

sóc tốt hơn so với nhóm người bệnh có nguyên nhân là tai nạn lao động hay tai nạn giao thông với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).⁶

Như vậy từ kết quả của nghiên cứu của chúng tôi về đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị ngoại trú tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả chăm sóc ban đầu là một minh chứng khoa học bổ sung thêm cho vai trò chăm sóc của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh sau khi nắn chỉnh, bó bột điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay cũng như các điều trị bảo tồn khác.

Tuy nhiên, do phương pháp thu thập số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi bằng quan sát và tự đánh giá của người bệnh, do vậy, khi đánh giá đôi khi thiếu tính khách quan mà mang tính chủ quan, cảm tính của người bệnh. Mặt khác bên cạnh phân tích yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc chung, chúng tôi chưa thể phân tích sâu các yếu tố có thể ảnh hưởng tới kết quả, biến chứng, chưa có sự so sánh kèm đối chứng giữa các nhóm đối tượng trong cùng độ tuổi nhưng khác nhau về giới, học vấn hoặc giữa nhóm bị tay phải, tay trái với nhóm bị cả hai tay khác biệt về chăm sóc...

Bởi vậy để khắc phục những hạn chế đó, chúng tôi cần mở rộng nghiên cứu với mẫu số lớn hơn, xây dựng khung kết quả chi tiết hơn nữa để thể hiện những điểm mạnh và điểm chưa tốt của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn bằng kéo, nắn bó bột. Bên cạnh đó, chúng tôi cần có những nghiên cứu đánh giá kết quả trung

hạn (3 tháng) hoặc dài hạn (6 tháng) sau khi người bệnh tháo bột để có được kết quả mang tính bao quát hơn.⁷

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 185 người bệnh cho thấy kết quả chăm sóc người bệnh tốt hơn ở nhóm thành thị, được nẹp cố định trước khi tới viện, và thời gian vào viện từ sau tai nạn dưới 12 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh ngoại khoa. In. Hà Nội: Nhà xuất bản Y Học; 2015.
2. **Bộ Y tế.** Kỹ thuật điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình. In. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2018.
3. **Đặng Việt Công.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh Viện Trung ương Quân đội 108. Hà Nội, Học viện Quân Y; 2016.
4. **Phạm Đình Thế, Lê Hoàng Văn Hải.** Kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa với đường mổ xâm lấn tối thiểu tại Bệnh viện TP Thủ Đức. Tạp Chí Khoa học Và Công nghệ Việt Nam. 2023;65(3ĐB).
5. **Ochen Y, Peek J, van der Velde D, et al.** Operative vs nonoperative treatment of distal radius fractures in adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA network open. 2020;3(4):e203497-e203497.
6. **Hintringer W, Rosenauer R, Pezzeti C, et al.** Biomechanical considerations on a CT-based treatment-oriented classification in radius fractures. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. 2020;140:595-609.
7. **Karantana A, Handoll HH, Sabouni A.** Percutaneous pinning for treating distal radial fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020(2).

RỐI LOẠN NHỊP THẤT Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐỘNG MẠCH VÀNH XUẤT PHÁT BẤT THƯỜNG: NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ HAY BỆNH LÝ ĐỒNG MẮC

Trần Lê Uyên Phương¹, Trần Cao Đạt¹,
Kiều Ngọc Dũng¹, Hoàng Văn Sỹ¹, Nguyễn Tri Thức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Báo cáo trường hợp 2 ca lâm sàng với bất thường xuất phát động mạch vành và rối loạn nhịp thất được điều trị triệt để bằng việc triệt đốt điện sinh lý sử dụng hệ thống lập bản đồ 3

chiều trong buồng tim. **Đặt vấn đề:** Động mạch vành xuất phát bất thường là một bệnh lý bẩm sinh có thể gây nên đột tử do rối loạn nhịp thất. Dữ liệu tại Việt Nam hiện nay chưa ghi nhận về hiệu quả triệt đốt nhịp nhanh thất ở bệnh nhân có bất thường xuất phát động mạch vành. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Hai bệnh nhân nhập viện với triệu chứng gần ngất và nhịp nhanh thất từ buồng tổng thất không đáp ứng với điều trị nội khoa, được phát hiện có bất thường xuất phát động mạch vành bẩm sinh và nằm giữa 2 đại động mạch. Bệnh nhân thứ nhất là nữ 54 tuổi có thân chung động mạch vành trái xuất phát từ xoang Valsalva phải, kèm suy tim với LVEF 29%, có các cơn nhanh thất duy trì và không

