

Evidence Based Clinical Practice, Springer Berlin Heidelberg, pp. 31-36.

7. **American Society of Anesthesiologists**, "ASA Physical Status Classification System". Địa chỉ: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification>

system.

8. **Bansal V.K., Krishna A., Ghosh N. et al.** (2018), "Comparison TAPP vs. TEP: Which Technique Is Better?", Laparo-endoscopic Hernia Surgery: Evidence Based Clinical Practice, Springer Berlin Heidelberg, pp.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U TUYẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Lê Hữu Trì¹, Hoàng Ngọc Bảo¹, Trà Tấn Hoàn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi phẫu u tủy sống đã trở thành một phương pháp tối ưu cắt bỏ u tối đa, giảm thiểu tổn thương cấu trúc thần kinh lân cận. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả vi phẫu thuật u tủy sống chủ trọng vào lâm sàng, hình ảnh học và hiệu quả sau phẫu thuật, biến chứng và phục hồi tổng thể bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu và tiền cứu mô tả 75 bệnh nhân u tủy được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025. **Kết quả:** 75 bệnh nhân, 31 nam (41,33%), 44 nữ (58,67%). Tuổi lớn nhất 78, nhỏ nhất 7. Đa số bệnh nhân nhập viện vì đau cột sống chiếm 93,33%; rối loạn cảm giác chiếm 82,66%. U thường gặp ở ngực chiếm 42,66%. U dưới màng cứng ngoài tủy chiếm tỷ lệ cao nhất 81,33%. Loại u thường gặp nhất là Schwannoma và Meningioma đều chiếm (36%). Biến chứng sau mổ: nhiễm trùng 1 trường hợp; rò dịch não tủy 1 trường hợp; yếu, liệt thêm 6 trường hợp. **Kết luận:** Vi phẫu thuật đem lại hiệu quả điều trị cao trong bệnh lý u tủy

Từ khóa: u tủy, vi phẫu thuật, u sợi thần kinh tủy sống, u màng não tủy

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SPINAL TUMOR MICROSURGERY AT DA NANG HOSPITAL

Introduction: Spinal tumors microsurgery has emerged as a pivotal approach, aiming to maximize tumor resection while minimizing collateral damage to surrounding neural structures. This study assesses the results of spinal tumor microsurgery, focusing on clinical, imaging and surgical efficacy, complications, and overall patient recovery. **Patients and Methods:** Retrospective and prospective study on 75 patients diagnosed and operated spinal tumor at Danang hospital from January, 2020 to June, 2025. **Results:** In our study, 75 patients: 31 males (41.33%), 44 females (58.67%). The maximum age was 78 yearold and the minimum age was 7 year old. Most of patients hospitalized for spinal pain 93.33% cases, sensory

disorders was 82.66% cases. 32 cases (42.66%) was the common tumor in thoracic spine. Intradural extramedullary tumors account for the highest rate of 81.33%. The most common type of tumor was Schwannoma and Meningioma, both accounting for 36%. Postoperative complications: 1 infection; 1 for cerebrospinal fluid leakage; 6 cases of more weakness. **Conclusions:** Microsurgery for treatment of spinal tumors has high efficiency. **Keywords:** spinal tumor, microsurgery, schwannoma, meningioma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thập niên 50 của thế kỷ trước Greenwood đã bắt đầu phát triển những dụng cụ và đưa ra những khái niệm đầu tiên về kỹ thuật vi phẫu thuật trong quá trình mổ u tủy. Từ đó vi phẫu thuật thành xu hướng mới và được sử dụng rộng rãi vào thập niên 80 bởi sự ưu việt của nó là tăng tỷ lệ lấy hết u và giảm tỷ lệ tàn tật, tử vong của bệnh nhân u tủy [1].

Tại Việt Nam, từ những năm 50 của thế kỷ trước đã có nhiều tác giả tiến hành phẫu thuật u tủy đem lại kết quả tốt như: Nguyễn Thường Xuân (1958), Phạm Gia Triệu (1960), Dương Chạm Uyên (1968), Võ Văn Nho (2010)... Gần đây nhờ sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, kính vi phẫu, các phương tiện vi phẫu thuật, dao hút siêu âm, áp dụng điện sinh lý thần kinh trong mổ đã giúp điều trị u tủy có kết quả tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tủy và được phẫu thuật vi phẫu tại Bệnh viện Đà Nẵng từ 1/2020 đến 6/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu mô tả, cỡ mẫu thuận tiện.

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tình trạng lâm sàng trước và sau mổ, vị trí u, kích thước u, kết quả mô bệnh học.

