

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỶ LỆ TỬ VONG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2022-2024

Tạ Văn Trầm¹, Nguyễn Khánh Thuận², Lê Văn Khoa²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh lý không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu và thay đổi tùy bệnh nhân và tùy ổ nhiễm khuẩn tiên phát, vì vậy ở giai đoạn muộn mới biểu hiện rõ ràng. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan ở trẻ nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 99 bệnh nhi từ 1 tháng tuổi - 16 tuổi được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nhập khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực chống độc tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 04/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 63,6% trẻ bị sốc nhiễm khuẩn, có liên quan đến các yếu tố như nhóm tuổi, suy dinh dưỡng và bệnh mạn tính mắc kèm. Ổ nhiễm khuẩn tiên phát chủ yếu từ đường tiêu hóa và hô hấp, trong đó nguồn nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa có tỷ lệ tiến triển thành sốc cao nhất. Các chỉ số cận lâm sàng liên quan đến mức độ nặng của bệnh bao gồm procalcitonin, creatinin, AST, ALT, pH và tỷ số PaO₂/FiO₂, trong khi tỷ lệ cấy máu dương tính còn thấp (21,2%) và không cho thấy mối liên quan. Về kết cục, tỷ lệ tử vong chung rất cao ở mức 54,5% (tăng lên 73% ở nhóm sốc nhiễm khuẩn), với rối loạn chức năng đa cơ quan (gặp ở 79,8% trẻ) là yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất (làm tăng nguy cơ tử vong gấp 36,6 lần), bên cạnh các yếu tố độc lập khác là suy dinh dưỡng, bệnh nền, pH, tỷ số PaO₂/FiO₂ và biến thiên chỉ số sốc (ΔSI). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em có đặc điểm lâm sàng nặng với tỷ lệ sốc cao, dẫn đến tỷ lệ tử vong đáng báo động, trong đó các yếu tố liên quan chính đến tử vong là rối loạn chức năng đa cơ quan, suy dinh dưỡng, bệnh nền, toan chuyển hóa và giảm oxy hóa máu. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn huyết, lâm sàng, cận lâm sàng, tử vong, Cần Thơ.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, MORTALITY RATE, AND ASSOCIATED FACTORS IN PEDIATRIC SEPSIS AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL, 2022-2024

Background: Sepsis is a condition with non-specific clinical symptoms that vary among patients

and depending on the primary source of infection. Consequently, its manifestations often become clear only in the late stages. **Objective:** To describe the clinical and laboratory characteristics and to determine the mortality rate and its associated factors in pediatric patients with sepsis at Can Tho Children's Hospital from 2022 to 2024. **Subjects and Methods:** A descriptive, analytical cross-sectional study was conducted on 99 pediatric patients, aged 1 month to 16 years, diagnosed with septic shock and admitted to the Department of Emergency, Intensive Care and Toxicology at Can Tho Children's Hospital between April 2021 and July 2022. **Results:** The study recorded that 63.6% of children had septic shock, a condition associated with factors such as age group, malnutrition, and chronic comorbidities. The primary sources of infection were predominantly the gastrointestinal and respiratory tracts, with gastrointestinal infections having the highest rate of progression to shock. Laboratory parameters associated with disease severity included procalcitonin, creatinine, AST, ALT, pH, and the PaO₂/FiO₂ ratio, whereas the positive blood culture rate was low (21.2%) and showed no significant association. Regarding outcomes, the overall mortality rate was exceptionally high at 54.5% (rising to 73% in the septic shock group). Multiple organ dysfunction syndrome (MODS), present in 79.8% of children, was the most potent predictor of mortality (increasing the risk of death 36.6-fold), alongside other independent factors including malnutrition, underlying diseases, pH, the PaO₂/FiO₂ ratio, and the change in Shock Index (ΔSI). **Conclusion:** Sepsis in children is characterized by severe clinical presentations with a high rate of shock, leading to an alarming mortality rate. The primary factors associated with mortality are multiple organ dysfunction syndrome, malnutrition, underlying diseases, metabolic acidosis, and hypoxemia. **Keywords:** sepsis, clinical, laboratory, mortality, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh lý không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu và thay đổi tùy bệnh nhân và tùy ổ nhiễm khuẩn tiên phát, vì vậy ở giai đoạn muộn mới biểu hiện rõ ràng. Các thang điểm đã được nghiên cứu và sử dụng trong tiên lượng nặng hay tiên lượng tử vong ở trẻ nhiễm khuẩn huyết như thang điểm PRISM, PRISM III hay PIM III, PELOD2... Tuy nhiên, những cận lâm sàng cần phải đợi kết quả để có thể đánh giá và chỉ có thể áp dụng tốt ở các bệnh viện có đầy đủ phương tiện, trang thiết bị và các xét nghiệm trên. Do đó, làm tăng khả năng gây ra sự chậm trễ trong khởi động trị liệu

