

ĐẶC ĐIỂM, NGUYÊN NHÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN NẶNG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN BẠCH MAI, NĂM 2023

Nguyễn Thành Nam¹, Vũ Hữu Thời¹, Tống Hải Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu nguyên nhân và một số yếu tố nguy cơ, đánh giá kết quả điều trị trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn nặng tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên các bệnh nhi là trẻ dưới 28 ngày tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi được thu thập. Các phương pháp điều trị (sử dụng thuốc, can thiệp thủ thuật) và kết quả điều trị được mô tả. **Kết quả:** Nồng độ Albumin máu có thể là yếu tố dự báo về mức độ nghiêm trọng của nhiễm khuẩn sơ sinh. Giảm tiểu cầu có thể là yếu tố hữu ích để chẩn đoán và tiên lượng kết quả điều trị trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh có kết quả cấy máu/ổ nhiễm bệnh âm tính. Tỷ lệ tử vong do NKSS còn cao chiếm 23,4% và đều là trẻ đẻ non, đặc biệt là khi trẻ có sốc nhiễm khuẩn cần sử dụng vận mạch. Trẻ càng non thì thời gian dùng kháng sinh, thời gian điều trị tại phòng HSTC, điều trị tại viện càng lâu. Tỷ lệ cấy máu/ổ nhiễm bệnh dương tính là 27%, trong đó ưu thế là vi khuẩn Gram (-), đặc biệt là Klebsiella đa kháng. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ đẻ non chiếm tỷ lệ đa số và có tiên lượng tỷ vong cao. Cần có chiến lược chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả cho nhóm đối tượng này. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn sơ sinh, trẻ đẻ non, nằm viện.

SUMMARY

CHARACTERISTICS, CAUSES AND SOME RISK FACTORS OF SEVERE INFECTIONS IN NEWBORNS AT THE PEDIATRIC CENTER, BACH MAI HOSPITAL, 2023

Objective: To explore the causes and risks factors, and to evaluate the treatment results of severely infected newborns at Pediatric center, Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on pediatric patients under 28 days of age diagnosed with neonatal sepsis. Clinical and paraclinical symptoms of the pediatric patients were collected. Treatment methods (medication, procedural intervention) and treatment outcomes were described. **Results:** Serum albumin concentration can be a predictor of the severity of neonatal infection. Thrombocytopenia can be a useful factor in diagnosing and predicting the treatment outcomes of neonatal infection with negative blood culture/infection site results. The mortality rate was still high (23.4%) and

is all premature infants, especially when the infant has septic shock requiring vasopressor use. The more premature the infant, the longer the duration of mechanical ventilation; the longer the duration of antibiotic use, the longer the treatment time in the ICU, and the longer the treatment time in the hospital. The rate of positive blood culture/infection site is 27%, in which the predominant is Gram (-) bacteria, especially multi-resistant Klebsiella. **Conclusion:** The rate of neonatal infections in premature infants was high and they had high mortality rate. There is a need for early diagnosis and effective treatment strategies for these patients. **Keywords:** Infected newborns, premature infants, hospitalization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) rất hay gặp và là một trong những căn nguyên hàng đầu gây tử vong sơ sinh.¹ Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh là 1-10/1000 số trẻ sơ sinh sống trên toàn thế giới, tỷ lệ này cao gấp 10 lần ở trẻ đẻ non²⁻⁴. Trong những năm gần đây tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh đã giảm một cách đáng kể nhờ những nỗ lực của các quốc gia cũng như của hệ thống y tế. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh vẫn còn khá cao so với các nhóm tuổi khác ở trẻ em. Theo đó những khu vực kinh tế xã hội thấp, tỷ lệ tử vong còn khá cao như ở khu vực Trung cận Đông, Châu Phi, Cận sa mạc Sahara tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh vào khoảng 30/1.000 trẻ thậm chí có nơi lên đến 45/1.000 trẻ. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh rất khác nhau tại từng khu vực lãnh thổ, bên cạnh yếu tố kinh tế xã hội, nguồn lực y tế cũng đóng góp một phần không nhỏ để giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh.

