

MÔ HÌNH NHIỄM KHUẨN SƠ SINH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2024

Tô Minh Mạnh¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mô hình nhiễm khuẩn sơ sinh điều trị tại bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 1034 bệnh nhân nhiễm khuẩn sơ sinh điều trị từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2024 tại khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Thái Bình. **Kết quả:** Trong nghiên cứu năm 2024 về nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) trên 1.034 trẻ, phần lớn bệnh nhân là trẻ đủ tháng (75,4%) và nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (62,8%). Đề mổ phổ biến hơn (57,4%), yếu tố nguy cơ tử mẹ thường gặp nhất là viêm nhiễm phụ khoa (17,3%). Về triệu chứng lâm sàng, biểu hiện hô hấp là thường gặp (75,6%), tiếp theo là tổn thương da, niêm mạc (57,7%) và triệu chứng tuần hoàn (20,6%). Một số trẻ có biểu hiện sốt (7,8%) hoặc hạ thân nhiệt (8,9%). Xét nghiệm cho thấy 2,1% trẻ giảm bạch cầu < 5G/l, 3,1% tăng bạch cầu > 25G/l, 10,6% có CRP ≥ 10 mg/dl và 3,0% giảm tiểu cầu < 150G/l. NKSS muộn chiếm ưu thế (76,8%), với viêm phổi là bệnh phổ biến (59,2%), trong khi viêm màng não (2,0%) và nhiễm khuẩn huyết (0,9%) ít gặp hơn. Kết quả điều trị khả quan với 89,7% trẻ khỏi bệnh, tuy nhiên vẫn có 3,9% phải chuyển viện và 2,2% tử vong. Thời gian điều trị trung bình là 12,84 ± 6,99 ngày. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn sơ sinh chủ yếu xảy ra ở trẻ đủ tháng, trong đó viêm phổi là bệnh phổ biến nhất. Kết quả điều trị khả quan và cần tiếp tục nâng cao chất lượng chăm sóc để giảm chuyển viện và tử vong. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn sơ sinh, sơ sinh, trẻ sơ sinh

SUMMARY

FRAMEWORK FOR THE MANAGEMENT OF NEONATAL INFECTION AT THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the neonatal infection model treated at Thai Binh Pediatric Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,034 neonates with infections treated from January to December 2024 in the Neonatology and Intensive Care Departments of Thai Binh Pediatric Hospital. **Results:** In the 2024 study on neonatal infections (NNI) involving 1,034 infants, the majority were full-term (75.4%), with a higher proportion of male patients (62.8%). Cesarean delivery was more common (57.4%), and the most

frequent maternal risk factor was gynecological infections (17.3%). Regarding clinical symptoms, respiratory manifestations were the most common (75.6%), followed by skin and mucosal lesions (57.7%) and circulatory symptoms (20.6%). Some infants presented with fever (7.8%) or hypothermia (8.9%). Laboratory tests revealed leukopenia (< 5G/L) in 2.1% of cases, leukocytosis (> 25G/L) in 3.1%, CRP ≥ 10 mg/dL in 10.6%, and thrombocytopenia (< 150G/L) in 3.0%. Late-onset neonatal infection was predominant (76.8%), with pneumonia being the most prevalent condition (59.2%), while meningitis (2.0%) and sepsis (0.9%) were less common. The treatment outcome was favorable, with 89.7% of infants recovering, although 3.9% required transfer to another hospital, and 2.2% died. The average treatment duration was 12.84 ± 6.99 days. **Conclusion:** Neonatal infections primarily occur in full-term infants, with pneumonia being the most common condition. Treatment outcomes are favorable, but there is a need to further improve the quality of care to reduce transfer rates and mortality.