Phương pháp nghiên cứu

Dụng cụ và phương tiện: Hệ thống kính vi phẫu, máy C-arm, các phương tiện vi phẫu thuật, áp dụng điện sinh lý thần kinh trong mổ (IOM).

¹Bệnh viện Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hữu Trì

Email: drtrilh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

Phương pháp phẫu thuật: Đa số u chúng tôi giải quyết thông qua phương pháp tiếp cận phía sau. Xác định vị trí u dưới màn huỳnh quang (C-arm). Sau khi rạch da, cắt bỏ lam sau trên và dưới khối u nhằm mục đích bộc lộ hoàn toàn u và đạt được sự cầm máu. Nếu u dưới màng tủy hay nội tủy, xẻ màng tủy bộc lộ lấy u bằng kính vi phẫu giải phẫu bệnh lý. Việc vá màng cứng được thực hiện thường xuyên ở đường giữa. Tuy nhiên, một số u màng tủy hoặc u bao sợi thần kinh trong màng cứng có thể chèn ép tủy sống một cách lệch tâm, và trong những trường hợp này, có thể thận trọng hơn khi mở màng cứng dọc theo đường cạnh giữa ở phía nơi có vị trí khối u. Màng cứng được tái tạo lại bằng chỉ Nurodon 4-0 hay prolene 5.0, nếu cần dùng Duragen hoặc Duraseal hay cần tránh dò dịch não tủy. Đóng kín vết mổ theo từng lớp (cơ, fascia và dưới da) [2].

Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo thống kê y học trên phần mềm MedCalc.

Đạo đức nghiên cứu: Việc nghiên cứu phải được sự đồng ý của Bệnh viện Đà Nẵng. Các thông tin do bệnh nhân cung cấp được giữ bí mật tuyệt đối bằng mã hoá. Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khoẻ người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm Bệnh nhân

Phân bố theo tuổi: U tập trung nhiều vào nhóm >50 tuổi có 40 bệnh nhân chiếm 53,33%. Tuổi nhỏ nhất 7 tuổi, lớn nhất 78 tuổi, trung bình $49,58 \pm 16,10$ tuổi.

Lâm sàng lúc nhập viện: Triệu chứng lâm sàng khi đến viện chủ yếu đau cột sống có 70 trường hợp chiếm 93,33%; đau theo rễ chiếm 68%; rối loạn cảm giác chiếm 82,66%, rối loạn vận động chiếm 58,66%; rối loạn tiểu tiện chỉ có 10 trường hợp chiếm 13,33%, liệt hoàn toàn có 3 trường hợp chiếm 4,0%, liệt không hoàn toàn chiếm 49,33%, hội chứng Brown-Séquard có 2 trường hợp chiếm 2,66%.

Đặc điểm khối u

Vị trí khối u so với cột sống: U đoạn cổ và thắt lưng đều có 21 trường hợp chiếm 28%; u đoạn cổ - ngực có 1 trường hợp chiếm 1,34%; u đoạn ngực chiếm nhiều nhất 32 trường hợp (42,66%). Có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Vị trí u so với màng tủy:

Bảng 1. Vị trí u so với màng tủy

Vị trí u	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
U nội tủy	2	2,66
U dưới màng cứng ngoài tủy	61	83,33

U ngoài màng cứng	11	14,68
U dưới màng cứng và ngoài màng cứng	1	1,33
Tổng	75	100

Kích thước khối u: Kích thước u < 1 cm có 17 trường hợp chiếm 22,66%; u có kích thước 1-2 cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất 33/75 trường hợp (44%), u có kích thước > 2 cm có 25 trường hợp chiếm 33,34%.

Giải phẫu bệnh khối u

Bảng 2. Bảng kết quả giải phẫu bệnh học

Giải phẫu bệnh lý	Số lượng bệnh nhân N	Tỷ lệ %
Schwannoma	27	36
Meningioma	27	36
Lipoma	2	2,66
Neuroma	6	7,98
Di căn	2	2,66
Khác	11	14,7
Tổng	75	100

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Đánh giá lâm sàng sau phẫu thuật:

Bảng 3. Lâm sàng trước và sau phẫu thuật theo phân loại Nurick

Đo Nurick	Biểu hiện lâm sàng	Số lượng bệnh nhân (tỷ lệ %)	
		Trước mổ	Sau mổ
1	Đi lại bình thường	24(32%)	28(37,33%)
2	Khó khăn ít khi đi lại	29(38,66%)	27(36%)
3	Hạn chế công việc hàng ngày	11(14,66%)	9(12%)
4	Đòi hỏi phải trợ giúp khi đi lại	6(8%)	5(6,66%)
5	Nằm liệt giường hoặc ngồi xe lăn	5(6,68%)	6(8,01%)
Tổng		75(100%)	75(100%)

Biến chứng sau phẫu thuật: Đa số sau mổ không có biến chứng nào chiếm tỷ lệ cao nhất 89,36% (67 trường hợp), có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng sau mổ và dò dịch não tủy sau mổ đều có 1 trường hợp chiếm 1,33%, 6 bệnh nhân yếu thêm so với trước mổ chiếm 7,98%.