Bệnh viện Bạch Mai thường xuyên nhận điều trị cho các bà mẹ mang thai mắc các bệnh nội khoa có nguy cơ cao cho trẻ sơ sinh từ các tỉnh cũng như các bệnh viện chuyên khoa sản trên địa bàn Hà Nội cũng như trẻ sơ sinh từ các bệnh viện địa phương, khu vực chuyển về. Do đó số lượng trẻ sơ sinh yếu tố nguy cơ về sức khỏe và sơ sinh đẻ non chiếm tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá về tỷ lệ Nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh còn chưa đầy đủ đặc biệt tìm hiểu những yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn nặng sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Bạch Mai chưa có nhiều. Do vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm tìm hiểu nguyên nhân và một số yếu tố nguy cơ, đánh giá kết quả điều trị trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn nặng tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai.

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

Email: bsntnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2023 đến 30 tháng 12 năm 2023 tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được tuyển vào nghiên cứu khi thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau đây:

• **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu.** Các bệnh nhi là trẻ dưới 28 ngày tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh

+ Triệu chứng lâm sàng của tình trạng nhiễm khuẩn:

○ Sốt (thân nhiệt trên 37,5°C) hoặc hạ thân nhiệt (dưới 36°C).

○ Dấu hiệu huyết động: da tái, tưới máu kém, màu sắc da xấu, nổi vân tím,...

○ Dấu hiệu hô hấp: thở rên, thở nhanh, khó thở, cơn ngừng thở.

○ Dấu hiệu thần kinh: li bì, rối loạn trương lực cơ...

○ Dấu hiệu tiêu hóa: Ăn kém, bỏ bú, nôn trớ, dịch dạ dày bẩn, bụng chướng

○ Triệu chứng tại da, niêm mạc: viêm tấy da và tổ chức dưới da, xuất huyết dưới da, vàng da sớm, có thể phù cứng bì, rốn sưng tấy chảy mủ...

+ Xét nghiệm cận lâm sàng:

○ CTM: Số lượng bạch cầu tăng ($> 30.000/\text{mm}^3$) trong vòng 12 - 24 giờ sau đẻ hoặc $\geq 20.000/\text{mm}^3$ những ngày sau; hoặc giảm ($< 5000/\text{mm}^3$), TC $< 150.000/\text{mm}^3$

○ CRP tăng $> 10\text{mg/dl}$.

○ Kết quả nuôi cấy vi khuẩn: Máu, dịch tỵ hầu, dịch não tủy...

○ X-quang tim phổi: Có hình ảnh viêm phổi

○ Các xét nghiệm hậu quả nhiễm trùng gây ra: Ure, creatinin, GOT, GPT, albumin, ĐGĐ, Khí máu có thể rối loạn

• **Tiêu chuẩn loại trừ**

(1) Trẻ sinh ra từ những bà mẹ có tình trạng nhiễm trùng nhưng tử vong trước 24h tuổi. (2) Cha mẹ / Người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

2.4. Các biến số nghiên cứu, công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

❖ **Đặc điểm xã hội học và nhân trắc học**

- Giới: nam/nữ

- Tuổi thai: Tuần tuổi thai của bệnh nhi tại thời điểm được sinh ra

- Ngày tuổi khi nhập viện

❖ **Đặc điểm lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng được thu thập qua khám lâm sàng và khai thác thông tin bệnh án của người bệnh.

- Bệnh sử: Chỉ số APGAR tại thời điểm sinh, nơi chuyển đến, các thủ thuật tuyến trước, kháng sinh đã dùng...

- Tiền sử mẹ: Cách đẻ, bệnh lí, nhiễm khuẩn trước sinh.

- Các triệu chứng nhiễm khuẩn sơ sinh:

Rối loạn thân nhiệt: Thân nhiệt trên 37,5°C hoặc dưới 36°C.

Dấu hiệu hô hấp: thở rên, thở nhanh, thở chậm, khó thở, cơn ngừng thở, tím tái.

Dấu hiệu tuần hoàn: Mạch nhanh hoặc chậm, refill $> 2\text{s}$, tụt huyết áp..

Dấu hiệu thần kinh: co giật, rối loạn trương lực cơ...

❖ **Đặc điểm cận lâm sàng**

- Xét nghiệm máu: AST, ALT, Ure, Creatinin, Bilirubin toàn phần và trực tiếp, Albumin, CRPs, Procalcitonin, công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), PT(%), APTT, fibrinogen ngày 1, ngày 3 và ngày 7.

