

sức tích cực bệnh viện Bạch Mai cho thấy: Chủng vi khuẩn *K.pneumoniae* phân lập được nhạy cảm rất thấp với các kháng sinh: Nhóm quinolon (6,7-10%), cephalosporin (8,3-10%), trimethoprim/sulfamethazol chỉ còn nhạy 15%, kháng sinh nhóm carbapenem còn nhạy cảm khoảng 20%, kháng sinh gentamycin nhạy cảm 40%. *K.pneumoniae* còn nhạy cảm cao với kháng sinh nhóm fosfomycin là 60%, nhóm amikacin là 75%, nhóm colistin là 86,7%.⁶ Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Tuyết Chinh (2022) tại bệnh viện Nhiệt đới trung ương: Tỷ lệ đề kháng trên 80% đối với các kháng sinh amoxicilin/clavulanate, cefotaxime, ceftazidime, ciprofloxacin, piperacillin/tazobactam. Các kháng sinh kháng trên 70% có cefepim, norfloxacin, trimethoprim/sulfamethazol, carbapenem (meropenem 74,1%; imipenem 69,9%; ertapenem 75,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ *K.pneumoniae* còn nhạy cảm với gentamycin, fosfomycin, amikacin lần lượt là 52,5%; 59,8; 68,3%.⁸

Những dữ liệu này nhấn mạnh tính cấp thiết của chiến lược giám sát kháng thuốc liên tục, tối ưu hóa sử dụng kháng sinh và tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn tại các khoa hồi sức. Nếu không có biện pháp can thiệp kịp thời, tình trạng kháng carbapenem và sự xuất hiện của chủng *K.pneumoniae* kháng colistin có thể trở thành thách thức lớn trong điều trị lâm sàng tại Việt Nam nói chung, tại Trung tâm Chống độc nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn bệnh viện do *K. pneumoniae* tại Trung tâm Chống độc Bạch Mai giai đoạn 2023–2025 gặp chủ yếu là viêm phổi liên quan thở máy. Vi khuẩn cho thấy tỷ lệ kháng cao với cephalosporin, quinolon và carbapenem, trong khi còn nhạy cảm với fosfomycin, colistin và

amikacin.

Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của giám sát tình hình kháng thuốc thường xuyên, liên tục giúp định hướng sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Global report on infection prevention and control. World Health Organization, Geneva, 2022.
2. **QĐ 3916 - Bộ Y tế** (2017), Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám, chữa bệnh.
3. **My H Pham, Le Thi Hoi, Mathew A Beale, et al.** Evidence of widespread endemic populations of highly multidrug resistant *Klebsiella pneumoniae* in hospital settings in Hanoi, Vietnam: a prospective cohort study. *Lancet Microbe.* 2023 Apr;4(4):e255-e263.
4. **Dat VQ,** Addressing the Burden of Antimicrobial Resistance in Vietnamese Hospitals, Oxford University Clinical Research Unit Vietnam, The Open University, December 2019; 6 (3):1-8
5. **Centers for Disease Control and Prevention.** HAI data and statistics: CDC's National Healthcare Safety Network (NHSN). CDC, 2019. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/data/>.
6. **Nguyễn Đức Huỳnh và cộng sự,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn bệnh viện do *Klebsiella pneumoniae* và kết quả điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai 2019-2020, Luận văn Thạc sỹ (2020), Đại học Y Hà Nội.
7. **Durdu B, Meric Koc M, Hakyemez IN, et al,** Risk Factors Affecting Patterns of Antibiotic Resistance and Treatment Efficacy in Extreme Drug Resistance in Intensive Care Unit-Acquired *Klebsiella Pneumoniae* Infections: A 5-Year Analysis, *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, Jan 7 2019;25: 174-183
8. **Đỗ Thị Tuyết Chinh, Văn Đình Tráng,** Thực trạng kháng thuốc của vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* phân lập tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương năm 2022, *Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam*, 3(43), 32-38.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH Ở TRẺ NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Dương Ngọc Mai^{1,2}, Nguyễn Thị Mai Anh^{2,3},
Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{2,3}, Nguyễn Thu Tịnh^{3,4}

TÓM TẮT

¹Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Nhi đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) ở trẻ non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng 1 (BVND1). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên trẻ non tháng bị