Keywords: Neonatal infection, neonate, newborn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) gồm các bệnh nhiễm khuẩn xuất hiện trong 28 ngày đầu của cuộc sống, với các mầm bệnh mắc phải trước, trong hoặc sau sinh. NKSS được chia làm 2 loại là NKSS sớm (xảy ra trong 3 ngày đầu của cuộc sống) hay còn gọi là nhiễm khuẩn từ mẹ sang con và NKSS muộn (từ ngày thứ 4 trở đi)¹. Trong đó nhiễm khuẩn thường gặp phải kể đến: nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, viêm phổi, viêm rốn, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm ruột, viêm da...

Ước tính có khoảng 6,9 triệu trẻ sơ sinh ở Nam Á và châu Phi cận Sahara điều trị nhiễm khuẩn vào năm 2012. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỉ lệ NKSS ở các nước thu nhập thấp và trung bình cao gấp 3 đến 20 lần so với các nước phát triển². Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Thị Thúy ở 465 trẻ NKSS, NKSS sớm chiếm 72,4%, hàng đầu là viêm phổi: 55,9%, nhiễm khuẩn huyết: 16,1%³. Nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh, tại bệnh viện Nhi Trung Ương trên 306 trẻ NKSS: 30,4% nhiễm khuẩn sớm, 79,1% trẻ viêm phổi⁴.

Hàng năm tại khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Thái Bình tiếp nhận và điều trị hàng nghìn trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn, với bệnh cảnh lâm sàng từ đơn giản tới phức tạp, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào mô tả được bức tranh NKSS tại bệnh viện. Xuất phát từ vấn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: ngaquynh2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

đề này chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Mô hình nhiễm khuẩn sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ sơ sinh từ 0 - 28 ngày được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh điều trị tại khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Thái Bình từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ có các dấu hiệu lâm sàng và biến đổi trên cận lâm sàng:

- Rối loạn điều hòa thân nhiệt: sốt cao, hạ thân nhiệt
- Triệu chứng thần kinh: Cử động tăng hay dễ bị kích thích, co giật, thóp phồng, giảm trương lực cơ, hôn mê.
- Triệu chứng tim mạch và tuần hoàn: Trẻ xanh tím, da nổi vân, thời gian hồi phục màu da kéo dài Refill ≥ 3 giây, nhịp tim nhanh > 180 lần/phút, huyết áp hạ.
- Triệu chứng hô hấp: Da tím, thở rên, cánh mũi phập phồng, rối loạn nhịp thở, trẻ thở nhanh ≥ 60 lần/phút hoặc ngừng thở > 20 giây, co kéo cơ hô hấp.
- Triệu chứng tiêu hóa: Bú kém, bỏ bú, nôn chớ, tiêu chảy, chướng bụng, gan lách to.
- Triệu chứng da niêm mạc: Vàng da, da có nốt mủ, ban xuất huyết, phù nề hoặc phù cứng bì.
- Triệu chứng tiết niệu: Trẻ có thể thiếu niệu, vô niệu.
- Hạ đường máu, tăng đường máu, hạ Natri máu, nhiễm toan, CRP $\geq 10\text{mg/l}$, cấy máu hoặc các dịch có vi khuẩn⁵.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không có các dấu hiệu nhiễm khuẩn, bệnh không phân loại theo ICD 10, hồ sơ không đầy đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: toàn bộ
- Mỗi bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu được thu thập các thông tin chung, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị. Bệnh nhân được phân loại bệnh theo ICD 10:

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh: chẩn đoán NKH dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của cơ quan Y tế Châu Âu EMA(European Medicines Agency) năm 2010: trẻ sơ sinh có ≥ 2 biểu hiện lâm sàng cùng với ≥ 2 dấu hiệu cận lâm sàng và có kết quả cấy máu dương tính.

Viêm phổi sơ sinh: lâm sàng trẻ có ho, khó khè, thay đổi nhịp thở, có thể suy hô hấp, phổi có rale ẩm nhỏ hạt hoặc tổn thương trên X quang

Viêm màng não mủ: lâm sàng trẻ sốt cao, li

bì, có thể thóp phồng, co giật, dịch não tủy có tăng bạch cầu > 20 tế bào/mm³ ở trẻ đủ tháng, > 30 tế bào/mm³ ở trẻ non tháng.