- Kết quả nuôi cấy mẫu bệnh phẩm, kết quả kháng sinh đồ

2.4.2. Quá trình điều trị

❖ **Thủ thuật can thiệp:**

- Đặt ống, thở máy

- Thủ thuật khác: Catheter TMR, huyết áp động mạch, nuôi dưỡng tĩnh mạch, huyết áp động mạch, Các thủ thuật xâm lấn khác (longline...)

❖ **Phương pháp điều trị:**

- Vận mạch

- Kháng sinh

2.4.3. Kết quả điều trị nhiễm khuẩn sơ sinh

- Quy ước kết quả điều trị trong nghiên cứu như sau: Tính tới thời điểm ra viện

(1) Sống

(2) Tử vong

(3) Khác: Chuyển viện, chuyển tuyến.

- Tổng hợp: Số ngày thở máy, số loại kháng sinh, số ngày sử dụng kháng sinh, thời gian sử dụng kháng sinh, thời gian điều trị tại phòng hồi sức, thời gian nằm điều trị tại viện.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được phân tích phần mềm SPSS 22.0. Kết được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn... Kiểm định khi bình phương (χ^2), fisher's exact test được sử dụng để xác định mối liên qua giữa tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh. Tương quan tuyến tính (Pearson correlation)

được sử dụng để đánh giá tương quan giữa tuổi thai của đối tượng nghiên cứu với thời gian điều trị hồi sức tích cực, thời gian nằm viện.

2.6. Khía cạnh đạo đức của đề tài.

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học, hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai theo quyết định số 7475/QĐ-BM.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh NKSS được thực hiện tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. Tổng số 111 bệnh nhi đủ điều kiện được tuyển vào nghiên cứu. Trong số các trẻ NKSS, có 91,0% là trẻ đẻ non, còn 9,0% là trẻ đủ tháng. Tỷ lệ NKSS ở trẻ nam (61,3%) cao hơn trẻ nữ (38,7%); trẻ 1 - 3 ngày tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (86,5%).

• Căn nguyên gây nhiễm khuẩn sơ sinh

Bảng 1. Căn nguyên gây nhiễm khuẩn sơ sinh (n=111)

Nuôi cấy máu/ổ nhiễm khuẩn		Non tháng		Đủ tháng	
		n	%	n	%
Vi khuẩn	Klebsiella pneumoniae	22	19,8	0	0
	Serratia mercenscens	1	0,9	0	0
	Stenotrophomonas maltophilia	1	0,9	0	0
	Giang mai	1	0,9	0	0
	Enterobacter	1	0,9	0	0
	Staphylococcus epidermidis	1	0,9	0	0
Vi nấm	Candida	3	2,7	0	0
Âm tính		71	64,0	10	9,0

Nhận xét: Cây máu/ổ nhiễm bệnh có kết quả dương tính là: 27,0 % và đều gặp ở trẻ đẻ non tháng, tỷ lệ kháng thuốc 100%; Trong đó vi khuẩn chiếm 27/30 mẫu cấy dương tính; đứng đầu là Klebsiella pneumoniae đa kháng (73,3%), sau đó là nấm Candida (10%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và kết quả cấy máu (n = 111)

Triệu chứng		Cấy máu				p
		Âm tính		Dương tính		
		n	%	n	%	
Thân nhiệt	Hạ nhiệt độ	60	54,1	24	21,6	> 0,05
	Bình thường	19	17,1	4	3,6	
	Sốt	1	0,9	3	2,7	
Rối loạn nhịp thở	Có	43	38,7	20	18	> 0,05
	Không	37	33,3	11	9,9	
Ngưng thở	Có	27	24,3	17	15,3	> 0,05
	Không	53	47,7	14	12,6	
Thở rên	Có	16	14,4	9	8,1	>

Tím	Không	64	57,7	22	19,8	0,05
	Có	56	50,5	24	21,6	>
Trương lực cơ	Không	24	21,6	7	6,3	0,05
	Giảm	28	25,2	13	11,7	>
	Bình thường	51	45,9	18	16,2	0,05
	Tăng	1	0,9	0	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh có cấy máu dương tính và âm tính (p > 0,05)

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số chỉ số cận lâm sàng và kết quả cấy máu (n=111)