Tái khám sau 3 tháng và 6 tháng: Sau 3 tháng tái khám chúng tôi có 49 bệnh nhân tiến triển tốt (65,33%), 6 trường hợp tái phát (8%). Sau 6 tháng có 58 trường hợp khỏi bệnh hoàn toàn chiếm 77,33%; 5 trường hợp tiến triển tốt (6,66%); 10 trường hợp tái phát (13,33%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Hầu hết u thường gặp ở người lớn tuổi, ít gặp ở trẻ em [3]. Nghiên

cứu của chúng tôi cũng giống như tác giả Huỳnh Kim Ngân u >50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,33% [4]; Nguyễn Công Tô u nhiều nhất tập trung ở độ tuổi 20- 50 tuổi chiếm 51,2% [5]; Nguyễn Hùng Minh 76,1% [3]. Kết quả này không có ý nghĩa thống kê.

Đau là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân u tuỷ do sự phát triển của khối u, gây xương bệnh lý và sự chèn ép thần kinh [6]. Triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất giống với tác giả Huỳnh Kim Ngân chiếm 28/31 trường hợp (90,3%), kể đến là rối loạn vận động chiếm 26/31 trường hợp (83,9%), rối loạn tiểu tiện chiếm 7/31 trường hợp (22,6%). Teo cơ chiếm 22/31 trường hợp (71%), rối loạn cảm giác 19/31 trường hợp (61,3%) [4]; Dương Đại Hà rối loạn cảm giác chiếm 55,1%; rối loạn vận động với mức độ khác nhau như liệt không hoàn toàn chiếm 54,6%; liệt hoàn toàn chiếm 5,1% [7].

Đặc điểm khối u. Nghiên cứu của chúng tôi u tập trung chủ yếu đoạn ngực chiếm 32/76 trường hợp (42,66%) cũng tương tự với tác giả Nguyễn Hùng Minh u vị trí thường gặp nhất là đoạn ngực 256/343 trường hợp (74,63%) [3], Huỳnh Kim Ngân chiếm 13/31 trường hợp (41,9%) [4], Nguyễn Công Tô 24/41 trường hợp chiếm 58,5% [5]; Sandalcioğlu I.E. và cộng sự nghiên cứu có 77,5% u tập trung đoạn cột sống ngực [8]. Dương Đại Hà đa số u tập trung đoạn cổ (43,9%) và đoạn ngực (36,8%) [7].

U dưới màng cứng và ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ thấp nhất 1 trường hợp (1,33%), kể đến là u nội tuỷ có 2 trường hợp chiếm 2,66%; u ngoài màng cứng có 11 trường hợp chiếm 14,68%. U dưới màng cứng ngoài tuỷ chiếm tỷ lệ cao nhất 61 trường hợp (81,33%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như một số tác giả khác như tác giả Nguyễn Công Tô tỷ lệ u dưới màng cứng ngoài tuỷ chiếm tỷ lệ cao nhất 61% [5]. Tác giả Dương Đại Hà u dưới màng cứng ngoài tuỷ chiếm hầu hết 55,1% [7].

Về kích thước u, nghiên cứu chúng tôi u 1-2 cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất 33/75 trường hợp (44%). Tác giả khác như Huỳnh Kim Ngân u có kích thước > 2 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 41,9%, kể đến là u kích thước 1-2 cm, chỉ có 4 trường hợp kích thước < 1 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất [4]; tác giả Dương Đại Hà đa số phát hiện u kích thước 1- 2 cm chiếm 41,8% [7]. Điều này cho thấy tỷ lệ phát hiện u ngày càng sớm do ngày nay bệnh nhân lo lắng khám bệnh sớm và phương tiện MRI hỗ trợ phát hiện được u sớm và chính xác.