Nhiễm khuẩn tiết niệu: trẻ có sốt cao, CRP tăng, soi nước tiểu có nhiều bạch cầu

Viêm rốn: rốn rụng muộn, da xung quanh rốn đỏ, ướt hoặc mùi hôi, toàn trạng có thể bình thường

Viêm da: trên da trẻ có mụn nước tập trung tại các nếp gấp da hoặc rải rác toàn thân, mụn nước trong hoặc mủ vàng.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập đầy đủ các thông tin được làm sạch trước khi nhập vào máy tính và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2024, chúng tôi thu thập được 1034 bệnh nhân có nhiễm khuẩn sơ sinh và thu được kết quả sau:

Bảng 1: Phân bố bệnh theo tuổi thai, giới tính, cân nặng và phương pháp sinh

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi thai	< 28 tuần	7	0,7
	28 - 31 tuần	40	3,9
	32 - 36 tuần	207	20,0
	≥ 37 tuần	780	75,4
Giới	Nam	649	62,8
	Nữ	385	37,2
Phương pháp sinh	Đẻ thường	441	42,6
	Đẻ mổ	593	57,4
Cân nặng lúc sinh	< 2500 gram	133	12,9
	≥ 2500 gram	901	87,1
Mẹ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai	Mẹ sốt trước sinh	21	2,0
	Viêm phụ khoa	179	17,3
	Vỡ ối sớm, rỉ ối kéo dài	27	2,6
	Öi xanh bầm	49	4,7
Cân nặng lúc sinh (kg), $\bar{x} \pm SD$	3,02 $\pm$ 0,62		
Cân nặng lúc nhập viện (kg), $\bar{x} \pm SD$	3,39 $\pm$ 0,80		

Nhận xét: Phần lớn trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn là trẻ đủ tháng (75,4%). Trong nhóm trẻ sơ sinh thiếu tháng nhiễm khuẩn có tuổi thai dưới 28 tuần: 0,7%, 28 - 31 tuần: 3,9%, 32 - 36 tuần: 20%. Trẻ nam chiếm 62,8%, tỉ lệ nam/nữ: 1,69/1. Phương pháp sinh có sự thay đổi, đẻ mổ cao (57,4%), cân nặng khi sinh thấp, dưới 2500 gram: 12,9%. Yếu tố nguy cơ từ mẹ hay gặp nhất là nhiễm khuẩn phụ khoa (17,3%).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

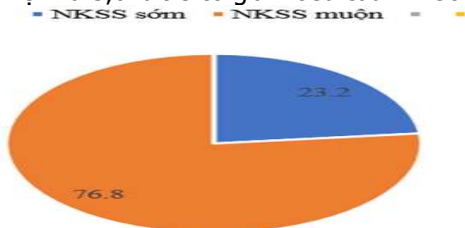
Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng hô hấp	782	75,6
Triệu chứng tiêu hoá	102	9,9
Triệu chứng tuần hoàn	213	20,6
Triệu chứng thần kinh	77	7,4
Triệu chứng da, niêm mạc	597	57,7
Triệu chứng tăng thân nhiệt	81	7,8
Triệu chứng hạ thân nhiệt	92	8,9

Nhận xét: Triệu chứng hô hấp gặp phổ biến nhất ở trẻ NKSS chiếm 75,6%, tiếp đến là nhiễm khuẩn da, niêm mạc: 57,7%, triệu chứng về tuần hoàn có 20,6%. Trong đó có 81 trẻ có biểu hiện sốt chiếm 7,8%, 92 trẻ non tháng và nhiễm khuẩn nặng có biểu hiện hạ thân nhiệt chiếm 8,9%.