Triệu chứng		Cấy máu				p
		Âm tính		Dương tính		
		n	%	n	%	
Số lượng Bạch cầu	Giảm	28	25,2	13	11,7	> 0,05
	Bình thường	43	38,7	14	12,6	
	Tăng	9	8,1	4	3,6	
Giảm tiểu cầu	Có	46	41,4	23	20,7	> 0,05
	Không	34	30,6	8	7,2	
RLDM	Có	30	27,0	15	13,5	> 0,05
	Không	50	45,0	16	14,4	
Giảm Albumin	Có	24	21,6	13	11,7	> 0,05
	Không	56	50,5	18	16,2	
CRPhs	Tăng	25	22,5	42	37,8	>
	Bình thường	5	4,5	39	35,1	
Pearson Chi-Square		p = 0,003; OR = 4,643 95%CI (1,617 – 13,327)				

Nhận xét: Trẻ có nồng độ CRPhs máu tăng có tỷ lệ cấy máu dương tính cao hơn gấp khoảng 4,6 lần so với trẻ có nồng độ CRPhs máu bình thường (p<0,05).

• Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị (n=111)

	Sống		Tử vong	
	n	%	n	%
Tuần tuổi thai				
Từ 22 tuần – dưới 28 tuần	3	60,0	2	40,0
Từ 28 tuần – dưới 32 tuần	35	66,0	18	34,0
Từ 32 tuần – dưới 37 tuần	37	86,0	6	14,0
Từ 37 tuần	10	100,0	0	0
Fisher's exact test	p = 0,018			
Cấy máu				
Dương tính	18	16,2	12	10,8
Âm tính	67	60,4	14	12,6
Pearson Chi-Square	p = 0,021			
Điều trị vận mạch				
Có	13	11,7	26	23,4
Không	72	64,9	0	0
Pearson Chi-Square	p = 0,000			

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ điều trị khỏi NKSS là 76,6%; Tỷ lệ tử vong ở trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh là 23,4%. Tuổi thai càng nhỏ thì tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn sơ sinh càng cao (p<0,05).

Tỷ lệ sống sót của nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn sơ sinh có kết quả cấy âm tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân cấy máu dương tính.

Có mối liên quan giữa sử dụng thuốc vận mạch và kết quả điều trị trẻ NKSS, tỷ lệ sống sót của nhóm trẻ không có sốc nhiễm khuẩn và không phải dùng vận mạch cao hơn nhóm trẻ có sốc nhiễm khuẩn phải điều trị vận mạch.

Bảng 5: Kết quả điều trị: thời gian sử dụng kháng sinh, thời gian điều trị tại phòng hồi sức tích cực và tổng thời gian điều trị. Thời gian sử dụng kháng sinh $25,10 \pm 19,431$ ngày (Min = 4, Max = 114)

Tuổi thai (Tuần)	Thời gian sử dụng kháng sinh (Ngày)		
	Mean	Min	Max
Từ 22 tuần – dưới 28 tuần	42,00	12	114
Từ 28 tuần – dưới 32 tuần	29,58	4	113
Từ 32 tuần – dưới 37 tuần	20,07	5	82
Từ 37 tuần	14,50	5	26
Pearson correlation	p=0,001; r = -0,307		
Từ 22 tuần – dưới 28 tuần	36,80	12	80
Từ 28 tuần – dưới 32 tuần	23,66	2	81
Từ 32 tuần – dưới 37 tuần	15,00	2	77
Từ 37 tuần	11,20	2	20
Pearson correlation	p=0,000; r = -0,371		
Từ 22 tuần – dưới 28 tuần	57,20	12	121
Từ 28 tuần – dưới 32 tuần	37,91	4	119
Từ 32 tuần – dưới 37 tuần	26,65	6	99
Từ 37 tuần	17,80	7	32
Pearson correlation	p=0,000; r = -0,371		

Nhận xét: Tuổi thai càng nhỏ thì tổng số ngày sử dụng kháng sinh càng dài ($p < 0,05$).

Có mối liên hệ tương quan tuyến tính nghịch biến giữa tuổi thai và thời gian điều trị tại phòng HSTC. Tuổi thai càng nhỏ thì càng phải điều trị tại phòng HSTC càng lâu.