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy – Thứ trưởng Bộ Y Tế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Uyên Phương

Email: tuyenphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

duy trì tái đi tái lại nhiều lần với gánh nặng loạn nhịp thất 49%. Bệnh nhân thứ hai là nam 42 tuổi có động mạch vành phải xuất phát từ xoang Valsalva trái, với nhịp nhanh thất không duy trì và gánh nặng loạn nhịp thất 8%. Cả hai được sử dụng hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu điện học trong buồng tim để tìm chính xác ổ xuất phát các rối loạn nhịp thất ở buồng tổng thất phải và được triệt đốt thành công bằng catheter với mức năng lượng thấp để tránh làm tổn thương động mạch vành nằm phía sau buồng tổng thất phải. Trong thời gian theo dõi 3 tháng sau đốt, bệnh nhân không còn bị ngất, Holter điện tâm đồ cũng không còn rối loạn nhịp thất nào và phân suất tống máu thất trái trở về bình thường. Bệnh nhân từ chối phẫu thuật đổi nơi xuất phát động mạch vành vì không còn triệu chứng ngất và cũng không còn bằng chứng của rối loạn nhịp thất, ngay cả khi làm điện tâm đồ gắng sức.

Kết luận: Mặc dù động mạch vành xuất phát bất thường đi giữa hai đại động mạch có liên quan đến đột tử do rối loạn nhịp thất khi bị chèn ép và cần phẫu thuật để sửa chữa chỗ xuất phát, nhịp nhanh thất từ buồng tổng thất phải có lẽ là một bệnh đồng mắc và triệt đốt bằng catheter với sự hướng dẫn của hệ thống lập bản đồ giải phẫu điện học 3 chiều trong buồng tim giúp bệnh nhân loại bỏ được rối loạn nhịp thất này.

Từ khóa: Triệt đốt điện sinh lý, nhịp nhanh thất, bất thường xuất phát động mạch vành

SUMMARY

VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH ANOMALOUS CORONARY ARTERY: A CAUSE OF SUDDEN DEATH OR JUST A COMORBIDITY?

Objective: To report clinical cases of ventricular arrhythmias associated with coronary artery anomalies successfully treated with catheter ablation using a 3D electroanatomic mapping system. **Background:** There have been no previous reports in Vietnam on the efficacy of ventricular tachycardia ablation in patients with coronary artery anomalies. **Methods:** Cases report. **Results:** Two patients presented with pre syncope and refractory ventricular tachycardia and were diagnosed with congenital coronary artery anomalies. The first patient was a 54-year-old female who had a left main coronary artery originating from the right coronary sinus, heart failure (LVEF 29%), and a ventricular arrhythmia burden of 49%. A 42-year-old male had a right coronary artery arising from the left Valsalva sinus, with non-sustained ventricular tachycardia and an arrhythmia burden of 8%. Both underwent successful catheter ablation using 3D electroanatomic mapping in the right ventricular outflow tract, effectively eliminating premature ventricular tachycardia without damaging the underlying transverse coronary artery. The patients remained asymptomatic and no arrhythmia recurrence was detected on 24-hour Holter monitoring at a 3-month follow-up associated with normalized left ventricular function of the first case. Both of these two patients refused to have coronary artery reimplantation due to asymptomatic status after ventricular tachycardia ablation. **Conclusion:** Although anomalous aortic origin of coronaries with inter-arterial course were reported to have high risk

of sudden death, the coincidence with right outflow tract ventricular tachycardia was associated with better outcome after catheter ablation guided by electroanatomic mapping.

