

Tetracycline, tỷ lệ kháng là 6,2%. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu Nguyễn Kim Thư lần lượt là 6,8% và 23,8%. *B. pseudomallei* là vi khuẩn Gram âm nội bào, có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh, điều trị kéo dài là cần thiết để chữa khỏi hoàn toàn. Sulfamethoxazol/trimethoprim là một liệu pháp kháng sinh được ưu tiên điều trị kéo dài trong giai đoạn duy trì của bệnh và một số trường hợp trong giai đoạn cấp tính. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận chủng vi khuẩn kháng Sulfamethoxazol/trimethoprim (2, 4, 9).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam giới chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5%; Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất từ 40 - 60 tuổi chiếm 62,5%; 75% sống ở nông thôn.
- Bệnh nhân melioidosis nhập viện nhiều nhất ở khoa hồi sức chống độc, chiếm 56,4%, nội tổng quát và nội hô hấp chiếm 12,5%.
- Bệnh nhân cổ bạch cầu tăng chiếm 56,2%, trong đó bạch cầu đa nhân trung tính tăng 93,8%. Chỉ số Procalcitonin tăng 87,5%, CRP tăng 12,5%.
- *B. pseudomallei* gặp nhiều nhất ở bệnh phẩm là máu, chiếm 87,6%.
- *B. Pseudomallei* nhạy 100% với Ceftazidime, Sulfamethoxazol/trimethoprim, Amoxicilline/ clavulanate. Nhạy 93,8% với Imipenem và Tetracycline.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pons R, Advier M. Melioidosis in Cochin China. J Hyg. 1927;26:28-30.
2. Trần Đăng Khoa. Melioidosis tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ 2009 đến 2019. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021;25:142-7.
3. Nguyễn Hoàng Sơn, Đinh Thị Hoàng Oanh, Nguyễn Hữu Thọ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị Melioidosis tại bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2023;2(42): 65-70.
4. Lê Việt Nhiệm, Đinh Thế Trung, Phạm Thị Lệ Hoa. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng bệnh melioidosis tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP.HCM. Y học TP Hồ Chí Minh. Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;19(1) 503-12.
5. Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Thị Hương Giang. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi do Whitmore tại bệnh viện Bạch Mai từ 2012-2020. Tạp chí Y học lâm sàng. 2022;128 (10-2022):112-9.
6. Limmatthurotsakul Direk. Bệnh melioidosis, giới thiệu, gánh nặng toàn cầu và khu vực phân bố. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, hội thảo khoa học toàn quốc lần thứ II. 2017:1-32.
7. Yee KC, Lee MK, Chua CT, Puthuchearu SD. Melioidosis, the great mimicker: a report of 10 cases from Malaysia. The Journal of tropical medicine and hygiene. 1988;91(5):249-54.
8. Wiersinga W Joost, Virk Harjeet S, Torres Alfredo G, Currie Bart J, Peacock Sharon J, Dance David AB, et al. Melioidosis. Nature reviews Disease primers. 2018;4(1):1-22.
9. Nguyễn Kim Thư, Lê Việt Nghĩa. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm burkholderia pseudomallei tại bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương từ 2016-2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;515(2).

TÁI TẠO LÓC TOÀN BỘ DA ĐẦU LỘ XƯƠNG SỌ BẰNG VẬT DA CƠ THANG MỞ RỘNG XUỐNG DƯỚI VÀ GHÉP DA MỎNG

Lưu Phương Lan¹, Phạm Ngọc Minh¹, Lê Kim Nhã¹

TÓM TẮT

Lóc toàn bộ da đầu là 1 tổn thương nặng nề có thể gặp phải do tai nạn lao động, đặc biệt ở Việt Nam khi bảo hộ an toàn lao động chưa được chú trọng. Đã có nhiều tác giả tại Việt Nam báo cáo phẫu thuật vi phẫu nối thành công màng da đầu đứt rời đem lại hiệu quả về cả chức năng và thẩm mỹ. Tại Bệnh viện TWQĐ 108, chúng tôi báo cáo trường hợp không thể mang phần da đầu đứt rời đến Bệnh Viện, bệnh nhân với vết thương lóc toàn bộ da đầu từ mi trên tới vùng cằm, lộ xương sọ vùng cằm, đỉnh. Chúng tôi đã che

phủ toàn bộ da đầu thành công với việc sử dụng vật da cơ thang mở rộng xuống dưới để che phủ toàn bộ vùng lộ xương cằm đỉnh và ghép da mỏng cho các diện khuyết còn lại. **Từ khóa:** Vật da cơ thang mở rộng xuống dưới, vết thương lóc toàn bộ da đầu