Có mối liên hệ tương quan tuyến tính nghịch biến giữa tuổi thai và tổng thời gian điều trị. Tuổi thai càng nhỏ thì tổng số ngày điều trị càng lớn.

IV. BÀN LUẬN

Khi nuôi cấy bệnh phẩm xác định căn nguyên gây NKSS, tỉ lệ cấy máu/ổ nhiễm bệnh dương tính là 27,0% (Trong đó 24,3 % là vi khuẩn, 2,7% là nấm Candida). Bệnh phẩm được xét nghiệm nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là máu của trẻ, sau đó tới dịch ty hầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các triệu chứng lâm sàng, các chỉ số cận lâm sàng (số lượng bạch cầu, tiểu cầu, yếu tố đông máu, nồng độ Albumin máu) giữa nhóm có cấy máu âm tính và dương tính. Như vậy, cấy máu âm tính cũng không loại trừ được hoàn toàn nhiễm khuẩn sơ

sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy, sơ sinh nhiễm khuẩn có nồng độ CRPhs máu tăng có tỷ lệ cấy máu dương tính cao hơn gấp khoảng 4,6 lần so với trẻ có nồng độ CRPhs máu bình thường.

Kết quả phân lập vi khuẩn, chúng tôi thấy các loại vi khuẩn thường gặp là: vi khuẩn gram (-) chủ yếu là *Klebsiella pneumoniae* đa kháng (22/30 mẫu dương tính), trong đó đều là trẻ đẻ non. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Sơn thực hiện tại Sản – Nhi Nghệ An, tác giả Đỗ Thị Hương Giang thực hiện tại viện Nhi trung ương, Mai Trọng Hưng và CS thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.⁵⁻⁷

Cách chọn mẫu nghiên cứu NKSS tại trung tâm theo mẫu thuận tiện, điều này là một hạn chế của nghiên cứu. Cần các nghiên cứu với thiết kế nghiên cứu bệnh chứng để xác định các yếu tố nguy cơ cho NKSS cũng như xếp loại ưu tiên các yếu tố này. Tuy nhiên từ việc nhận xét các đặc điểm của bệnh nhân NKSS đến điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy có một số yếu tố có thể liên quan: trong quá trình điều trị, trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh thường được thực hiện các thủ thuật xâm lấn. Các thủ thuật vừa là cần thiết trong quá trình điều trị, vừa là nguy cơ tiềm ẩn đòi hỏi nhân viên y tế tuân thủ đúng nguyên tắc vô khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn chặt chẽ để giảm thiểu nguy cơ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh và lây chéo giữa các bệnh nhân.

Kết quả điều trị 76,7% khỏi bệnh, trong đó 100% nhóm trẻ đủ tháng khỏi bệnh. Có 26 trường hợp tử vong chiếm 23,4% đều là trẻ đẻ non. Có 35,1% trẻ được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn cần dùng vận mạch, trong đó trẻ chủ yếu cần sử dụng 2-3 loại vận mạch trở lên và tỷ lệ sống sót của nhóm trẻ không có sốc nhiễm khuẩn – không phải dùng vận mạch cao hơn nhóm trẻ có sốc nhiễm khuẩn phải điều trị vận mạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy nhóm trẻ đẻ non có tỉ lệ tử vong cao hơn so với nhóm trẻ đủ tháng, tuổi thai càng nhỏ thì tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn sơ sinh càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số tác giả khác cũng thấy nhóm trẻ đẻ non có tỉ lệ tử vong cao hơn so với nhóm trẻ đủ tháng.⁸⁻¹⁰

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oza S, Lawn JE, Hogan DR, Mathers C, Cousens SN. Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013. Bull World Health Organ. 2015;93(1):19-28. doi:10.2471/BLT.14.139790