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

NKHSS tại BVNĐ1 từ 03/2022 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, ghi nhận 195 trẻ non tháng NKHSS, trẻ nam chiếm 58,5%, không có tiền sử bệnh lý ở mẹ 85,7%, và NKHSS khởi phát muộn chiếm 87,2%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm tím (61,0%), ngưng thở (24,1%), bụng chướng (48,7%), ăn sữa không tiêu (40,5%), và li bì (24,6%). Cận lâm sàng cho thấy tăng bạch cầu chiếm 52,8%, giảm tiểu cầu 44,6%, tăng CRP 84,1%. Coagulase-negative staphylococci là tác nhân Gram dương phổ biến nhất; vi khuẩn Gram âm và nấm lan lượt chiếm 32,5% và 15,0%. **Kết luận:** NKHSS ở trẻ non tháng chủ yếu khởi phát muộn. Biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, thường gặp là bất dung nạp tiêu hóa, suy hô hấp và li bì. Tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu và tăng CRP là các rối loạn cận lâm sàng phổ biến. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram dương; Gram âm và nấm ít gặp hơn.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF NEONATAL SEPSIS IN PRETERM INFANTS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and laboratory characteristics of neonatal sepsis in preterm infants at Children's Hospital 1. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on preterm infants diagnosed with neonatal sepsis at Children's Hospital 1 from March 2022 to July 2024. **Results:** A total of 195 preterm infants with neonatal sepsis were enrolled. Males accounted for 58.5%, 85.7% had no recorded maternal comorbidities, and late-onset sepsis occurred in 87.2% of cases. Common clinical symptoms included cyanosis (61.0%), apnea (24.1%), abdominal distension (48.7%), feeding intolerance (40.5%), and lethargy (24.6%). Laboratory findings showed leukocytosis in 52.8%, thrombocytopenia in 44.6%, and elevated CRP in 84.1%. Coagulase-negative staphylococci were the most common Gram-positive pathogens; Gram-negative bacteria and fungi accounted for 32.5% and 15.0%, respectively. **Conclusion:** Neonatal sepsis in preterm infants was predominantly late-onset. Clinical presentation was nonspecific, with common features including feeding intolerance, respiratory distress, and lethargy. Leukocytosis, thrombocytopenia, and elevated CRP were common paraclinical abnormalities. Gram-positive bacteria were the predominant pathogens, while Gram-negative bacteria and fungi were less frequently isolated.

Keywords: Neonatal sepsis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và di chứng lâu dài ở trẻ sơ sinh, tỷ lệ mắc bệnh có thể lên tới 60% ở trẻ sinh cực non [6]. Biểu hiện lâm sàng của NKHSS ở trẻ non tháng thường không điển hình, diễn tiến âm thầm, dễ bị chẩn đoán muộn hoặc bỏ sót, từ đó làm gia

tăng nguy cơ tử vong và biến chứng lâu dài.

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc sơ sinh, tỷ lệ mắc và tử vong do NKHSS ở trẻ non tháng vẫn còn cao. Việc nhận diện sớm các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh có vai trò quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán, lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp và tối ưu hóa kết quả chăm sóc.

Nghiên cứu này được thực hiện mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của NKHSS ở trẻ non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 (BVNĐ1) với hy vọng góp phần cung cấp dữ liệu thực tiễn hỗ trợ cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sơ sinh non tháng, nhập viện tại khối Sơ sinh BVNĐ1 từ tháng 03/2022 đến tháng 07/2024, được chẩn đoán NKHSS dựa vào (1) cấy máu dương tính và có một trong các nhóm triệu chứng lâm sàng của NKHSS [2]; hoặc (2) cấy máu âm tính và có ≥ 2 nhóm triệu chứng lâm sàng [7] và ≥ 2 trong các tiêu chuẩn cận lâm sàng [8] gợi ý NKHSS.