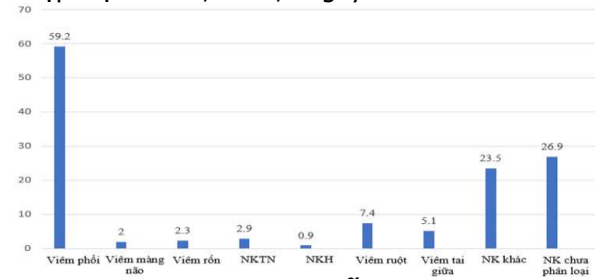
Bảng 3: Triệu chứng cận lâm sàng

Triệu chứng cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Số lượng bạch cầu	< 5G/l	22, 2,1
	5,1-25 G/l	980, 94,8
	>25 G/l	32, 3,1
Số lượng bạch cầu trung bình (G/l)	12,86 ± 5,94	
Số lượng bạch cầu trung tính	<1,5 G/l	67, 6,5
	≥1,5G/l	967, 93,5
Số lượng bạch cầu trung tính trung bình (G/l)	5,61 ± 4,40	
CRP (n=1026)	<10 mg/dl	917, 89,4
	≥10 mg/dl	109, 10,6
CRP trung bình (mg/dl)	7,81 ± 26,84	
Số lượng tiểu cầu	<150 G/l	31, 3,0
	≥150 G/l	1003, 97,0
Số lượng tiểu cầu trung bình (G/l)	371,7 ± 131,2	

Nhận xét: Triệu chứng cận lâm sàng của trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh thay đổi tùy theo thời gian trẻ nhiễm khuẩn nhập viện miễn dịch của trẻ. Kết quả nghiên cứu có 2,1% trẻ có giảm số lượng bạch cầu < 5 G/l và 3,1% trẻ có tăng bạch cầu > 25 G/l lúc nhập viện, số lượng bạch cầu trung bình là 12,86 ± 5,94 G/l. Trong đó số lượng bạch cầu trung tính giảm dưới 1,5G/l chiếm 6,5%. 10,6% trẻ có tăng chỉ số CRP khi nhập viện và 3,0% trẻ có giảm tiểu cầu < 150G/l.

**Biểu đồ 1: Phân bố NKSS theo thời điểm mắc**

Nhận xét: Có 23,2% trẻ NKSS sớm, 76,8% trẻ có NKSS muộn, tuổi trung bình của trẻ khi nhập viện là: 13,6 ± 9,0 ngày.

**Biểu đồ 2: Mô hình nhiễm khuẩn sơ sinh**

Nhận xét: Viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở trẻ NKSS: 59,2%, nhiễm khuẩn huyết: 0,9%, nhiễm khuẩn tiết niệu: 2,9%, viêm màng não: 2,0%.

Bảng 4: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	p
Khỏi	928	89,7	<0,01
Chuyển viện	40	3,9	
Tử vong	23	2,2	
Xin xuất viện sớm	43	4,2	
Thời gian điều trị trung bình (ngày)	12,84 ± 6,99		

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị khỏi NKSS chiếm 89,7%, có 2,2% trẻ tử vong và 3,9% trẻ nặng phải chuyển viện.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 1034 trẻ có nhiễm khuẩn sơ sinh trong năm 2024 chiếm tỉ lệ 67,9% tổng số sơ sinh nhập viện điều trị. Trong đó 84,7% gặp ở trẻ đủ tháng cao hơn trẻ non tháng (15,3%), ở sơ sinh non tháng có nhiễm khuẩn: trẻ cực non chiếm 0,7%, trẻ rất non tháng chiếm 3,9%, trẻ non tháng muộn chiếm 20%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Thuý tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá (trẻ đủ tháng: 80,2%, trẻ non tháng: 19,8%)⁶. Nhưng có sự khác biệt với nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh và cộng sự tại bệnh viện Nhi Trung Ương (62,8% trẻ non tháng, 37,2% trẻ đủ tháng)³. Kết quả này có thể giải thích, mô hình bệnh tật ở trẻ sơ sinh hàng năm có sự thay đổi theo điều kiện kinh tế và khí hậu, cùng với sự chăm sóc trước, trong và sau sinh ngày càng được quan tâm hơn, do đó giảm tỉ lệ đẻ non, giảm tỉ lệ trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ non tháng. Về phương pháp sinh, có 57,4% trường hợp trẻ sinh mổ, tình trạng gia tăng trẻ sinh mổ do phong tục tập quán của người dân sinh con theo giờ, sợ đau khi đẻ vẫn còn tồn tại. Trong nghiên cứu tỉ lệ trẻ nam cao hơn nữ, trẻ