Keywords: Catheter ablation, ventricular tachycardia, anomalous coronary artery.

I. TỔNG QUAN

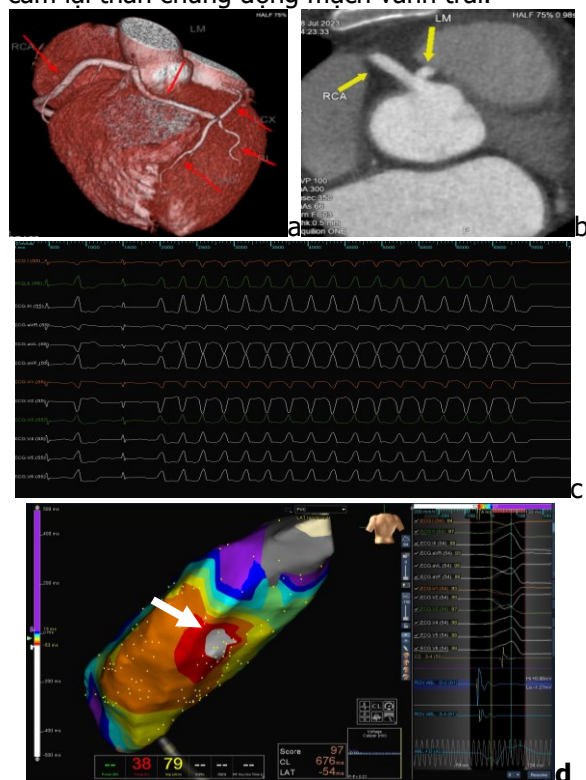
Nhịp nhanh và ngoại tâm thu thất từ buồng tổng thất là rối loạn nhịp có tiên lượng tốt trong khi bất thường xuất phát động mạch vành có nguy cơ đột tử khi kèm theo yếu tố động mạch vành trái xuất phát từ xoang vành phải và đi giữa hai đại động mạch.

Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp lâm sàng bệnh nhân tiền ngất do nhịp nhanh kèm bất thường xuất phát của động mạch vành. Sau khi được triệt đốt qua catheter thành công các ổ nhịp nhanh thất từ buồng tổng thất, bệnh nhân không còn triệu chứng tiền ngất và cũng không còn xuất hiện rối loạn nhịp thất nào trong thời gian theo dõi 3 tháng bằng Holter điện tim và bằng điện tâm đồ.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1. Bệnh nhân nữ 54 tuổi được nhập viện với các cơn tiền ngất. Ghi nhận tình trạng lúc nhập viện bệnh nhân có nhiều cơn nhịp thất duy trì và không duy trì với QRS dạng bloc nhánh trái trục hướng xuống dưới. Mặc dù được truyền tĩnh mạch amiodarone truyền tại bệnh viện tuyến trước, các cơn nhịp thất vẫn còn dai dẳng gánh nặng chiếm 49% tổng số nhịp trên Holter điện tâm đồ. Siêu âm tim cho thấy bệnh nhân có tình trạng suy tim với phân suất tống máu thất trái (LVEF) giảm còn 29% nhưng kích thước thất trái còn trong giới hạn bình thường (LVIDd=47mm). Bệnh nhân được khảo sát động mạch vành để tìm nguyên nhân gây suy tim và rối loạn nhịp thất cho thấy bệnh nhân có thân chung động mạch vành trái xuất phát từ xoang vành phải và chạy giữa động mạch phổi và động mạch chủ, không ghi nhận hẹp lòng động mạch vành. Vì thế, bệnh nhân được quyết định triệt đốt qua catheter cơn nhịp thất dai dẳng không đáp ứng với amiodarone này. Sau khi lập bản đồ ba chiều giải phẫu - điện học ba chiều trong buồng tim xác định vị trí ổ nhịp thất nằm ở thành sau buồng tổng thất phải với điện thế tại chỗ sớm hơn QRS bề mặt của bệnh nhân 54ms, catheter đốt không tưới nước và năng lượng thấp (30Watt) được lựa chọn để tạo sang thương khu trú và tránh làm tổn thương động mạch vành đi ngay phía sau động mạch phổi (hình 1). Kết quả triệt đốt loại trừ hoàn toàn cơn nhịp thất này và không tái