Tiêu chuẩn lâm sàng các nhóm triệu chứng của NKHSS:

- Tăng hoặc hạ thân nhiệt ($<36,5^{\circ}\text{C}$ hoặc $>37,5^{\circ}\text{C}$)
- Suy hô hấp, ngưng thở, thở nhanh
- Nhịp tim chậm, thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài, sốc
- Thay đổi trương lực cơ, li bì, kích thích, co giật

- Ói, chướng bụng, ăn sữa không tiêu

Tiêu chuẩn cận lâm sàng gợi ý NKHSS:

- C-reactive protein (CRP) $> 10 \text{ mg/L}$
- Tổng số bạch cầu $<5.000/\text{mm}^3$ hoặc $>20.000/\text{mm}^3$
- Bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) $<1.000/\text{mm}^3$ hoặc $>17.000/\text{mm}^3$
- Band neutrophils $>1.500/\text{mm}^3$
- Tỷ lệ bạch cầu non/tổng số BCĐNTT (I/T) $> 0,2$
- Tiểu cầu $<150.000/\text{mm}^3$

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tim bẩm sinh tim
- Có bệnh lý ngoại khoa cần phẫu thuật
- Có rối loạn chức năng các cơ quan trước chẩn đoán NKH
- Đã từng có 1 đợt NKHSS khác được nhận vào mẫu nghiên cứu
- Gia đình không đồng thuận tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: loạt ca, theo dõi tiến cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm STATA 19 để nhập và xử lý số liệu. Các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn). Các biến số không liên tục được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi đồng 1 thông qua (mã số CS/N1/21/79). Mọi thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật. Số liệu trong nghiên cứu này là một phần của dự án "Liên quan giữa kiểu tổ hợp gen tại SNP rs17552047, SNP rs1891944, và mức độ biểu hiện của olfactomedin 4 với kết cục ở trẻ sơ sinh non tháng nhiễm khuẩn huyết" lớn hơn, được thiết kế đa mục tiêu. Phân tích hiện tại tập trung riêng vào mục tiêu mô tả các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của NKHSS, các phân tích khác được báo cáo ở các công bố riêng biệt với câu hỏi nghiên cứu khác biệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 195 trẻ non tháng NKHSS, trong đó số trẻ tử vong là 13 trường hợp, chiếm 6,7%.

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học NKHSS ở trẻ non tháng, n=195

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Giới nam	114	58,5
Chuyển viện	119	61,0
Cân nặng lúc sinh		
Cực nhẹ cân (< 1000 grams)	21	10,8
Rất nhẹ cân (1000-<1500 grams)	41	21,0
Nhẹ cân (1500-<2500 grams)	98	50,3
Tuổi thai lúc sinh		
Cực non tháng (<28 tuần)	27	13,9
Rất non tháng (28-<32 tuần)	56	28,7
Non muộn (32-<37 tuần)	112	57,4
Tiền sử bệnh lý của mẹ		
Đái tháo đường thai kỳ	16	8,2
Tăng huyết áp	9	4,6
Tiền sản giật	3	1,5
Không ghi nhận bất thường	167	85,7
Tiền sử cuộc sinh		
Sinh thường	84	43,1
Sinh mổ	111	56,9
Nhau bong non	6	3,1
Mẹ nhiễm Streptococcus nhóm B	6	3,1
Mẹ sốt lúc sinh	2	1,1
Ôi vỡ > 18 tiếng	2	1,1
Ôi xấu	4	2,1

Thời điểm khởi phát		
NKHSS khởi phát sớm	25	12,8
NKHSS khởi phát muộn	170	87,2

Nhận xét: Trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ nữ (58,5%). Đa số các trường hợp không ghi nhận tiền sử bệnh lý ở mẹ (85,7%). Một số yếu tố nguy cơ từ cuộc sinh: mẹ nhiễm Streptococcus nhóm B, mẹ sốt lúc sinh, ôi vỡ kéo dài > 18 tiếng đều chiếm tỷ lệ thấp (1,1–3,1%). Đa số các trường hợp trong nghiên cứu là NKHSS khởi phát muộn (87,2%), nhẹ cân (50,3%), non muộn (57,4%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng NKHSS ở trẻ non tháng, n=195

Đặc điểm	n	Phần trăm (%)
Sốt	45	23,1
Triệu chứng hô hấp		
Cơ ngưng thở	47	24,1
Thở nhanh	10	5,1
Tím	119	61,0
Triệu chứng tuần hoàn		
Thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài	12	6,1
Sốc	12	6,1
Nhịp tim chậm	0	0
Triệu chứng tiêu hoá		
Ôi	63	32,3
Ăn sữa không tiêu	79	40,5
Bụng chướng	95	48,7
Triệu chứng thần kinh		
Giảm trương lực cơ	15	7,7
Li bì	48	24,6
Co giật	3	1,5

Nhận xét: Triệu chứng hô hấp phổ biến nhất là tím (61,0%), tiếp đến là cơ ngưng thở (24,1%). Ở nhóm triệu chứng tiêu hoá, bụng chướng là dấu hiệu thường gặp nhất (48,7%), sau đó là ăn sữa không tiêu (40,5%) và ôi (32,3%). Về triệu chứng thần kinh, li bì là biểu hiện phổ biến nhất (24,6%), thay đổi trương lực cơ và co giật ít gặp hơn (lần lượt 7,7% và 1,5%).