nam/trẻ nữ=1,69/1. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh³, Trần Diệu Linh: nam/nữ: 2/1⁴, Trịnh Thị Thuý⁶. 87,1% trẻ có cân nặng ≥ 2500 g kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Hiếu Minh, Trịnh Thị Thuý^{3,6}. Cân nặng trung bình của trẻ lúc sinh: $3,02 \pm 0,62$ Kg, trẻ nhỏ nhất có cân nặng 500 gram, trẻ to nhất có cân nặng 5000 gram. Cân nặng trung bình của trẻ lúc vào viện: $3,39 \pm 0,8$ Kg. Có nhiều yếu tố nguy cơ làm gia tăng tình trạng nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh đặc biệt là NKSS sớm, trong đó phải kể đến bệnh lý của mẹ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 17,3% có mẹ nhiễm khuẩn phụ khoa trong tháng cuối thai kỳ, 2,0% mẹ có sốt trước sinh, 4,7% có nhiễm khuẩn ối, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng phần lớn NKSS là NKSS muộn (76,8%) cao hơn NKSS sớm: 23,2%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh, Trịnh Thị Thuý^{3,6}. Kết quả này có thể giải thích do tỉ lệ trẻ sinh non và nhẹ cân giảm, khi trẻ sơ sinh chào đời hoà nhập với cộng đồng, phong tục tập quán địa phương có nhiều người tiếp xúc gần với trẻ, đồng thời khí hậu thay đổi, hàng năm có nhiều đợt dịch bệnh như cúm, nhiễm RSV, sởi,... làm gia tăng nhiễm khuẩn sơ sinh muộn. Tuổi trung bình của trẻ khi nhập viện: $13,6 \pm 9,0$ ngày.

Do đặc điểm sinh lý của trẻ sơ sinh miễn dịch thấp, khả năng phản ứng với tác nhân gây bệnh kém do đó các triệu chứng thường không điển hình, một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng ở các cơ quan trong cơ thể hoặc triệu chứng bệnh kín đáo. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi thống kê thấy biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất ở trẻ NKSS là các triệu chứng về hô hấp chiếm 75,6%, tiếp đến là triệu chứng da, niêm mạc chiếm 57,7%. Trong đó có 81 trẻ có biểu hiện sốt chiếm 7,8%, trẻ non tháng và nhiễm khuẩn nặng có biểu hiện hạ thân nhiệt chiếm 8,9%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước, như nghiên cứu của Trần Diệu Linh, triệu chứng chiếm ưu thế là hô hấp (72,6%), triệu chứng da, niêm mạc (66,6%)⁴.

Do các triệu chứng lâm sàng ở trẻ NKSS nhiều khi không đặc hiệu, làm khó khăn cho chẩn đoán và điều trị bệnh, vai trò của cận lâm sàng hỗ trợ trong quá trình điều trị bệnh là cần thiết. Kết quả nghiên cứu có 2,1% trẻ có giảm số lượng bạch cầu < 5 G/l và 3,1% trẻ có tăng bạch cầu > 25 G/l lúc nhập viện, số lượng bạch cầu giảm quá thấp hoặc tăng cao cũng là yếu tố tiên lượng bệnh nặng, số lượng bạch cầu trung

bình là $12,86 \pm 5,94$ G/l. Trong đó số, lượng bạch cầu trung tính giảm dưới 1,5 G/l chiếm 6,5%. 10,6% trẻ có tăng chỉ số CRP khi nhập viện và 3,0% trẻ có giảm tiểu cầu < 150 G/l. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với tác giả Trần Diệu Linh, CRP dương tính có 70,3%, 55,5% tăng bạch cầu máu, giảm bạch cầu 22,2% và giảm tiểu cầu 40,4%. Kết quả của sự khác biệt này có thể giải thích sự thay đổi về cận lâm sàng phụ thuộc vào thời gian bệnh nhân tới viện, cũng như tình trạng bệnh của trẻ.