¹Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gamil.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 11.11.2025

cho trẻ. Mặt khác, tại các cơ sở y tế hạn chế về tài nguyên, việc đánh giá và tiên lượng bằng các xét nghiệm khó có khả năng thực hiện đầy đủ. Một trong các chỉ số có thể dùng trong tiên lượng và đánh giá dễ dàng trên lâm sàng là chỉ số sốc. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2022-2024.
2. Xác định tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan ở trẻ nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ từ 1 tháng tuổi - 16 tuổi được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nhập khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực chống độc tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 04/2021 đến tháng 07/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa của Hội nghị đồng thuận quốc tế năm 2005, bao gồm 2 tiêu chuẩn sau:

Nhiễm khuẩn huyết: Được xác định khi trẻ có Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) do một ổ nhiễm khuẩn đã được chứng minh hoặc nghi ngờ. Trẻ có SIRS khi có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau (trong đó bắt buộc phải có tiêu chuẩn về nhiệt độ hoặc bạch cầu):

- + Nhiệt độ: $>38,5^{\circ}\text{C}$ hoặc $<36^{\circ}\text{C}$.
- + Nhịp tim: Nhanh ($>2\text{SD}$ so với tuổi) hoặc chậm (<10 percentile ở trẻ nhũ nhi).
- + Nhịp thở: Nhanh ($>2\text{SD}$ so với tuổi) hoặc cần thở máy.
- + Bạch cầu: Tăng hoặc giảm bất thường, hoặc bạch cầu non $>10\%$.

Rối loạn chức năng tim mạch: Được xác định khi trẻ đã được bù đủ dịch đẳng trương (≥ 40 ml/kg/giờ) nhưng vẫn có một trong các biểu hiện sau:

Hạ huyết áp ($<$ bách phân vị thứ 5 theo tuổi).
Cần dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp bình thường.

Hoặc có ít nhất 2 trong các dấu hiệu giảm tưới máu sau:

- + Toan chuyển hóa không giải thích được.
- + Lactat máu tăng >2 lần giới hạn trên.
- + Thiếu niệu ($<0,5$ ml/kg/giờ).
- + Thời gian đổ đầy mao mạch (CRT) >5 giây.
- + Chênh lệch nhiệt độ trung tâm - ngoại biên $>3^{\circ}\text{C}$.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn và điều trị từ tuyến trước hoặc bệnh nhân chuyển viện. Cha mẹ hoặc

người thân chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

n là cỡ mẫu; Z là hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95% thì $Z = 1,96$.

p là tỷ lệ phần trăm trẻ tử vong trong số những trẻ được nghiên cứu của Claudia S. López-Reyes (2018) là 41,8% [5].

d là sai số cho phép ($d=0,1$). Cỡ mẫu tính được là ít nhất là 94 mẫu trẻ nhiễm khuẩn huyết.