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng NKHSS ở trẻ non tháng, n=195

Đặc điểm	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Công thức máu			
Bạch cầu ($\times 10^3$ tế bào/mm ³)	1,6	46,2	17,4 ± 9,3
BCĐNTT ($\times 10^3$ tế bào/mm ³)	0,5	35,8	9,2 ± 7,1
Thể tích khối hồng cầu (%)	17,3	57,0	29,7 ± 7,9
Tiểu cầu ($\times 10^3$ tế bào/mm ³)	5,0	924,0	225,8 ± 174,0
Tình trạng rối loạn đông máu			

Thời gian Prothrombin (giây)	10,3	52,0	20,0 ± 8,6
INR	0,9	5,0	1,3 ± 0,4
Thời gian thromboplastin hoạt hóa từng phần (giây)	30,7	101,3	50,0 ± 14,5
Fibrinogen (g/L)	0,6	6,3	2,5 ± 1,1
Xét nghiệm sinh hoá			
CRP (mg/L)	4,3	199,6	40,7 ± 49,3
Natri máu (mmol/L), n=72	116,0	161,0	134,6 ± 4,8
Kali máu (mmol/L), n=172	2,0	6,2	4,6 ± 0,7
ALT (U/L)	13,8	663,9	77,2 ± 235,8
AST (U/L)	13,3	290,3	123,3 ± 333,0
Creatinine (µmol/L)	21,5	230,5	56,8 ± 42
pH, n=141	6,9	7,5	7,3 ± 0,2
BE (mmol/L), n=141	-29,5	9,2	-4,4 ± 11,9

Viết tắt: ALT: alanine aminotransferase, AST: aspartate aminotransferase, BE: base excess, INR: International Normalized Ratio

Nhận xét: Các chỉ số xét nghiệm huyết học dao động rộng. Tỷ lệ tăng bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi là n = 103 (52,8%), giảm bạch cầu là 25 (12,8%). Có 33 trẻ tăng BCDNTT chiếm 16,9%, 15 trẻ giảm BCDNTT (7,7%), 164 trẻ tăng CRP > 10 mg/L, chiếm 84,1%, và 87 trường hợp giảm tiểu cầu (chiếm 44,6%).

Bảng 4: Đặc điểm vi sinh NKHSS ở trẻ non tháng, n=40

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn Gram dương	21	52,5
Coagulase-negative staphylococci	12	
Streptococcus nhóm B	2	
Staphylococcus epidermidis	2	
Streptococcus mitis	2	
Staphylococcus aureus	1	
Staphylococcus capitis	1	
Stenotrophomonas maltophilia	1	
Vi khuẩn Gram âm	13	32,5
Klebsiella pneumoniae	5	
Escherichia coli	4	
Burkholderia cepacia	2	
Elizabethkingia meningoseptica	1	
Ochrobactrum anthropi	1	
Nấm	6	15,0
Candida parapsilosis	3	
Candida albicans	2	
Candida tropicalis	1	

Nhận xét: Tỷ lệ cấy máu dương tính là 20,5%. Coagulase-negative staphylococci chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tác nhân Gram dương. Các vi khuẩn Gram âm và nấm gây bệnh chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 32,5% và 15,0% trong các trường hợp cấy máu dương tính.