phát trong thời gian theo dõi 3 tháng sau đốt bằng Holter ECG. Bệnh nhân cũng không còn triệu chứng lâm sàng hồi hộp hay tiền ngất và siêu âm tim 3 tháng sau đốt cũng cho thấy sự hồi phục hoàn toàn chức năng tâm thu thất trái. Nghiệm pháp điện tâm đồ gắng sức cũng không ghi nhận rối loạn nhịp thất nào. Vì không còn triệu chứng nên bệnh nhân từ chối phẫu thuật cấy lại thân chung động mạch vành trái.

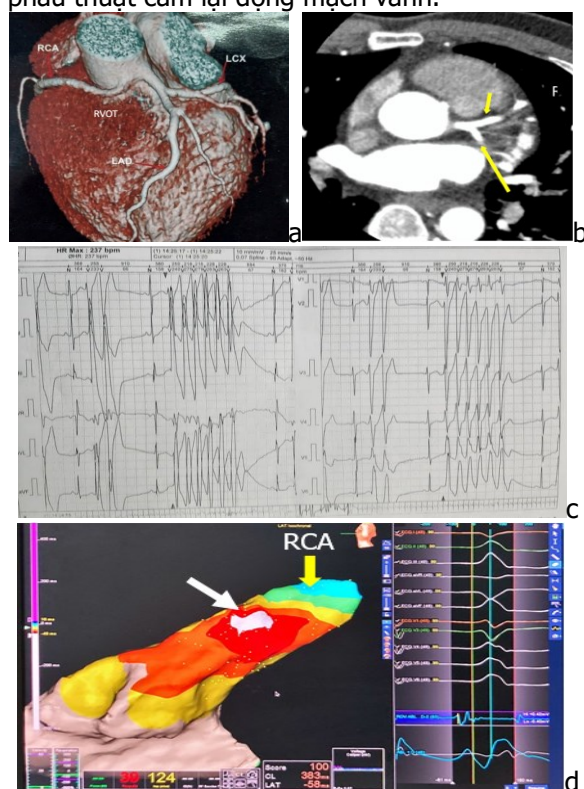


Hình 1: Ca lâm sàng 1

Thân chung động mạch vành trái xuất phát từ xoang vành phải (hình a, b). Nhịp nhanh thất không duy trì xuất phát từ thành sau buồng tổng thất phải trên bản đồ 3D (hình c, d). Vị trí đốt thành công trên bản đồ 3D (vùng màu trắng) nằm ở thành sau buồng tổng thất phải, ngay phía trước đoạn động mạch vành đi giữa 2 đại động mạch. (RVOT: buồng tổng thất phải, LM: thân chung nhánh trái, LCx: động mạch mũ, RCA: động mạch vành phải, LAD: động mạch liên thất trước).

Trường hợp 2. Bệnh nhân nam 42 tuổi có triệu chứng tiền ngất kèm theo các cơn hồi hộp kèm theo nặng ngực, đặc biệt xuất hiện khi đói. Các cơn nhanh thất được ghi nhận trong các cơn này với gánh nặng 8% trong 24 giờ trên Holter điện tâm đồ. Chức năng tâm thu thất trái và kích thước buồng tim trong giới hạn bình thường trên siêu âm tim. Tuy nhiên, chụp cắt lớp động mạch