Về mô hình các bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh, nghiên cứu chúng tôi thấy hàng đầu nhiễm khuẩn là viêm phổi chiếm 59,2%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh (79,1%)³ Trịnh Thị Thuý (55,9%)⁶. Nhiễm khuẩn huyết: 0,9% thấp hơn so với các nghiên cứu trước, viêm màng não: 2,0%, viêm rốn 2,3%, nhiễm khuẩn tiết niệu 2,9%, viêm ruột: 7,4%. Có 26,9% các trường hợp nhiễm khuẩn sơ sinh chưa xác định rõ vị trí nhiễm khuẩn biểu hiện trẻ sốt, bạch cầu hoặc CRP tăng. 23,5% các trường hợp có viêm da, viêm kết mạc mắt, một số trẻ có tình trạng nặng như shock nhiễm trùng, tràn dịch màng phổi, xuất huyết phổi... Kết quả này cho thấy rằng, viêm phổi vẫn chiếm chủ yếu trong số các trường hợp nhiễm khuẩn sơ sinh và cũng là nguyên nhân tử vong của nhiều trường hợp, đặc biệt ở các nước đang phát triển, một lần nữa cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện, chẩn đoán và điều trị kịp thời cho trẻ.

Cùng với sự phát triển của y học hiện đại về lâm sàng và cận lâm sàng giúp cho chẩn đoán NKSS ngày càng sớm và chính xác hơn đem lại kết quả điều trị cho bệnh nhân, rút ngắn thời gian nằm viện. Kết quả ngày được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi: có 89,7% nhiễm khuẩn sơ sinh điều trị khỏi, chuyển viện 3,9% và 2,2% trẻ tử vong. Thời gian điều trị trung bình ở trẻ NKSS: $12,84 \pm 6,99$ ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Maroc của KENZA HATTOFI có 90% đáp ứng với điều trị⁷, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Sơn tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An: tỉ lệ khỏi bệnh 80,2%, chuyển viện 9,7%, tử vong 10,1%⁸. Kết quả này cũng đã thể hiện những nỗ lực cố gắng của bệnh viện Nhi Thái Bình và ngành Y tế Thái Bình trong quá trình chăm sóc sức khỏe trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thái Bình cho thấy tỉ lệ trẻ NKSS còn khá cao (67,9%), bệnh gặp nhiều ở trẻ nam, yếu tố nguy cơ từ mẹ thường gặp là viêm nhiễm phụ khoa. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là dấu hiệu

hô hấp, vì vậy bệnh chiếm ưu thế là viêm phổi. Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh cao, tuy nhiên tử vong (2,2%) vẫn là vấn đề cần quan tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anaya-Prado R., Valero-Padilla C., Sarraide-Delgado A., et al** (2017). Early neonatal sepsis and associated factors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 55(3), 317 - 323.
2. **Seale AC, Blencowe H, Manu AA, et al**, (2014). Estimates of possible severe bacterial infection in neonates in sub-Saharan Africa, south Asia, and Latin America for 2012: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*;14(8): 731-741. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70804-7.
3. **Ngô Thị Hiếu Minh, Đặng Văn Xuyên, Trần Minh Điển.** Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Truyền Nhiễm Việt Nam*, số 01(45).2024. Tr 47 - 53.
4. **Trần Diệu Linh.** Một số nhận xét về tình hình nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ đủ tháng tại trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh bệnh viện phụ sản Trung Ương. *Tạp chí phụ sản- 13(2)*, 118-121, 2015.
5. **Siba Prosad Paul, Henna Khattak, Prashant Karkala Kini et al**, (2022). NICE guideline review: neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment (NG195). *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2022;107: 292-297. doi:10.1136/archdischild-2021-322349
6. **Trịnh Thị Thúy, Lê Kiên Ngãi, Ngô Thị Thu Hương.** Nhận xét tình trạng nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2022. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Tập 531, tháng 10, số 1. 2023, Tr 282 - 286
7. **Kenza Hattoufi, Majdouline Obtel, Hassan Aguenou et al.** Early-Onset Neonatal Sepsis: A Retrospective Study among 1,119 Moroccan Newborns Admitted to the National Reference Center in Neonatology and Nutrition, Rabat, Morocco. *Iranian Journal of Neonatology*. 2021, 12 (4).
8. **Nguyễn Hữu Sơn.** 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. *Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội*, 2023