2. Shane AL, Sánchez PJ, Stoll BJ. Neonatal sepsis. The Lancet. 2017;390(10104):1770-1780. doi:10.1016/S0140-6736(17)31002-4
3. Stoll BJ, Puopolo KM, Hansen NI, et al. Early-Onset Neonatal Sepsis 2015 to 2017, the Rise of Escherichia coli, and the Need for Novel Prevention Strategies. JAMA Pediatr. 2020;174(7):e200593. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0593
4. Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung ương. Accessed October 14, 2024. <https://truyennhiemvietnam.vn/index.php/vjid/article/view/348/300>
5. Nguyễn Hữu Sơn, Nguyễn Thị Quỳnh Nga ((2023) Căn nguyên và kết quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp tại bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam; 527(1B).
6. Giang ĐTH, Nga NTQ. Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung ương. VMJ. 2023;530(1B). doi:10.51298/vmj.v530i1B.6698
7. Hưng MT, Nhân TL, Nga NTQ, Anh TT, Luyện HT, Hương NT. Căn nguyên gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và một số yếu tố liên quan. VMJ. 2024;544(2). doi:10.51298/vmj.v544i2.11863
8. Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N. The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. The Lancet Respiratory Medicine. 2018;6(3):223-230. doi:10.1016/S2213-2600(18)30063-8
9. Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, et al. Changes in Pathogens Causing Early-Onset Sepsis in Very-Low-Birth-Weight Infants. New England Journal of Medicine. 2002;347(4):240-247. doi:10.1056/NEJMoa012657
10. Quốc Trưởng Dương, Thái Sơn Đỗ, Ngọc Nga Dương, Thị Thu Huyền Nguyễn. Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại trung tâm Nhi khoa bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. (2024). Tạp chí Y học Việt Nam. 512(1)

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG BEVACIZUMAB (AVASTIN) TIÊM NỘI NHÃN ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM THỨ PHÁT DO TẮC TĨNH MẠCH VỒNG MẠC

Cung Hồng Sơn¹, Lê Quang Trung², Trần Ngọc Thành¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng 36 bệnh nhân (BN) phù hoàng điểm trong tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc (VM). Tiêm nội nhãn 1,25mg bevacizumab 3 lần, mỗi lần cách nhau 1 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 65. Có 13 trường hợp tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc, 23 trường hợp tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc. Có 26 trường hợp tắc tĩnh mạch thể không thiếu máu và 10 trường hợp thể thiếu máu. Phù hoàng điểm dạng nang: 69,4%; phù tỏa lan: 30,6%. Thị lực logMAR trước điều trị thấp: 1,24±0,60. Thị lực cải thiện tốt sau điều trị (1,24 - > 0,81). Chiều dày VM trung tâm trước điều trị cao: trung bình 542 ± 181 µm. Cải thiện tốt sau điều trị (542 - > 336 pm). Chưa thấy mối liên quan giữa giảm chiều dày VM trung tâm với cải thiện thị lực theo mốc thời gian nghiên cứu. Không có biến chứng đáng ngại nào tại mắt hay toàn thân. Đây là phương pháp an toàn và có kết quả tốt.

Từ khóa: Phù hoàng điểm tắc tĩnh mạch võng mạc, Bevacizumab (Avastin), tiêm nội nhãn.

SUMMARY

THE RESULT OF BEVACIZUMAB (AVASTIN)

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện Mắt Hồng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Trung

Email: Quangtrung0410hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

INTRAOcular INJECTION ON RETINAL VEIN OCCLUSION MACULAR EDEMA

The clinical trial without control was carried out on 36 patients with intraocular injection in retinal vein occlusion macular edema. Injections of 1.25 mg of bevacizumab with 1 month interval were done for patients. **Results:** The median age was 65 years. There were 13 cases of branch vein occlusion and 23 cases of central retinal vein occlusion. There were 10 cases of ischemic type and 26 cases of non-ischemic type. Cytoid macular edema (69,4%), diffuse edema (30,6%). LogMAR VA before treatment was low 1.24±0,60. Good improvement of VA after treatment (1.24 - 0.81). Pretreatment central retinal thickness (CRT) was 542 ± 181 pm, which was improved remarkably after the intervention (542 - 336 µm). There was no close correlation between the CRT reduction and VA improvement throughout all follow-up points. There was no reported considerable systemic complications neither ocular adverse effects. Avastin intraocular injections appeared to be a safe and effective treatment for RVO macular edema.

Keywords: Retinal vein occlusion macular edema; Bevacizumab (avastin); Intraocular injection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tĩnh mạch võng mạc (TTMVM) là bệnh lý mạch máu võng mạc thường gặp đặc biệt ở những nước đang phát triển và có xu hướng ngày càng tăng. Phù hoàng điểm là nguyên nhân chính gây giảm thị lực ở những bệnh nhân TTMVM. Có nhiều cơ chế gây phù hoàng điểm,