vành ghi nhận động mạch vành phải xuất phát từ xoang vành trái và đi giữa động mạch phổi và động mạch chủ. Dù được điều trị bằng metoprolol 50mg/ ngày nhưng các cơn nhanh thất không thuyên giảm, vì thế được chỉ định triệt đốt điện sinh lý. Sau khi lập bản đồ hoạt hóa điện học với hệ thống lập bản đồ ba chiều Ensite Precision xác định chính xác vị trí của ổ nhanh thất tại thành trước vách buồng tổng thất phải có điện thế sớm nhất 54ms trước QRS. Kích thích tạo nhịp tại vị trí này tạo thành phức bộ QRS với hình dạng tương đồng với QRS của ngoại tâm thu với độ tương hợp 98%. Catheter không tưới nước ở đầu với mức năng lượng thấp 30 Watt được lựa chọn để đốt khu trú ổ nhanh thất này mà không làm tổn thương động mạch vành lân cận. Sau khi triệt đốt thành công ổ nhanh thất, bệnh nhân không còn triệu chứng, Holter điện tâm đồ sau thủ thuật và sau 3 tháng cũng không còn rối loạn nhịp thất nào. Nghiệm pháp điện tâm đồ gắng sức được thực hiện đến 87% tần số tim tối đa cũng không ghi nhận rối loạn nhịp thất và bệnh nhân này cũng từ chối phẫu thuật cấy lại động mạch vành.



Hình 2: Ca lâm sàng 1

Động mạch vành phải xuất phát từ xoang vành trái (hình a, b). Nhịp nhanh thất không duy trì xuất phát từ vùng vách buồng tổng thất phải trên bản đồ 3D (hình c, d). Vị trí đốt thành công

trên bản đồ 3D (mũi tên trắng) nằm ở vách buồng tổng thất phải (RVOT: buồng tổng thất phải, LM: thân chung nhánh trái, LCx: động mạch mũ, RCA: động mạch vành phải, LAD: động mạch liên thất trước).

III. BÀN LUẬN

Bất thường mạch vành là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp nhưng có thể dẫn đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng, trong đó nguy cơ đột tử là mối quan tâm đặc biệt¹. Bất thường xuất phát động mạch vành, đặc biệt khi động mạch vành có đường đi bất thường giữa động mạch chủ và động mạch phổi, làm tăng nguy cơ thiếu máu cơ tim và đột tử do cơ chế chèn ép cơ học trong các tình huống tăng nhu cầu oxy cơ tim, chẳng hạn như khi gắng sức². Những bệnh nhân có động mạch vành xuất phát từ xoang vành đối diện (như thân chung động mạch vành trái từ xoang vành phải hoặc động mạch vành phải từ xoang vành trái) và chạy theo đường gian đại động mạch thường gặp nguy cơ cao nhất. Cơ chế nguy cơ bao gồm lỗ mở động mạch vành hình khe hẹp, góc xuất phát động mạch hẹp, và sự chèn ép động mạch trong lúc gắng sức khi động mạch chủ và động mạch phổi giãn nở làm tăng áp lực lên đoạn động mạch này².

Ngược lại, nhanh thất từ buồng tổng thất phải là dạng rối loạn nhịp thường gặp ở bệnh nhân không có bệnh tim thiếu máu cục bộ hay bệnh tim cấu trúc và có tiên lượng tốt, hiếm khi có nguy cơ đột tử. Với nguyên nhân là do ổ phát nhịp bất thường khu trú và hiệu quả của triệt đốt qua catheter, bệnh thường được điều trị hiệu quả mà không để lại di chứng. Trong một số trường hợp, xơ hóa cơ tim tại vùng tưới máu kém có thể trở thành nền tảng quan trọng trong việc hình thành các ổ loạn nhịp dai dẳng³. Dù đôi khi phức tạp, các ổ rối loạn nhịp này đều có tỉ lệ thành công cao khi triệt đốt qua catheter, đặc biệt khi sử dụng hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu điện học để xác định chính xác ổ xuất phát.