SUMMARY

CASE REPORT: TOTAL SCALP AVULSION RECONSTRUCTION WITH EXPOSED SKULL BONE BY EXTENDED LOWER TRAPEZIUS MUSCULOCUTANEOUS FLAP AND SPLIT THICKNESS SKIN GRAFT

Total scalp avulsion is a severe injury that can occur due to occupational accidents, particularly in Vietnam where workplace safety measures are not yet adequately emphasized. Many authors in Vietnam have reported successful microsurgical replantation of avulsed scalp tissue, resulting in both functional and

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Lưu Phương Lan
 Email: lanphuongy@gmail.com
 Ngày nhận bài: 15.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
 Ngày duyệt bài: 25.11.2025

aesthetic benefits. At 108 Military Central Hospital, we report a case in which the avulsed scalp could not be brought to the hospital. The patient presented with a total scalp defect extending from the upper eyelid to the occipital region, with exposed skull bone in the parietal and occipital areas. We successfully reconstructed the entire scalp using an extended trapezius musculocutaneous flap to cover the exposed parieto-occipital bone, and performed skin grafting for the remaining defect areas.

Keywords: extended lower trapezius musculocutaneous flap, total scalp avulsion injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương lóc toàn bộ da đầu là 1 tổn thương nặng nề, phức tạp có thể gặp phải do tai nạn lao động, tai nạn giao thông. Đã có nhiều tác giả tại Việt Nam báo cáo phẫu thuật vi phẫu nối thành công mảng da đầu đứt rời. Đây là giải pháp tối ưu đem lại hiệu quả về cả chức năng và thẩm mỹ, tái tạo da đầu mang tóc. Tuy nhiên, trong trường hợp phần da đầu đứt rời không thể mang đến hoặc đã quá giập nát, nối mạch không thành công, tổn khuyết da đầu không bị lộ xương sọ thì giải pháp đơn giản nhất là ghép da mỏng từ da đầu mang đến hoặc từ vùng lưng, đùi. Vậy giải pháp nào thích hợp cho tổn khuyết toàn bộ da đầu có lộ lớn vùng xương sọ mà không thể áp dụng nối lại da đầu đứt rời? Trên thế giới nhiều tác giả đã báo cáo sử dụng thành công các kỹ thuật vi phẫu như: vạt mạc nối lớn vi phẫu và ghép da mỏng, vạt cơ lưng rộng vi phẫu và ghép da mỏng, vạt đùi trước ngoài, vạt DIEP vi phẫu, sử dụng acellular dermal matrix và ghép da mỏng¹⁻⁴...

Bài báo này, chúng tôi xin trình bày 1 trường hợp bệnh nhân nữ 48 tuổi, vết thương lóc toàn bộ da đầu từ mi trên đến gáy do tai nạn vướng tóc vào máy cuốn. Phần da đầu đứt rời giập nát không mang đến Bệnh viện. Tổn khuyết toàn bộ da đầu có lộ xương vùng chẩm, đỉnh. Trường hợp này chúng tôi đã tái tạo thành công tổn khuyết da đầu, sử dụng vạt da cơ thang cuống liền mở rộng xuống dưới để che phủ các diện lộ xương sọ và ghép da mỏng để che phủ toàn bộ tổn khuyết còn lại.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 51 tuổi, vết thương lóc toàn bộ da đầu từ mi trên đến gáy do tai nạn vướng tóc vào máy cuốn. Phần da đầu đứt rời giập nát không mang đến Bệnh viện. Tổn khuyết toàn bộ da đầu có lộ xương vùng chẩm 6x10 cm và đỉnh phải 3.5x6 cm. Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu xử lý các vạt da lóc, làm sạch vùng tổn thương, khoan chảy máu các diện lộ xương sọ (Hình 1). Dự kiến chăm sóc lên tổ chức hạt ghép