Thực tế chúng tôi thu thập được 99 trẻ đưa vào nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y dược Cần Thơ (số 22.174.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Đa số trẻ NKH có sốt cao trên $38,5^{\circ}\text{C}$. Nhóm sốt cao có tỷ lệ sốc thấp hơn so với nhóm trẻ có nhiệt độ $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$. 61,6% trẻ có CRT ≥ 3 giây. Nhóm CRT ≥ 3 giây có tỷ lệ sốc chiếm 98,4%, trong khi đó nhóm CRT < 3 giây có sốc là 7,9%. Có đến 44,4% bệnh nhân có biểu hiện hôn mê. Nhóm hôn mê có sốc chiếm 88,6% cao hơn đáng kể so với nhóm không hôn mê có sốc 43,6%.

Tiêu điểm ổ nhiễm khuẩn chủ yếu là từ đường tiêu hóa (40,4%) và đường hô hấp (34,3%). Trong đó, nhóm trẻ có ổ nhiễm khuẩn đường tiêu hóa và hô hấp có tỷ lệ trẻ có sốc lần lượt là 82,5% và 61,8% cao hơn các nhóm trẻ có ổ nhiễm khuẩn từ nguồn khác có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Tiêu điểm ổ nhiễm khuẩn có liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 79 trẻ có rối loạn chức năng đa cơ quan chiếm 79,8% và số lượng trẻ không có rối loạn chức năng đa cơ quan là 20 trẻ chiếm 20,2%. Tỷ lệ trẻ rối loạn chức năng đa cơ quan chiếm 79,8%. Tỷ lệ trẻ có rối loạn chức năng đa cơ quan ở nhóm có sốc cao hơn nhóm không sốc có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ và OR=69,3 (KTC 95%: 8,6-555,4).

Bảng 1. Đặc điểm công thức máu

Xét nghiệm	Tất cả	Không sốc	Có sốc	p
Bạch cầu ($\times 10^9/L$) (n=99)	16,97 (0,09-265)	16,93 (2,73-265)	16,97 (0,09-113,41)	0,870
Hb (g/dL) (n=99)	10,95 $\pm$ 2,36	10,98 $\pm$ 2,10	10,94 $\pm$ 2,52	0,938
Hct (%) (n=99)	34,20 $\pm$ 7,87	34,13 $\pm$ 7,09	34,24 $\pm$ 8,34	0,944
Tiểu cầu ($\times 10^9/L$) (n=99)	263,8 $\pm$ 198,8	292,0 $\pm$ 208,0	247,7 $\pm$ 193,2	0,288

Trung vị CRP ở trẻ nhiễm khuẩn huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,05 mg/dL. CRP ở nhóm có sốc thấp hơn nhóm không sốc khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trung vị của procalcitonin là 15,92 ng/mL, procalcitonin ở nhóm có sốc cao hơn nhóm không sốc có ý nghĩa thống kê với $p=0,007$.

Bảng 2. Đặc điểm chức năng gan thận

Xét nghiệm	Chung	Không sốc	Có sốc	p
Creatinine ($\mu\text{mol/L}$) (n=97)	58 (10,9-315)	43,30 (10,9-86,4)	73,55 (20-315)	<0,001
AST (IU/L) (n=94)	75,40 (9,7-7327)	33,60 (9,7-2346)	149,20 (18-7327)	<0,001
ALT (IU/L) (n=86)	38,75 (5,8-6697)	19,70 (5,8-6697)	76 (9,6-4965)	<0,001