Ở cột sống đa số là u lành tính [6]. Đa số bệnh nhân có giải phẫu bệnh là u Schwannoma

và Meningioma đều chiếm tỷ lệ cao nhất 27/75 trường hợp (36%). Tỷ lệ này cũng giống các tác giả Phạm Anh Tuấn Meningioma chiếm 25-46%; u bao dây thần kinh chiếm tỷ lệ 25- 33% u tuỷ sống và khoảng 40-45% u trong màng cứng ngoài tuỷ [9]. Tác giả Dương Đại Hà u màng tuỷ (Meningioma) chiếm 13,8% [7]. U Lipoma và u di căn chiếm tỷ lệ thấp nhất 2 trường hợp (2,08%), cũng giống với các tác giả khác đa số tổn thương ngoài màng cứng thường do u di căn đến nhiều hơn là khối u tại chỗ [10].

Neuroma có 6 trường hợp chiếm 7,98%. Kết quả khác có 11 trường hợp chiếm 16,04% trong đó có (2 ca u Lymphoma, 1 ca u Chondroid Chordoma, 1 ca u mô xơ, 1 ca u tế bào tròn ác tính, 1 ca chưa loại trừ u di căn ác tính, 1 ca tổ chức nang hoại tử vô hoá, 1 ca Lymphoma non-hodgkin lan toả tế bào lớn, 1 ca Lymphoma tế bào B lớn lan toả, 1 ca u mạch máu dạng hang, 1 ca u ác tính có bọc lộ đầu thần kinh nội tiết).

Theo tác giả Nguyễn Công Tô và cộng sự đa số u thuộc Neuroma (51,2%) và Meningioma (24,3%) đây cũng là u hay gặp trong u tuỷ và là u dưới màng cứng ngoài tuỷ [5].

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Bệnh nhân đến nhập viện khi khối u bắt đầu chèn ép chiếm tỷ lệ cao 40 bệnh nhân chiếm 53,33% (Nurick 2 & 3). Bệnh nhân đến không tự đi lại được (Nurick 4&5) có 11 bệnh nhân chiếm 14,67%. Sau mổ kết quả cũng không thay đổi gì nhiều so trước mổ. Có 4 trường hợp khi chưa chèn ép nhiều lâm sàng cải thiện hơn (Nurick 1), thời gian sau mổ có vài trường hợp lâm sàng yếu hơn trước mổ khả năng do chúng tôi cố gắng bóc tách lấy hết triệt để khối u. Nhưng sau đó lâm sàng cải thiện dần. Sau 3 tháng tái khám bệnh nhân hồi phục hoàn toàn.

Về biến chứng sau phẫu thuật: chúng tôi có 1 trường hợp nhiễm trùng tại chỗ sau đó thay băng và dùng kháng sinh mạnh vết mổ ổn. Có 1 trường hợp dò dịch não tuỷ sau mổ u bao sợi thần kinh L2, sau mổ dịch trong lòng nhù dưới da, chúng tôi khâu tăng cường bệnh nhân ổn xuất viện. Có 6 bệnh nhân yếu hơn sau mổ do chúng tôi cố gắng bóc tách lấy triệt để u, sau mổ chúng tôi dùng kháng viêm, tập phục hồi chức năng theo dõi, lâm sàng lực cơ cải thiện dần, sau 3 tháng tái khám bệnh ổn. Theo tác giả Huỳnh Kim Ngân có 1 trường hợp nhiễm trùng sau mổ chiếm 3,3% [4]. Nguyễn Công Tô cũng có 1 trường hợp nhiễm trùng sau mổ chiếm 2,49% [5]. Dương Đại Hà nhiễm trùng chiếm 1%; dò dịch não tuỷ chiếm 1,5%, chảy máu sau mổ chiếm 0,5% [7]. Cũng tương tự như các tác giả khác theo y văn 4- 8% [10].

Về tái phát sau mổ 3 tháng có 6 trường hợp tái phát (8%) chủ yếu do u rễ thần kinh chúng tôi không thể lấy hết u triệt để. Trường hợp này chúng tôi theo dõi và chụp lại MRI sau 3 tháng tiếp theo. Đối chiếu với tác giả Nguyễn Công Tô có 2 trường hợp u tuỷ tái phát sau 3 và 5 tháng chiếm 4,98% [5]. Tỷ lệ tái phát cũng giống theo ghi nhận y văn từ 1,3- 14,7%, tử vong từ 1,3- 3% [10].

V. KẾT LUẬN

Hầu hết u thường gặp ở người lớn tuổi, ít gặp ở trẻ em. U tập trung nhiều vào nhóm > 50 tuổi có 40 bệnh nhân chiếm 53,33%.

Triệu chứng lâm sàng khi đến viện chủ yếu đau cột sống có 70 trường hợp chiếm 89,59%; rối loạn cảm giác chiếm 93,33%, rối loạn vận động chiếm 58,66%. Đa số u tập trung ở đoạn ngực chiếm nhiều nhất 32 trường hợp (42,66%). U dưới màng cứng ngoài tuỷ chiếm tỷ lệ cao nhất 61 trường hợp (81,33%).