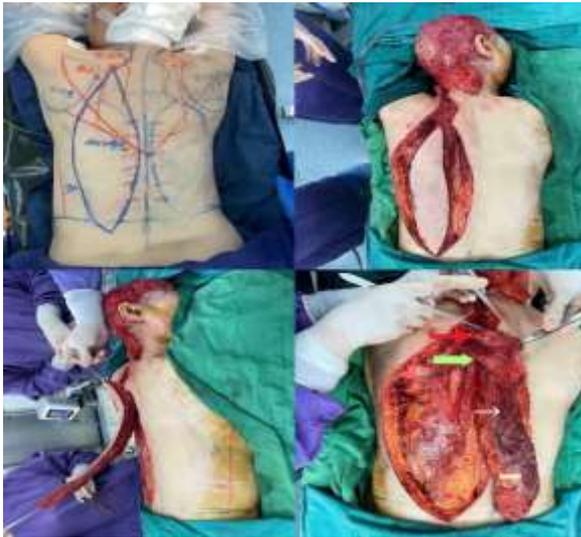
da mỏng, tuy nhiên tiên lượng thời gian kéo dài, chúng tôi đã đổi phương án sử dụng vạt da cơ thang mở rộng xuống dưới che phủ tổn khuyết lộ xương vùng chẩm đỉnh, phần còn lại ghép da mỏng từ đùi.

Quá trình phẫu thuật, bệnh nhân được lặn trở 2 tư thế, sấp và nghiêng để tái tạo được tổn khuyết toàn bộ da đầu. Thiết kế vạt bên trái để tận dụng vạt che phủ vùng chẩm trái hoại tử. Vạt da cơ thang mở rộng lấy tới mào chậu, lấy cả phần da cơ lưng rộng với kích thước 10 x 41 cm. các mép vạt đều lấy phần cơ rộng hơn phần da 1 cm. Vạt thiết kế dạng hình thoi theo trục cạnh sống, tâm xoay ở điểm ngang gai vai cách bờ trong xương vai 1.5 cm, cuống mạch chứa cả bó mạch cổ nông và bó mạch lưng vai. Độ dày vạt da cơ từ 1.5 – 2 cm (Hình 2). Vạt được xoay lên che phủ các tổn khuyết xương chẩm và đỉnh phải, khâu cố định phần cơ (Hình 3)..

Kết quả: Sau mổ ngày thứ 1, phần xa vạt có dấu hiệu ứ máu nhẹ. Tiến hành tiêm heparin mép vạt, xịt nitro glycerin, đắp gạc ẩm heparin. Kết quả ngày thứ 2,3 sau mổ vạt giảm dấu hiệu ứ máu rõ rệt. Ngày thứ 3 gạc thấm máu nhiều, hiện tượng chảy máu gây ảnh hưởng huyết động, thiếu máu nặng, truyền 700 ml hồng cầu khối và 250 ml huyết tương tươi. Sau truyền máu, ngày thứ 4 sau mổ, xét nghiệm máu không cải thiện, mép vạt có điểm rỉ máu rõ (Hình 4). Chúng tôi buộc phải cầm máu điểm chảy mép vạt bằng dao điện lưỡng cực. Các ngày sau đó vạt có dấu hiệu tím đầu xa vạt, tiến triển đến hoại tử khô, được cắt lọc phần da mỡ hoại tử và nhận thấy phần cơ sống hoàn toàn (Hình 5). Chăm sóc liền thương tự nhiên diện lộ cơ. Liên thương hoàn toàn sau mổ 1 tháng (Hình 6)



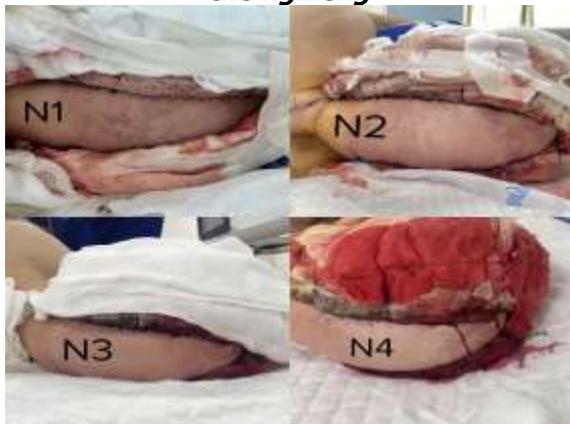
Hình 1: Tổn khuyết toàn bộ da đầu, lộ xương sọ vùng chẩm – đỉnh phải



Hình 2: Thiết kế vạt và quá trình phẫu tích vạt (mũi tên đỏ bó mạch cổ nông, mũi tên xanh bó mạch lưng vai, mũi tên trắng cơ thang, mũi tên vàng cơ lưng rộng)



Hình 3: Sự thay đổi màu sắc vạt sau mổ ở tư thế nằm sấp nghiêng đầu 1 bên và tư thế nghiêng