Nhìn chung mẫu nghiên cứu có pH toan (7,29), trong đó nhóm có sốc (7,25) có giá trị trung bình pH thấp hơn so với nhóm không sốc (7,37) có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Giá trị trung bình tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ của nghiên cứu là 259,9. Nhóm có sốc có giá trị trung bình tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ là 236,8 thấp hơn so với nhóm không sốc là 316 có ý nghĩa thống kê với $p=0,036$. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 21,2% bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có kết quả cấy máu dương tính. Trong đó, tỷ lệ cấy máu dương tính có sốc là 52,4% cao hơn nhóm không sốc là 47,6% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Tỷ lệ trẻ tử vong và một số yếu tố liên quan đến tử vong. Tỷ lệ tử vong chung là 53,5%. Tỷ lệ tử vong nhóm có sốc cao hơn đáng kể so với nhóm không sốc (73% so với 19,4%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Trẻ có sốc có khả năng tử vong cao hơn gấp 11,21 lần so với trẻ không sốc. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ tử vong tại viện <24h là 12,1%. Nhóm có sốc tỷ lệ này là 17,5% cao hơn nhóm không sốc là 2,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Môi liên quan giữa đặc điểm chung tỷ lệ tử vong

Đặc điểm	Tử vong (%)	Sống (%)	OR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nam 34 (53,1)	30 (46,9)	-	0,912
	Nữ 19 (54,3)	16 (45,7)		
Suy dinh dưỡng	Có 15 (75,0)	5 (25,0)	3,24 (1,07-9,77)	0,031
	Không 38 (48,1)	41 (51,9)		
Bệnh mạn tính	Có 23 (74,2)	8 (25,8)	3,64 (1,43-9,29)	0,005
	Không 30 (44,1)	38 (55,9)		
Tổng	53 (53,5)	46 (46,5)	99 (100)	

Nhìn chung, tỷ lệ trẻ tử vong ở nhóm có tiêu điểm ổ nhiễm khuẩn từ hô hấp và tiêu hóa (lần

lượt là 67,6% và 55,0%) cao hơn các nhóm tiêu ổ nhiễm khuẩn từ da, thần kinh trung ương hay không rõ nguồn. Tuy nhiên, chưa có đủ bằng chứng để chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong khác nhau theo tiêu điểm ổ nhiễm khuẩn với $p=0,102$.

Bảng 4. Môi liên quan giữa công thức máu với tỷ lệ tử vong

Cận lâm sàng	Tử vong (n=53)	Sống (n=46)	p
Bạch cầu ($\times 10^9/L$)	17,09 (0,09-119,5)	16,69 (1,48-265)	0,584
Hemoglobin (g/dL)	10,85 $\pm$ 2,80	11,08 $\pm$ 1,75	0,612
Hematocrit (%)	34 $\pm$ 9,38	34,4 $\pm$ 5,76	0,782
Tiểu cầu ($\times 10^9/L$)	236 $\pm$ 190	295 $\pm$ 206	0,146

Trung vị CRP ở nhóm tử vong là 12,9 mg/L thấp hơn nhóm sống là 24,35 mg/L tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trung vị procalcitonin ở nhóm tử vong là 18,56 ng/mL cao hơn so với nhóm sống là 5,37 ng/mL tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. pH máu ở nhóm tử vong trung bình là 7,23 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống là 7,38 với $p<0,001$. Tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ở nhóm tử vong là 203 thấp hơn đáng kể so với nhóm sống là 343 có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

Bảng 5. Đặc điểm một số phương pháp điều trị

Điều trị	Tử vong (%)	Sống (%)	p
Dịch giờ đầu (ml/kg)	<40 38 (49,4)	39 (50,6)	0,118
	≥ 40 15 (62,8)	7 (31,8)	
Nội khí quản	Không 3 (13,0)	20 (87,0)	<0,001
	Có 50 (65,8)	26 (34,2)	
Số loại vận mạch	<2 loại 14 (26,9)	38 (73,1)	<0,001
	≥ 2 loại 39 (83,0)	8 (17,0)	
Tổng	53 (53,5)	46 (46,5)	99 (100)

Nhóm có rối loạn chức năng đa cơ quan có tỷ lệ tử vong là 65,8% cao hơn so với nhóm không có rối loạn chức năng đa cơ quan (chỉ