U có kích thước 1-2 cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất 33/75 trường hợp (44%). Đa số bệnh nhân có giải phẫu bệnh là u Schwannoma và Meningioma đều chiếm tỷ lệ cao 34,66% và 36%.

Bệnh nhân đến nhập viện khi khối u bắt đầu chèn ép chiếm tỷ lệ cao 40 bệnh nhân chiếm 53,33% (Nurick 2 & 3). Sau mổ đều có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng và 1 bệnh nhân dò dịch não tuỷ chiếm 1,33%; 6 bệnh nhân yếu thêm so với trước mổ chiếm 7,98%.

Vì phẫu u tuỷ đem lại hiệu quả cao trong điều trị u tuỷ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hobb J.G. et al. Intramedullary Spinal cord Tumors: A review and Discussion of Surgical Rationale. World Spinal Column Journal, 2016, 7(2), 65-83.
2. Võ Văn Nho. U màng não trong màng tuỷ. Phẫu thuật thần kinh các kỹ thuật cơ bản. Nhà xuất bản y học, 2016, 358-360.
3. Nguyễn Hùng Minh, Bùi Quang Tuyến, Vũ Văn Hoè và cs. Tổng kết mổ u tuỷ sống trong 10 năm tại khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện 103 từ tháng 9/1993 đến tháng 9/2003. Y học TP. Hồ Chí Minh, 2003, (4) 16-21.
4. Huỳnh Kim Ngân, Nguyễn Vĩnh Hiếu, Võ Bá Tường và cs. Đánh giá kết quả vi phẫu thuật điều trị u tuỷ sống, Y học TP. Hồ Chí Minh, 2017, (6) 269-272.
5. Nguyễn Công Tô, Nguyễn Đình Hưng, Dương Trung Kiên. Phẫu thuật u tuỷ tại khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Xanh- Pôn. Bộ Y tế xuất bản, Y học thực hành, 2008, (635+ 636) 157-166.
6. Dang L et al. Primary tumors of the spine: a review of clinical features in 438 patients. J Neurooncol, 2015, 121:513-520.
7. Dương Đại Hà, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Minh Đức. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật u tuỷ tại Bệnh viện Việt Đức từ 2019-2022. Tạp chí Y học Việt Nam- tháng 12- số chuyên đề, 2022, (521) 362-371.
8. Sandalcioğlu I.E. et al. Spinal meningiomas: critical review 131 surgically treated patients. Eur Spine J 17, 2008, 1035-1041.
9. Phạm Anh Tuấn. U trong màng cứng ngoài tuỷ sống. Phẫu thuật cột sống cơ bản, Nhà xuất bản Y học, 2023, 191- 203
10. Van Goethem J.W.M, et al. Spinal tumors. European Journal of Radiology, 2004, (50): 159-176.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ TRẺ SỐC NHIỄM TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG ĐỒNG NAI

Phạm Thị Kiều Trang¹, Lê Thị Thu Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là một cấp cứu nhi khoa thường gặp, có tỷ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Nhi đồng Đồng Nai là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, nơi có nguồn lực còn hạn chế. Nghiên cứu nhằm khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở trẻ SNK tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai theo tiêu chuẩn Phoenix 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành từ 01/02/2024 đến 30/08/2025, trên 50 trẻ từ 1 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán SNK theo tiêu chuẩn Phoenix. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng phần mềm Stata 12.0. **Kết quả:** Trong số 50 bệnh nhi SNK, có 29 trẻ nam (chiếm 58%) và 18 trẻ dưới 2 tuổi (36%); trong đó 32% (16 trẻ) có bệnh nền như hội chứng Down, bại não hoặc tim bẩm sinh. Ổ nhiễm phổ biến nhất là hệ tiêu hóa với 25 trẻ (50%), kế đến là đường hô hấp với 13 trẻ (26%). Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp bao gồm chi lạnh, CRT kéo dài cùng chiếm tỷ lệ 90%, rối loạn tri giác được ghi nhận ở 52% bệnh nhi. Các biểu hiện cận lâm sàng nặng như 12 trẻ (24%) có số lượng tiểu cầu < 100 x 10⁹/l, 16 trẻ (40%) có Procalcitonin ≥ 99 ng/ml. Tình trạng toan chuyển hoá được biểu hiện qua 52% có pH < 7.2 và 76% có HCO₃⁻ < 15 mmol/L; có 48% trẻ có Lactat

¹Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Kiều Trang

Email:

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025