IV. BÀN LUẬN

Về dịch tễ học, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NKHSS ở trẻ nam cao hơn nữ (58,5%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác, trong đó tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế so với nữ, như nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân [1] (nam 58,25), Trần Lương Nhân [2] (nam 61,0%), Hồ Thị Phương Thanh [3] (nam:nữ 1,5:1). Chúng tôi ghi nhận NKHSS khởi phát muộn chiếm đa số (87,2%) trong nghiên cứu, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu tại các bệnh viện sản phụ khoa như của Trần Lương Nhân [2] tại BV Phụ sản Hà Nội (38,2%), và Hồ Thị Phương Thanh [3] tại BV Sản Nhi Nghệ An (28,6%). Khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu của chúng tôi với 61,0% là trẻ chuyển viện, đây là nhóm có nguy cơ cao bị can thiệp y khoa (thở máy, đặt catheter, nuôi ăn tĩnh mạch...) và tiếp xúc với môi trường bệnh viện kéo dài, từ đó làm tăng nguy cơ NKHSS khởi phát muộn. Kết quả này cũng đồng thuận với y văn ghi nhận NKHSS khởi phát muộn thường có liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện và cần có chiến lược phòng ngừa phù hợp. Về cân nặng, nhóm trẻ từ 1500–2500 grams chiếm tỷ lệ cao nhất (50,3%), cho thấy phần lớn trẻ trong nghiên cứu nằm ở mức non tháng nhẹ cân, nhưng không phải nhóm cực nhẹ cân. Điều này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyễn Thảo [4], Đinh Văn Thúc [5], đều cho thấy nhóm 1500–2500g chiếm ưu thế trong tổng số trẻ sơ sinh NKHSS, lần lượt là 56,9% và 52,5%. Sự cải thiện về cân nặng lúc sinh có thể phản ánh hiệu quả của tiến bộ trong chăm sóc tiền sản, theo dõi thai kỳ chặt chẽ và can thiệp sớm tại các cơ sở sản khoa.

Về lâm sàng, triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu. Tím (61%) và cơn ngưng thở (24,1%) là hai triệu chứng hô hấp phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyễn Thảo [4] ghi nhận tím 66,7%, và cơn ngưng thở 27,5% trường hợp NKHSS, Trần Lương Nhân [2] (cơn ngưng thở 42,4%), Đinh Văn Thúc [5] (tím 90,0%, cơn ngưng thở 37,5%). Ở hệ tiêu hóa, chúng tôi ghi nhận bụng chướng (48,7%), ăn sữa không tiêu (40,5%) và ói (32,3%) là các biểu hiện đáng chú ý. Các triệu chứng của tình trạng bất dung nạp tiêu hóa cũng được ghi nhận thường gặp trong nghiên cứu của Đinh Văn Thúc (ói 75,0%, bụng chướng 55,0%) [5]. Về triệu chứng thần kinh, chúng tôi ghi nhận li bì thường gặp (24,6%), giảm trương lực cơ ít gặp hơn (7,7%) và một số trẻ có co giật (1,5%), tương

tự Đinh Văn Thúc [5] và Hồ Thị Phương Thanh [3] ghi nhận li bì là triệu chứng thần kinh thường gặp nhất (lần lượt 87,5% và 42,9%). Chúng tôi ghi nhận triệu chứng sốt chỉ xuất hiện ở 23,1% trẻ, cho thấy chẩn đoán NKHSS dựa vào sốt không đặc hiệu, cần phối hợp nhiều yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng.

Về cận lâm sàng, giảm tiểu cầu (44,6%) và tăng bạch cầu (52,8%) thường gặp. Trần Lương Nhân [2] cũng ghi nhận giảm tiểu cầu gặp trong 45,8% trẻ NKHSS, tương đồng với kết quả của chúng tôi, tuy vậy tác giả ghi nhận số lượng bạch cầu thường trong giới hạn bình thường (68,6%), với giảm bạch cầu thường gặp hơn tăng bạch cầu (22,0% so với 9,3%). Nguyễn Thị Nguyên Thảo [4] cũng ghi nhận số lượng bạch cầu thường trong giới hạn bình thường (70,6%), tuy nhiên tăng bạch cầu thường gặp hơn so với giảm bạch cầu (19,6% so với 9,8%). Tỷ lệ trẻ NKHSS biểu hiện giảm tiểu cầu thay đổi trong các nghiên cứu, dao động từ 17,6% – 45,8% [1-3], cần lưu ý ngưỡng giảm tiểu cầu có khác nhau giữa các nghiên cứu như $<100.000 \times 10^3/\text{mm}^3$ [3], $<150.000 \times 10^3/\text{mm}^3$ [1-2]. CRP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ($40,7 \pm 49,3$ mg/L) thấp hơn so với kết quả của Hồ Thị Phương Thanh [3] trên 35 trẻ NKHSS cấy máu dương tính tại BV Sản Nhi Nghệ An với $60,4 \pm 60,8$ mg/L. Chúng tôi ghi nhận chỉ số INR trung bình là $1,3 \pm 0,4$, một phần bệnh nhân có biểu hiện rối loạn đông máu, đây là biến chứng nguy hiểm của NKHSS. Hà Thị Hồng Ân [1] đánh giá trên 98 trẻ sơ sinh non tháng NKHSS trước đó cũng ghi nhận có 49,0% trẻ có INR $> 1,5$. Các cận lâm sàng chỉ điểm NKHSS có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, phần nào phản ánh đa dạng trong biểu hiện sinh học của NKHSS.

Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp trong nghiên cứu của chúng tôi (20,5%), cũng như các nghiên cứu trước đó, như trong nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân (31,0%) [1]. Tỷ lệ dương tính thấp có thể do nhiều yếu tố: thể tích máu lấy ít, thời điểm lấy không phù hợp, sử dụng kháng sinh trước đó hoặc kỹ thuật cấy không tối ưu. Điều này đặt ra thách thức trong chẩn đoán xác định NKHSS dựa trên tiêu chuẩn vàng, đặc biệt trong bối cảnh triệu chứng lâm sàng của bệnh thường mơ hồ và không đặc hiệu. Về tác nhân gây bệnh, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vi khuẩn Gram dương thường gặp hơn (52,5%), trong đó Coagulase-negative Staphylococci chiếm tỷ lệ cao nhất. Hà Thị Hồng Ân [1] cũng ghi nhận vi khuẩn Gram dương thường gặp, chiếm 64,5%. Ngược lại, Trần Lương Nhân [2] ghi nhận vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất, chiếm 75,2% các

trường hợp NKHSS, vi khuẩn Gram dương ít gặp hơn với 19,8%, và vi nấm chiếm 5,0%. Sự khác biệt về tác nhân vi sinh giữa các cơ sở y tế và vùng địa lý có thể do sự khác nhau về quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, thực hành kháng sinh, và đặc điểm bệnh nhân, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát các tác nhân gây bệnh và tình hình đề kháng kháng sinh.

Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh non tháng NKHSS trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,7%. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyên Thảo [4] trên 51 trẻ sơ sinh non tháng tại BV Nhi đồng Cần Thơ 11,8%. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi loại ra khỏi mẫu các trường hợp trẻ có dị tật tim bẩm sinh tím phức tạp và bất thường bẩm sinh đường tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

NKHSS ở trẻ non tháng chủ yếu là khởi phát muộn. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, với các triệu chứng thường gặp bao gồm bất dung nạp đường tiêu hoá, suy hô hấp, li bì. Các bất thường cận lâm sàng phổ biến bao gồm tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu, tăng CRP. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram dương, vi khuẩn Gram âm và nấm cũng được ghi nhận nhưng với tỷ lệ thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Hồng Ân, Trương Ngọc Phước, Trịnh Thị Hồng Cúa, Ông Huy Thanh** (2022), "Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 50, tr. 210-217.
2. **Trần Lương Nhân, Nguyễn Thị Quỳnh Nga** (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Khoa sơ sinh Bệnh viện phụ sản Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam, 542(2).
3. **Hồ Thị Phương Thanh, Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Thị Cận** (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức Sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 16.
4. **Nguyễn Thị Nguyên Thảo, Nguyễn Phước Sang, Lê Văn Khoa, Trần Thị Huỳnh Như, Trần Công Lý** (2025), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí Y học Việt Nam, 2(547), tr. 5-9.
5. **Đinh Văn Thúc, Bê Thị Cúc, Đinh Dương Tùng Anh** (2023), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2019 – 2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 525.
6. **Fleischmann C, Reichert F, Cassini A, et al** (2021), "Global incidence and mortality of neonatal sepsis: a systematic review and meta-analysis", Arch Dis Child, 0, pp. 1-8.