Tuy nhiên, việc thực hiện thủ thuật triệt đốt ở nhóm bệnh nhân có bất thường mạch vành, đặc biệt là những trường hợp có mạch vành chạy giữa gốc động mạch phổi phía trước và gốc động mạch chủ phía sau, tiềm ẩn nhiều nguy cơ tổn thương động mạch vành ở đoạn chạy giữa hai đại động mạch này. Nguy cơ hàng đầu là tổn thương gây co thắt mạch vành do nhiệt độ từ năng lượng tần số radio trong quá trình triệt đốt có thể lan đến động mạch vành nằm ngay kề cận. Các trường hợp đã được báo cáo cho thấy biến chứng này có thể xảy ra nếu vùng đốt nằm gần vị trí động mạch vành, đặc biệt trong các

thủ thuật triệt đốt nhanh thất vùng thành sau buồng tổng thất phải, do vị trí buồng tổng thất phải nằm thấp hơn so với buồng tổng thất trái do đó thành sau buồng tổng thất phải gần với vị trí xuất phát thân chung động mạch vành trái⁴. Hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu điện học giúp xác định chính xác vị trí ổ rối loạn nhịp thất, đồng thời hướng dẫn vị trí đốt khu trú để đảm bảo hiệu quả loại trừ ổ rối loạn nhịp mà không làm tổn thương động mạch vành lân cận. Việc lựa chọn catheter đốt không có tưới nước ở đầu, mức năng lượng thấp và thời gian đốt vừa phải giúp tạo sang thương chỉ giới hạn ở ổ nhanh thất mà không lan rộng ra xung quanh, tránh gây tổn thương và làm co thắt đoạn động mạch vành nằm phía sau. Tác giả Calvert và cộng sự cũng đã thực hiện triệt đốt điện sinh lý đối với 1 trường hợp bệnh nhân rối loạn nhịp thất có kèm theo bất thường dị dạng xuất phát động mạch vành phải dưới sự hướng dẫn của hệ thống lập bản đồ 3 chiều trong buồng tim. Việc điều trị cũng cho thấy hiệu quả tương tự với việc điều trị triệt đốt ổ rối loạn nhịp thất và không ghi nhận biến chứng trong quá trình thủ thuật⁵. Tương tự, tác giả Prado và cộng sự cũng đã báo cáo hiệu quả của việc triệt đốt 1 trường hợp nhanh thất từ vùng buồng tổng thất phải ở bệnh nhân có bất thường động mạch vành phải⁶.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có bất thường xuất phát động mạch vành, đặc biệt là những trường hợp có mạch vành chạy giữa động mạch chủ và động mạch phổi, kèm theo nhịp nhanh thất từ buồng tổng thất tuy hiếm gặp nhưng cần được đánh giá cẩn thận về nguy cơ đột tử và nguy cơ tổn thương động mạch vành lân cận khi tiến hành triệt đốt qua catheter. Việc xác định chính xác ổ loạn nhịp thất bằng hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu điện học và việc lựa chọn catheter không tưới nước ở đầu, chọn mức năng lượng đốt thấp và thời gian đốt ngắn chỉ khu trú tại ổ rối loạn nhịp giúp việc điều trị vừa hiệu quả vừa an toàn cho động mạch vành lân cận. Nhanh thất từ buồng tổng thất phải chỉ cùng tồn tại ngẫu nhiên với bất thường xuất phát động mạch vành chứ không phải là nguyên nhân gây đột tử cho nhóm động mạch vành xuất phát bất thường đi giữa hai đại động mạch này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Finocchiaro G, Behr E, Tanzarella G, et al. 24 Anomalous coronary artery origin and sudden cardiac death. data from a large regional registry. BMJ Publishing Group Ltd and British Cardiovascular Society; 2018.