BIẾN CHỨNG VIÊM PHÚC MẠC SAU MỞ THÔNG DẠ DÀY QUA DA (PEG) NHÂN MỘT CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Trần Thị Thu¹, Nguyễn Thị Ly¹, Trần Minh Hiếu¹,
Nguyễn Thị Lai¹, Đỗ Thị Ngọc¹, Nguyễn Đình Thuyền^{1,3},
Nguyễn Quỳnh Anh², Vũ Hải Vinh^{1,3}

TÓM TẮT

Mở thông dạ dày qua nội soi - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) là một thủ thuật phổ biến để cung cấp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa cho bệnh nhân rối loạn nuốt. Mặc dù thường an toàn, PEG có thể gây ra các biến chứng, bao gồm viêm phúc mạc. Chúng tôi trình bày một ca lâm sàng viêm phúc mạc sau đặt PEG nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết sớm và xử trí kịp thời. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ 72 tuổi có tiền sử viêm phổi, parkinson và di chứng đột quỵ với rối loạn nuốt được đặt ống PEG để nuôi dưỡng. Sau mở thông dạ dày qua da 4 ngày, bệnh nhân xuất hiện bụng chướng, sốt, chân mở thông sưng nề chảy dịch mủ. Xét nghiệm cho thấy bạch cầu tăng cao và các chỉ số viêm tăng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện có hơi tự do trong ổ bụng, nghi ngờ viêm phúc mạc. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng và phẫu thuật cấp cứu. Trong phẫu thuật, phát hiện rò rỉ dịch dạ dày vào ổ bụng. Bệnh nhân được lau rửa ổ bụng và khâu

lại vị trí rò, sau đó hồi phục tốt. **Bàn luận:** Viêm phúc mạc sau PEG là một biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm, thường do lệch ống thông sớm, đặt sai vị trí hoặc rò rỉ dịch dạ dày. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi cao, suy dinh dưỡng và bệnh lý nền. Chẩn đoán sớm dựa trên lâm sàng và hình ảnh học là rất quan trọng. Điều trị có thể bao gồm kháng sinh đơn thuần trong một số trường hợp, nhưng phẫu thuật cần thiết nếu có tình trạng viêm phúc mạc nặng. **Kết luận:** Trường hợp này nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi chặt chẽ sau PEG, nhận diện sớm biến chứng và phối hợp đa chuyên khoa để tối ưu hóa điều trị. Bác sĩ lâm sàng cần cảnh giác với viêm phúc mạc khi bệnh nhân có triệu chứng đau bụng cấp sau đặt PEG.

Từ khóa: mở thông dạ dày nội soi, viêm phúc mạc, biến chứng, nuôi dưỡng đường tiêu hóa.

SUMMARY

PERITONITIS COMPLICATION AFTER PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY (PEG) A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a common procedure for enteral nutrition in patients with dysphagia. Although generally safe, PEG can lead to complications, including peritonitis. We present a clinical case of peritonitis following PEG placement to emphasize the importance of early recognition and timely management. **Case study:** A 72-year-old

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu

Email: tranthubve@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025