5,0%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm trẻ nhiễm khuẩn huyết có rối loạn chức năng đa cơ quan có khả năng tử vong cao hơn 36,60 lần so với nhóm trẻ nhiễm khuẩn huyết không có rối loạn chức năng đa cơ quan.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Đa số trẻ có sốt cao ($>38,5^{\circ}\text{C}$), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ sốc giữa các nhóm nhiệt độ, tương tự kết quả của Nguyễn Duy Nam Anh [1] và Nguyễn Hữu Châu Đức [2]. Thời gian đổ đầy mao mạch (CRT) ≥ 3 giây chiếm đa số (61,9%) và là một chỉ dấu quan trọng. Các trường hợp ngoại lệ (ví dụ: CRT kéo dài không sốc hoặc CRT ngắn có sốc) đều được giải thích hợp lý dựa trên sinh lý bệnh của rối loạn vi tuần hoàn và giai đoạn sốc ấm, phù hợp với kết quả của Nguyễn Hữu Châu Đức [3] và Nguyễn Duy Nam Anh [1]. Về tri giác, 44,4% bệnh nhân có biểu hiện hôn mê, đây là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng sốc, có thể do thiếu oxy não ở trẻ nhập viện muộn.

Ổ nhiễm khuẩn tiên phát phổ biến nhất là từ đường tiêu hóa (40,4%) và đường hô hấp (34,3%). Đáng chú ý, ổ nhiễm khuẩn từ hai đường này có liên quan đến tỷ lệ sốc cao hơn hẳn các nhóm khác ($p = 0,001$). Cụ thể, ổ nhiễm khuẩn tiêu hóa là chủ yếu ở nhóm có sốc, trong khi ổ nhiễm khuẩn hô hấp lại phổ biến hơn ở nhóm không sốc. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới [1], [4], [6]. Tỷ lệ hội chứng rối loạn chức năng đa cơ quan (RLCNDQ) rất cao (79,8%), đặc biệt ở nhóm có sốc (98,4% so với 47,2% ở nhóm không sốc, $p < 0,05$), phù hợp với diễn tiến tự nhiên của sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Bùi Thanh Liêm (77%) và nghiên cứu SPROUT.

Về huyết học, số lượng bạch cầu, hemoglobin và hematocrit không có sự khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm. Số lượng tiểu cầu ở nhóm sốc thấp hơn, dù chưa có ý nghĩa thống kê, điều này khác với các nghiên cứu của Sayed, Nguyễn Hữu Châu Đức [3], và Nguyễn Duy Nam Anh [1], nơi giảm tiểu cầu là một dấu hiệu tiên lượng nặng. Cơ chế phức tạp của giảm tiểu cầu do nhiễm khuẩn huyết đã được ghi nhận rõ trong y văn.

Procalcitonin (PCT) cho thấy giá trị vượt trội trong phân biệt mức độ nặng, với nồng độ trung vị ở nhóm sốc nhiễm khuẩn (37,2 ng/mL) cao hơn đáng kể so với nhóm không sốc (1,5 ng/mL). Ngược lại, nồng độ CRP không có sự khác biệt, có thể do động học của CRP và thời

điểm nhập viện muộn. Các chỉ số chức năng gan (AST, ALT) và thận (creatinin) ở nhóm sốc nhiễm khuẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), phản ánh tình trạng tổn thương cơ quan, tương tự kết quả của Nguyễn Hữu Châu Đức [3].

Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có tình trạng toan chuyển hóa nặng hơn (pH thấp hơn, $p < 0,001$) và chỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ thấp hơn ($p = 0,036$), cho thấy suy hô hấp và giảm oxy hóa máu trầm trọng hơn, phù hợp với các bằng chứng y văn. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp (21,2%), thấp hơn so với các báo cáo của Bùi Thanh Liêm (37,6%) [4] và Shuang Wang (60,7%) [6].