2. **Finocchiaro G, Behr ER, Tanzarella G, et al.** Anomalous coronary artery origin and sudden cardiac death: clinical and pathological insights from a national pathology registry. JACC: Clinical Electrophysiology. 2019;5(4):516-522.
3. **Choi E-K, Kumar S, Nagashima K, et al.** Better outcome of ablation for sustained outflow-tract ventricular tachycardia when tachycardia is inducible. EP Europace. 2015;17(10):1571-1579.
4. **Sha R, Rong B, Maduray K, Zhong J.** Case Report: A Rare Case of Severe Coronary Venous Spasm During Radiofrequency Ablation of Premature Ventricular Contraction. Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2022;9:889761.
5. **Calvert P, Choudhury M, Khalatbari A, et al.** Right ventricular outflow tract ablation close to an anomalous right coronary artery: When imaging meets electrophysiology. HeartRhythm Case Reports. 2023;9(4):210-214.
6. **Prado HLF, Velarde-Acosta K, Cachicatari A, Cueva A, Pachas GL, Brugada J.** Right ventricular outflow tract ablation associated with anomalous origin of coronary artery: A "double-edged sword". HeartRhythm Case Reports. 2024;10(11):789-793.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM PHOENIX Ở TRẺ NHIỄM TRÙNG HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Nguyễn Phát Nguyên¹, Bùi Quang Nghĩa², Ông Huy Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng huyết ở trẻ em là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trên toàn thế giới. Nhiều thang điểm đã được áp dụng để đánh giá mức độ nặng hay tiên lượng khả năng tử vong trong nhiễm trùng huyết. Thang điểm Phoenix được phát triển gần đây cho thấy nhiều ưu điểm trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em nhiễm trùng huyết tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ năm 2024 – 2025. 2. Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm Phoenix ở trẻ nhiễm trùng huyết tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ năm 2024–2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 trẻ từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán nhiễm trùng huyết nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận trẻ trai chiếm tỷ lệ 64,3%. Có 20 trường hợp sốc nhiễm trùng, chiếm tỷ lệ 47,6%. Nhiễm trùng huyết từ đường hô hấp là tiêu điểm nhiễm trùng thường gặp nhất. Có 11 trẻ có cấy máu dương tính, chiếm tỷ lệ 26,2%. Điểm cắt trong tiên lượng tử vong của thang điểm Phoenix là 4,5 điểm với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81,3% và 88,5%. **Kết luận:** Nhiễm trùng huyết ở trẻ em vẫn rất nặng nề và thang điểm Phoenix có vai trò hữu ích trong tiên lượng tử vong. **Từ khóa:** nhiễm trùng huyết, thang điểm Phoenix.

SUMMARY

THE PRONOSTIC VALUE OF PHOENIX SCORE IN PEDIATRIC SEPSIS AT CHILDREN'S HOSPITAL IN CAN THO CITY 2024-2025

¹Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phát Nguyên

Email: nguyendatnguyen85@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

Background: Sepsis in children is a serious globally health problem. Several scores have been used to assess the severity or predict mortality in sepsis. The recently developed Phoenix sepsis score shows many advantages in clinical practice. **Objectives:** 1. Description of clinical and paraclinical characteristics in children with sepsis at Children's Hospital of Can Tho City in the years 2024 – 2025. 2. Determination of the prognostic value of the Phoenix score in children with sepsis at Children's Hospital of Can Tho City in the years 2024–2025. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 42 children from 2 months to 16 years old diagnosed with sepsis hospitalized at Can Tho Children's Hospital. **Results:** The study showed that male patients accounted for 64.3%. There were 20 cases of septic shock, accounting for 47.6%. Sepsis from respiratory infection is the most common. There were 11 patients with positive blood cultures, accounting for 26.2%. The cut-off point in the mortality prognosis of the PSS is 4.5, sensitivity of 81.3% and specificity of 88.5%. **Conclusion:** Sepsis in children remains a serious condition, and the Phoenix score plays a useful role in predicting mortality. **Keywords:** sepsis, Phoenix sepsis score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một mối đe dọa lớn đối với sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc và tử vong cao, đặc biệt là ở các nước có thu nhập trung bình thấp. Tỷ lệ mắc và tử vong do nhiễm khuẩn huyết khác nhau đáng kể giữa các vùng, với gánh nặng cao nhất ở khu vực cận Sahara, Châu Phi, Nam Á, Đông Á và Đông Nam Á [7]. Nhiễm trùng huyết ở trẻ em là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng gây ra khoảng 3,3 triệu ca tử vong hàng năm trên toàn thế giới [4].

Nhiễm khuẩn huyết được định nghĩa là một tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng gây ra bởi sự mất điều chỉnh trong