Hình 4: Diễn biến sau mổ ngày 1, 2, 3, 4



Hình 3: Diễn biến sau mổ ngày 4, 5, 6, 8



Hình 4: Kết quả sau mổ 1 tháng

IV. BÀN LUẬN

Ở Việt Nam, vết thương loét toàn bộ da đầu không còn hiếm gặp, đặc biệt khi bảo hộ an toàn lao động chưa được chú trọng. Bệnh cảnh thường gặp đối với các lao động nữ với mái tóc dài bị vướng vào các bộ phận chuyển động của máy như dây curoa, dây xích, trục cuốn, gây 1 lực kéo mạnh giật và loét toàn bộ da đầu theo mặt phẳng cân galea từ mi trên phía trước da vùng chẩm gáy phía sau.⁵ Tại vị trí lực mạnh nhất, đặc biệt vị trí buộc tóc có thể bật nhổ cả cân gây lộ xương sọ.

Stuart Allyn (2023) báo cáo ca lâm sàng vết thương loét toàn bộ da đầu với diện khuyết lớn lộ xương sọ vùng đỉnh 2 bên, sau khi mài toàn bộ diện xương sọ vỏ ngoài đến diện chảy máu, đắp tấm trung bì nhân tạo và băng ép, chăm sóc nền ghép sau 21 ngày có thể ghép da mỏng thay thế toàn bộ da đầu. Bên cạnh đó có thể thay thế tấm trung bì nhân tạo bằng hút áp lực âm để tạo ra nền ghép với chi phí thấp hơn¹.

Lựa chọn các vạt tự do trong tổn thương lóc

toàn bộ da đầu khi không thể ghép lại phần da đầu đứt rời đã được nhiều tác giả báo cáo thành công. Vạt da cơ lưng rộng vi phẫu hoặc vạt cơ lưng rộng vi phẫu với diện tích cơ lớn mang lại nhiều khả năng tái tạo. Vạt có độ dày của cơ, có thể lấy da để tăng độ chịu lực để che phủ vùng chằm tỳ đê và có cuống mạch đáng tin cậy⁴. Vạt mạc. Tuy nhiên sẽ cần cân nhắc các nguy cơ của vi phẫu thuật, tình trạng sau chấn thương của hệ mạch nổi là bó mạch thái dương nông, khả năng cố định da ghép trên vạt vi phẫu, tư thế và lần trở sau mổ với các tổn khuyết liệt toàn bộ da đầu. Tác giả Maclean sử dụng khung Halo phẫu thuật thần kinh để cố định hộp sọ để tránh tỳ đê phần sau hộp sọ³.

Khuyết lộ xương sọ vùng chằm, cần ưu tiên tạo hình che phủ bằng vạt da cơ hoặc da cân vì đây là vùng tỳ đê. Vạt da cơ thang là lựa chọn ưu tiên với các tổn khuyết vừa và lớn vùng chằm. Vạt da cơ thang kinh điển với cấp máu an toàn diện da trên vùng cơ thang. Bằng cách bảo tồn kết nối giữa mạng mạch da cơ của phức hợp cơ thang và cơ lưng rộng thông qua hệ mạch nối giữa các động mạch liên sườn sau và động mạch cổ nông, động mạch lưng vai, vạt da cơ thang có thể mở rộng xuống dưới ở diện bám của cơ lưng rộng tới mào chậu. Từ đó vạt da cơ thang có thể vươn xa hơn tới khuyết da đầu vùng đỉnh, khuyết phức tạp vùng cổ, vai, thành ngực⁶....

Tác giả Dương Mạnh Chiến (2022) báo cáo kết quả sử dụng vạt da cơ thang tạo hình tổn khuyết do ung thư vùng đầu cổ lưng trong đó có 3 trường hợp tổn khuyết vùng đỉnh, có 1 vạt thiết kế dạng đảo cuống cơ, sử dụng cuống mạch cổ nông để tăng tầm với của vạt, vạt này hoại tử hoàn toàn do suy tĩnh mạch.⁷ Tác giả Tingjun Xie báo cáo 2/19 ca sử dụng vạt da cơ lưng rộng mở rộng có hoại tử đầu xa vạt.⁶ Trong trường hợp của chúng tôi, vạt hoại tử ở lớp da mỡ phần xa trên cơ lưng rộng, phần cơ lưng rộng sống vẫn đảm bảo che phủ diện lộ xương, do đó chăm sóc liền thương tự nhiên không cần tái tạo lại. Khi sử dụng vạt da cơ thang mở rộng che phủ tổn khuyết vùng đỉnh nguy cơ ứ máu tĩnh mạch cao hơn, tuy nhiên sức sống phần cơ vẫn đáng tin cậy