4.2. Tỷ lệ tử vong và các yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong. Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu rất cao, ở mức 54,5%. Ở nhóm sốc nhiễm khuẩn, tỷ lệ này lên đến 73%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sốc (19,4%) ($p < 0,001$). Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với các báo cáo toàn cầu của WHO (20%) và các nghiên cứu khác của Natchaya Thaiyanon (30%), Shuang Wang (11,9%) [6], và Bùi Thanh Liêm tại Việt Nam (37%) [4]. Tỷ lệ tử vong cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích một phần bởi tình trạng bệnh nhân nặng, nhập viện muộn với sốc lạnh và tổn thương đa cơ quan. Tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu là 12,1% (17,5% ở nhóm sốc), thấp hơn các báo cáo từ Nam Phi (25%) và của Nguyễn Duy Nam Anh (27,3%) [1]. Các yếu tố chính liên quan đến tử vong bao gồm:

Suy dinh dưỡng: Là yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng khả năng tử vong lên 3,24 lần ($\text{OR} = 3,24$; $p < 0,05$), củng cố kết quả của Irving (2018).

Bệnh nền: Trẻ có bệnh nền có nguy cơ tử vong cao gấp 4,27 lần, phù hợp với các nghiên cứu lớn của Andrew J. Prout, Mitchell và Nguyễn Hữu Châu Đức [2], [3].

Suy hô hấp và toan chuyển hóa: pH máu thấp và chỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ thấp có liên quan đến tử vong ($p < 0,05$), cho thấy mức độ rối loạn chuyển hóa và oxy hóa máu là các chỉ số tiên lượng quan trọng, như đã được hỗ trợ bởi Liu và Bi Hongying.

Can thiệp hồi sức tích cực: Nhu cầu đặt nội khí quản, thở máy xâm lấn ($p < 0,001$) và sử dụng từ hai loại thuốc vận mạch trở lên có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao nhất, tương tự nghiên cứu của Rusmawatiningtyas.

Rối loạn chức năng đa cơ quan: Đây là yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất trong nghiên cứu. Trẻ có rối loạn chức năng đa cơ quan có nguy cơ tử vong cao gấp 12,4 lần ($\text{OR} = 12,423$; $p < 0,05$). Kết quả này nằm trong khoảng dao động rộng (5-80%) được báo cáo bởi Weiss.

Các yếu tố không có liên quan thống kê với tử vong trong nghiên cứu này bao gồm giới tính, ổ nhiễm khuẩn, các chỉ số huyết học và giá trị đơn lẻ của CRP/PCT (có thể hữu ích hơn khi theo dõi động học, theo Lubis và Claushuis). Lượng dịch truyền giờ đầu ($\geq 40\text{ml/kg}$) cũng không liên quan đến tử vong, tương tự kết quả của Eisenberg.