7. Fievet N, Ezinmegnon S, Agbota G, et al (2020), "SEPSIS project: a protocol for studying biomarkers of neonatal sepsis and immune responses of infants in a malaria-endemic region", *BMJ Open*, 10.
8. Kurul S, Simons SHP, Ramakers CRB, et al (2021), "Association of inflammatory biomarkers with subsequent clinical course in suspected late onset sepsis in preterm neonates", *Crit Care*, 25(12), pp. 12.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG

Tạ Văn Trâm¹, Tạ Minh Tùng¹, Nguyễn Thành Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sốt xuất huyết dengue (SXHD) nặng ở trẻ em tại khoa Nhi-bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang. **Phương pháp** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trên 87 bệnh nhi được chẩn đoán SXHD nặng theo phân loại của Bộ Y tế. Các dữ liệu dịch tễ, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 10,3 ± 3,3 tuổi; nhóm tuổi 10–15 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%). SXHD nặng tập trung vào tháng 4–6 (48,28%). Các triệu chứng lâm sàng phổ biến: đau bụng (62,1%), nôn (54,0%), gan to (80,5%). Cận lâm sàng cho thấy giảm tiểu cầu (<50.000/mm³: 80,5%), tăng hematocrit (>70%) và tăng lactate (83,1%). Dịch truyền Lactate Ringer là chủ yếu, trung bình 102,6 ± 39,4 ml/kg. Tỷ lệ khỏi bệnh 88,51%, chuyển tuyến 11,49%. **Kết luận:** Điều trị SXHD nặng tại tuyến tỉnh đạt hiệu quả cao nếu được phát hiện sớm và xử trí đúng phác đồ. Kết quả nghiên cứu là bằng chứng thực tiễn khẳng định năng lực điều trị SXHD nặng tại tuyến y tế cơ sở, đồng thời là cơ sở cho các chiến lược cải thiện quản lý ca bệnh trong tương lai.

Từ khóa: Sốt xuất huyết dengue nặng, trẻ em, dịch truyền, tuyến tỉnh, lactate.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF SEVERE DENGUE IN CHILDREN AT THE PEDIATRICS DEPARTMENT OF TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the epidemiological, clinical, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of severe dengue in pediatric patients admitted to the Pediatrics Department of Tien Giang General Hospital. **Methods:** This retrospective case

series study included 87 children diagnosed with severe dengue based on the classification criteria of the Vietnamese Ministry of Health. Epidemiological data, clinical and paraclinical features, treatment modalities, and clinical outcomes were extracted from medical records and analyzed using descriptive statistics. **Results:** The mean age of the patients was 10.3 ± 3.3 years, with the 10–15 age group accounting for the highest proportion (56.3%). Most cases occurred between April and June (48.28%). Common clinical manifestations included abdominal pain (62.1%), vomiting (54.0%), and hepatomegaly (80.5%). Laboratory findings showed thrombocytopenia (<50,000/mm³ in 80.5%), elevated hematocrit (>70%), and increased blood lactate levels (83.1%). Lactate Ringer's solution was the primary fluid administered, with an average volume of 102.6 ± 39.4 ml/kg. The cure rate was 88.51%, and 11.49% of patients were transferred to higher-level care. **Conclusion:** Management of severe dengue at the provincial level can be highly effective when cases are detected early and treated in accordance with standardized protocols. These findings provide practical evidence supporting the treatment capacity of lower-level healthcare facilities and serve as a foundation for future strategies to enhance dengue case management. **Keywords:** Severe dengue, children, fluid therapy, provincial hospital, lactate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus dengue gây ra, lây truyền qua muỗi *Aedes aegypti* và *Aedes albopictus*. Trong thập kỷ gần đây, dịch bệnh này đã trở thành vấn đề y tế công cộng toàn cầu với xu hướng ngày càng gia tăng về cả số ca mắc lẫn mức độ nghiêm trọng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), năm 2024 ghi nhận hơn 13,8 triệu trường hợp mắc dengue trên toàn cầu, gấp ba lần so với năm 2023, cùng 9.508 ca tử vong [1]. Trẻ em và thanh thiếu niên đặc biệt bị ảnh hưởng, với trên 21,6 triệu ca mắc trong năm 2021 – tăng 64,43% so với năm 1990 [2].

Tại Việt Nam, SXHD tiếp tục diễn biến phức tạp với 114.900 ca mắc và 18 trường hợp tử vong trong năm 2024, tăng 20,2% so với cùng kỳ năm trước [3]. Tỷ lệ tử vong do dengue nặng

¹Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025