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 41,2% trẻ có CRP tăng cao > 10 mg. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm tỉ lệ trẻ có

CRP > 10 mg% là 52,5% [1]. Tác giả Trần Lương Nhân cũng cho kết quả tương tự chúng tôi, 51,7% trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết có CRP > 10 mg% [10].

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát sự tổn thương cơ quan ở thận và gan. Tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh được định nghĩa là khi Creatinin > 1,5 mg%, tương đương 133 μ mol/L. Tổn thương gan ở sơ sinh được xác định khi ALT > 33 UI/L. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 25 trẻ được làm xét nghiệm chức năng thận creatinin và 24 trẻ được làm xét nghiệm men gan ALT và AST, trong đó có 2 trẻ tổn thương thận cấp chiếm tỉ lệ 8%, 7 trẻ có ALT > 33 UI/L chiếm tỉ lệ 29,1%. Tỉ lệ tổn thương thận trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Trịnh Thanh Lam, tỉ lệ tổn thương thận cấp ở sơ sinh non tháng là 14,3% và các nguyên nhân thường gặp dẫn đến biến chứng này là nhiễm trùng huyết, sốc, viêm ruột hoại tử, sử dụng kháng sinh Amikacin, Vancomycin và Amphotericin B [5].

4.4. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tử vong là 11,8%. Kết quả chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm, tỉ lệ tử vong của NKHSS non tháng là 17,4% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Nhi, Dương Quốc Trường ghi nhận tỉ lệ tử vong lần lượt là 16,4%, 20,0% [2], [8]. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 40 \pm 25 ngày. Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm với thời gian nằm viện trung bình là 15 ngày và nghiên cứu của Dương Quốc Trường với thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày [1],[8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp nhất trong NKHSS non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, qua đó góp phần cải thiện hơn nữa công tác chẩn đoán và điều trị kịp thời NKHSS non tháng. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong giai đoạn tiếp theo để hiểu rõ hơn những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phổ biến của NKHSS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm và Lâm Thị Mỹ (2003), "Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, huyết học, vi trùng học ở trẻ sơ sinh non tháng bị nhiễm trùng huyết tại BV Nhi đồng 1 từ tháng 9-99 đến 4-04", Tạp chí Y Dược học TP Hồ Chí Minh, 9(1), pp. tr. 196-201.
2. Nguyễn Thị Kim Nhi và Phạm Lê An (2011), "Khảo sát các yếu tố liên quan đến tử vong trong Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi

- đồng 2", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 15(1), pp. 192-199.
3. **Trần Diệu Linh, Vũ Bá Quyết và Nguyễn Thu Yên** (2016), "Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ đủ tháng sinh mổ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Tạp chí Phụ sản, 14(1), pp. tr. 120-124.
 4. **Nguyễn Ngọc Vi Thư, Phạm Thị Tâm và Võ Thị Khánh Nguyệt** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của Nhiễm trùng huyết sơ sinh", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 19, pp. tr. 1-7.
 5. **Trịnh Thanh Lan, Phạm Thị Thanh Tâm và Ngô Minh Xuân** (2019), "Tổn thương thần cấp ở trẻ sơ sinh non tháng bệnh lý tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng 1", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Phụ san tập 23, pp. tr. 259-264.
 6. **Nguyễn Hoàng Tâm và Phạm Diệp Thùy Dương** (2020), "Nhiễm khuẩn sơ sinh", Nha khoa, Tập 2, NXB Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh, pp. tr. 192-203.
 7. **Hà Thị Hồng Ân và Trịnh Thị Hồng Của Trương Ngọc Phước, Ông Huy Thanh** (2022), "Đặc điểm Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ(50, pp. tr. 210-217.
 8. **Dương Quốc Trường, Đỗ Thái Sơn, Dương Ngọc Ngà, et al** (2022), "Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết Sơ sinh tại trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Nhi Trung Ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam, 512(1).
 9. **Đinh Văn Thức, Bế Thị Cúc và Đinh Dương Tùng Anh** (2023), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 525(2).
 10. **Trần Lương Nhân và Nguyễn Thị Quỳnh Nga** (2024), "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", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 542, số 2.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG HOÀN TOÀN TRƯỚC PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH TIM MẠCH

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Nguyễn Thế Thịnh^{1,2},
Nguyễn Minh Thọ¹, Nguyễn Ngọc Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đường hoàn toàn trước phúc mạc ở bệnh nhân có bệnh tim mạch tại khoa Phẫu thuật tiết niệu và Nam học bệnh viện E giai đoạn 2021 – 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Quan sát mô tả 50 bệnh nhân có bệnh tim mạch được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp nội soi đường hoàn toàn trước phúc mạc tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu & Nam học Bệnh viện E từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** 50 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 70,2 tuổi. Tất cả các bệnh nhân đều là nam giới. Tiền sử nội khoa có 100% bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch, trong đó có 82% tăng huyết áp, 14% rối loạn nhịp tim, 16% có bệnh mạch vành, 2% đặt máy tạo nhịp tim, 4% suy tim, 2% có bệnh van tim, 2% thông liên nhĩ, 4% có phình động mạch chủ/thay đoạn động mạch chủ. Có 5 bệnh nhân đang duy trì thuốc chống đông máu, tất cả các trường hợp đều dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Vị trí thoát vị bẹn (TVB) bao gồm 40% bên phải, 44% bên trái và 16% cả 2 bên; 63,79% là TVB trực tiếp và 36,21% TVB gián tiếp. Có 14 trường hợp kết hợp giữa phẫu thuật TVB và phẫu thuật khác. Thời gian phẫu thuật trung bình là 91 phút (30 – 250 phút). Trong phẫu thuật, có 1 trường hợp tăng huyết

áp khó kiểm soát (2%) và 1 trường hợp tổn thương động mạch thương vị dưới (2%). Sau phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình là 4,22 ngày. Biến chứng sớm bao gồm sốt, bí tiểu, tụ dịch vết mổ (8%) và 1 trường hợp đau thắt ngực sau mổ (2%). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp nội soi đường hoàn toàn trước phúc mạc là phẫu thuật an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân có bệnh tim mạch đã được điều trị ổn định.

Từ khóa: thoát vị bẹn, TEP, bệnh tim mạch.

SUMMARY

RESULTS OF TOTALLY EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY FOR INGUINAL HERNIA REPAIR IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Objectives: To evaluate the outcomes of inguinal hernia repair using the totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic approach in patients with cardiovascular diseases at the Department of Urology and Andrology, E Hospital, during the period 2021–2022. **Subjects and methods:** A descriptive observational study on 50 patients with cardiovascular diseases who underwent inguinal hernia repair via the TEP laparoscopic approach at the Department of Urology and Andrology, E Hospital, from January 2021 to December 2022. **Results:** A total of 50 patients were included, the mean age of the patients was 70.2 years. All patients (100%) were male. Regarding medical history, 96% had cardiovascular conditions, including 82% with hypertension, 14% with arrhythmias, 16% with coronary artery disease, 2% with pacemaker implantation, 4% with heart failure, 2% with valvular heart disease, 2% with atrial septal

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Thịnh

Email: ntthinhqn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 11.2.2025