Nghiên cứu cung cấp những dữ liệu quan trọng về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em trong bối cảnh nghiên cứu. Tình trạng sốc, suy dinh dưỡng, bệnh nền, rối loạn chức năng đa cơ quan, và các dấu hiệu suy hô hấp, suy chuyển hóa là những yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng nhất. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết của việc chẩn đoán sớm, can thiệp tích cực và quản lý toàn diện để cải thiện kết cục cho nhóm bệnh nhân nặng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn rất cao (63,6%), dẫn đến tỷ lệ tử vong đáng báo động là 54,5%. Sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân chính gây rối loạn chức năng đa cơ quan ở 79,8% trẻ, và đây cũng là yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất, bên cạnh các yếu tố nguy cơ khác như suy dinh dưỡng, bệnh nền, tình trạng toan chuyển hóa (pH), giảm oxy hóa máu ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) và diễn biến chỉ số sốc (ΔSI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Nam Anh** (2015), Nghiên cứu giá trị tiên lượng của chỉ số sốc (SI) trong nhiễm khuẩn huyết trẻ em, Luận văn Bác sĩ nội trú chuyên ngành Nhi khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. **Nguyễn Hữu Châu Đức, Phạm Thị Ngọc Bích** (2024), "Giá trị thang điểm hệ thống phân tầng PIRO trong tiên đoán bệnh nặng nhiễm khuẩn huyết trẻ em", Tạp chí nghiên cứu Y học, Tập 175(Số 5), trang 188-194.
3. **Nguyễn Hữu Châu Đức, Phan Thị Ngọc Bích, Nguyễn Văn Tuy** (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em", Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, Số 96, trang 19-24.
4. **Bui T.L., Phung N.T.N., Tran D.T.** (2020), "Sepsis in Pediatric in Vietnam: A Retrospective Study in Period 2008 to 2018", Systematic Reviews in Pharmacy, 11, 179-184.
5. **López-Reyes C.S., Baca-Velázquez L.N., Villasís-Keever M.A., et al.** (2018), "Shock index utility to predict mortality in pediatric patients with septic shock or severe sepsis", Bol Med Hosp Infant Mex, 75, 192-198.
6. **Mohamed El-Mashad G., Said El-Mekkawy M., Helmy Zayan M.** (2020), "[Paediatric sequential organ failure assessment (pSOFA) score: A new mortality prediction score in the paediatric intensive care unit]", An Pediatr (Engl Ed), 92(5), 277-285.
7. **Wang S., Yin F., Zhang Y., et al.** (2023), "Epidemiology and clinical characteristics of pediatric sepsis in PICUs of China: A national cross-sectional study", MedComm (2020), 4(1), e211.

RỐI LOẠN NUỐT SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ VÙNG HỌNG – MIỆNG: LIÊN QUAN GIỮA KHUYẾT HỔNG PHẪU THUẬT VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM TRÊN NỘI SOI ỐNG MỀM ĐÁNH GIÁ NUỐT

Nguyễn Thị Hồng Loan^{1,2}, Võ Tấn Đức^{1,2}, Lý Xuân Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và RLN trên FEES ở 89 bệnh nhân ung thư khoang miệng và hầu họng 1 tháng sau phẫu thuật, từ đó phân tích mối liên quan giữa hai yếu tố này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 bệnh nhân ung thư khoang miệng và họng miệng sau phẫu thuật 1 tháng. Các đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật được ghi nhận. RLN được đánh giá bằng FEES. Các tiêu chí đánh giá trên FEES bao gồm xâm nhập – hít sặc khi nuốt; tồn đọng ở họng miệng và hạ họng sau nuốt. Phân tích thống kê Mann-

Whitney U và Kruskal-Wallis H được sử dụng để so sánh các nhóm. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 89 bệnh nhân (80.9% nam, tuổi trung bình 53.84 ± 12.291). Khuyết hồng cơ trên móng (52.8%) và khuyết hồng lưỡi (39.3% là cắt bán phần lưỡi) là những tổn thương phổ biến. Xâm nhập – hít sặc khi nuốt chủ yếu xảy ra với dung dịch lỏng (tỷ lệ hít sặc 10.1%), trong khi tồn đọng sau nuốt phổ biến hơn với dung dịch đặc vừa và rất đặc. Phân tích cho thấy tồn tại mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiều khuyết hồng phẫu thuật (cơ trên móng, cơ xiết họng, đáy lưỡi, lưỡi di động, khẩu cái mềm) và mức độ rối loạn nuốt trên FEES. **Kết luận:** Đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật là một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với rối loạn nuốt hậu phẫu ở bệnh nhân ung thư vùng họng – miệng. Những phát hiện này cung cấp cơ sở cho việc tư vấn và can thiệp phục hồi chức năng nuốt sớm và cá thể hóa. **Từ khóa:** Ung thư khoang miệng và họng miệng, rối loạn nuốt, sau phẫu thuật, khuyết hồng phẫu thuật, Nội soi ống mềm đánh giá nuốt

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025