Chúng tôi nhận thấy trong các trường hợp tổn khuyết vùng đỉnh, nên lựa chọn dạng thiết kế dạng chong chóng, hạn chế dạng đảo nguy cơ đường hầm gây chèn ép cuống. Lựa chọn cuống dựa trên cả 2 cuống mạch lưng vai và cổ nông để đảm bảo cấp máu. Một yếu tố quan trọng khác đó là tư thế mổ, trong trường hợp

tổn khuyết lệch về một bên, tư thế mổ thích hợp nhất là nằm nghiêng với tư thế cổ thẳng tương ứng với tư thế sau mổ bệnh nhân sẽ nằm. Lý do là khi nằm sấp đầu quay về bên tổn khuyết sẽ gây ngửa cổ làm khoảng cách tổn khuyết ngắn lại, khi trở về tư thế nằm nghiêng sau mổ sẽ gây hiện tượng căng dẫn cuống vạt. Việc lựa chọn vạt cùng bên hay đối bên với tổn khuyết vùng đỉnh, chằm là cân nhắc đối với phẫu thuật viên. Khi vạt cùng bên với tổn khuyết, góc xoay vạt lớn gần 360 độ nhưng tầm với của vạt xa hơn và ngược lại khi vạt khác bên với tổn khuyết, góc xoay vạt nhỏ hơn nhưng tầm với của vạt ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nhờ việc bảo tồn mạng mạch kết nối trong cơ lưng rộng của hệ mạch liên sườn sau với hệ mạch trong cơ, vạt da cơ thang mở rộng xuống dưới trở lên đáng tin cậy, cải thiện tầm với của vạt trong tái tạo các tổn khuyết phức tạp ở nhiều vùng khác nhau. Khi sử dụng vạt da cơ thang mở rộng che phủ tổn khuyết vùng đỉnh nguy cơ ứ máu tĩnh mạch cao hơn, tuy nhiên sức sống phần cơ vẫn đáng tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Total scalp avulsion reconstruction with acellular dermal matrix and split thickness skin graft: A case report.** Oral Maxillofac Surg Cases. 2023;9(3):100324.
- Herrera F, Buntic R, Brooks D, Buncke G, Antony AK.** Microvascular approach to scalp replantation and reconstruction: a thirty-six year experience. Microsurgery. 2012;32(8):591-597.
- MacLean AC, Ladak A, Snelgrove R, Wang H, Power H, Bradley NL.** Severe traumatic scalp avulsion requiring an uncommon reconstruction: omental free tissue transfer flap. Trauma Surgery & Acute Care Open. March 8, 2022. Accessed August 3, 2025.
- S P, P L, I T, A T, S S.** Successful management of severe scalp avulsion injury: a case report and review of surgical interventions. Journal of surgical case reports. September 18, 2024. Accessed August 3, 2025.
- Hiệp ND, Tiên PP, Tuấn VM, Lâm HQ, Đạt LP.** Báo cáo 1 trường hợp nổi thành công bóc toàn bộ da đầu. Tạp Chí Học Thâm Hoạ Và Bông. 2025;(1):122-127.
- Xie T, Wang M, Zang M, et al.** Inclusion of a latissimus dorsi segment in an extended lower trapezius musculocutaneous flap facilitates complex defect reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2022;75(9):3155-3165.
- Nguyễn ND, Chiến DM.** Kết quả bước đầu sử dụng vạt cơ thang tạo hình tổn khuyết do ung thư vùng đầu cổ lưng. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022;155(7):110-119.

SỬ DỤNG CHỈ SỐ LÂM SÀNG, BIOMARKER ĐỂ CHỈ ĐỊNH KHÁNG SINH HỢP LÝ CHO TRẺ SƠ SINH DƯỚI 34 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lại Thị Hồng Nhung¹, Lê Minh Trác²,
Nguyễn Đức Trung¹, Trần Đức Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số lâm sàng, biomarker để chỉ định kháng sinh hợp lý cho trẻ sơ sinh dưới 34 tuần nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có sử dụng kháng sinh ngay sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mổ tả cắt ngang 192 trẻ sơ sinh dưới 34 tuần nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm theo NICE 2021 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình 30,3 tuần, phần lớn rất non và cực non, cân nặng < 1500 gram, có 56,3% nam và 43,8% nữ. Các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm ngay sau đẻ thường gặp là các triệu chứng về hô hấp, tiêu hóa và thần kinh bao gồm thở nhanh (94,3%), rút lõm lồng ngực (94,8%), bú kém (100%), giảm trương lực cơ (50%). Đặc điểm cận lâm sàng ngay sau đẻ không đặc hiệu bao gồm bạch cầu tăng (2,1%), bạch cầu giảm (6,3%), tiểu cầu giảm (1,6%), CRP ≥ 10 mg/L (1%), PH toan (89,1%). Cây máu dương tính (chiếm 0,5%). Tỷ lệ cắt kháng sinh trong vòng 3 ngày, 5 ngày và 7 ngày lần lượt là 54,2%; 76,6% và 92,9%. Liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu là Ampicillin và Aminoglycoside chiếm 100%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa diễn biến lâm sàng, CRP và cấy máu với khả năng cắt kháng sinh sớm. Nhóm lâm sàng tốt, CRP âm tính, cấy máu âm tính có tỷ lệ cắt kháng sinh sớm rất cao (97,5%). **Kết luận:** Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ngay sau đẻ không đặc hiệu cho NKSSS. Kết hợp đánh giá lâm sàng, CRP và cấy máu giúp quyết định cắt kháng sinh an toàn cho trẻ sơ sinh dưới 34 tuần nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, trẻ sơ sinh non tháng, chỉ số lâm sàng, biomarker.

SUMMARY

USE OF CLINICAL INDICATORS AND BIOMARKERS FOR ANTIBIOTIC PRESCRIPTION IN PRETERM INFANTS UNDER 34 WEEKS AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate clinical indicators and biomarkers to appropriately prescribe antibiotics for newborns under 34 weeks of gestation with suspected early neonatal infection who received antibiotics immediately after birth at the Central Obstetrics

Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 192 newborns under 34 weeks of gestation with suspected early neonatal infection according to NICE 2021 at the neonatal center - Central Obstetrics Hospital. **Results:** Average gestational age 30.3 weeks, most of them were very premature and extremely premature, weighing < 1500 grams, 56.3% were male and 43.8% were female. Common clinical symptoms immediately after birth were respiratory, digestive and neurological symptoms including rapid breathing (94.3%), chest retraction (94.8%), poor feeding (100%), and decreased muscle tone (50%). Nonspecific clinical features immediately after birth included leukocytosis (2.1%), leukopenia (6.3%), thrombocytopenia (1.6%), CRP ≥ 10 mg/L (1%), acidosis (89.1%). There was 1 positive blood culture (0.5%). The rate of antibiotic discontinuation within 3 days, 5 days and 7 days was 54.2%; 76.6% and 92.9%, respectively. Initial empirical antibiotic therapy was Ampicillin and Aminoglycoside, accounting for 100%. There was a close correlation between clinical progression and CRP results with the ability to discontinue antibiotics early. The group with good clinical condition, negative CRP, and negative blood culture had a very high rate of early antibiotic discontinuation (97.5%). **Conclusion:** Clinical and paraclinical features immediately after birth are not specific for NKSSS. Combining clinical assessment and CRP and blood culture results helps decide on safe antibiotic withdrawal for infants under 34 weeks with suspected early neonatal sepsis.

Keywords: Early-onset neonatal sepsis, preterm infants, clinical signs, biomarkers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm (NKSSS) là tình trạng nhiễm trùng xuất hiện trước 72 giờ sau sinh, do tác nhân vi khuẩn có nguồn gốc từ mẹ lây truyền cho con theo đường mẹ - thai hoặc trong quá trình chuyển dạ.

Theo báo cáo năm 2022 của Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm có khoảng 2,3 triệu trẻ tử vong trong tháng đầu sau sinh, trong đó có đến hơn một phần ba xảy ra trong 24 giờ đầu tiên và gần ba phần tư xảy ra trong tuần đầu tiên của cuộc sống [9]. Một trong các lý do gây tử vong thường gặp nhất là nhiễm khuẩn sơ sinh. Tỷ lệ mắc NKSSS là 6 trường hợp trên 1000 trẻ sơ sinh sinh ra ở tuần thai < 34 tuần [8].

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của NKSSS không đặc hiệu, kết quả cấy máu dương tính thấp. Do đó, việc chẩn đoán NKSSS gặp

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Hồng Nhung

Email: lainhung1197.tlckpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025