

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

máu ≥ 5 mmol/l. Tỷ lệ suy cơ quan gồm: tổn thương gan cấp 16%, tổn thương thận cấp 25%, tổn thương cơ tim với troponin dương tính ở 12 trẻ (30,8%). Tác nhân vi sinh phân lập được chủ yếu là *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* và *Streptococcus pneumoniae*. Về điều trị, có tới 88% bệnh nhân cần thở máy, 90% được sử dụng Noradrenaline, 72% sử dụng Adrenalin và 44% được chỉ định lọc máu. Tỷ lệ tử vong nội viện dù đã can thiệp tích cực trong nghiên cứu là 32%.

Kết luận: Trẻ sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai nhập viện trong tình trạng nặng. Tỷ lệ tử vong còn cao. Phát hiện sớm, chuyển tuyến an toàn, điều trị tích cực là yếu tố then chốt giúp cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Sốc nhiễm trùng, trẻ em, hồi sức tích cực, noradrenaline, lọc máu.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF SEPTIC SHOCK IN CHILDREN AT DONG NAI CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Septic shock (SS) is a common pediatric emergency with a high mortality rate if not promptly recognized and managed. Dong Nai Children's Hospital is a provincial-level pediatric specialty hospital with limited critical care resources. This study aims to describe the clinical and laboratory characteristics as well as the treatment approaches in children with septic shock at Dong Nai Children's Hospital, and to evaluate treatment outcomes based on the Phoenix 2025 diagnostic criteria. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from February 1, 2024 to August 30, 2025, involving 50 children aged from 1 month to 16 years who were diagnosed with septic shock according to the Phoenix criteria. Data were collected retrospectively from medical records and analyzed using Stata 12.0 software. **Results:** Among the 50 pediatric patients with septic shock, 29 were male (58%) and 18 (36%) were under 2 years old. Of these, 32% (16 patients) had underlying conditions such as Down syndrome, cerebral palsy, or congenital heart disease. The most common site of infection was the gastrointestinal tract (50%), followed by the respiratory tract (26%). Common clinical signs included cold extremities and prolonged capillary refill time (both observed in 90%), and altered consciousness was present in 52% of cases. Severe laboratory abnormalities included thrombocytopenia (platelets $< 100 \times 10^9/L$) in 24% of patients and procalcitonin levels ≥ 99 ng/mL in 40%. Metabolic acidosis was reflected by pH < 7.2 in 52%, $HCO_3^- < 15$ mmol/L in 76%, and blood lactate ≥ 5 mmol/L in 48% of patients. Organ dysfunction rates were hepatic dysfunction in 16%, acute kidney injury in 25%, and myocardial injury with positive troponin in 30.8%. The most common isolated pathogens were *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, and *Streptococcus pneumoniae*. In terms of treatment, 88% of patients required mechanical ventilation, 90% received noradrenaline, 72% received adrenalin, and 44% underwent blood purification. Despite intensive interventions, the in-hospital mortality rate was 32%.

Conclusion: Children with septic shock admitted to Dong Nai Children's Hospital often presented in severe

clinical condition. The mortality rate remains high. Early recognition, safe referral, and intensive treatment are key factors in improving patient outcomes. **Keywords:** Septic shock, children, intensive care, noradrenaline, blood purification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là một biến chứng nghiêm trọng của nhiễm trùng huyết, đặc biệt nguy hiểm ở nhóm bệnh nhi, với tỷ lệ tử vong cao và diễn tiến nhanh. Trên thế giới, tỷ lệ tử vong do SNK ở trẻ em dao động từ 11% đến trên 60% [7] tùy thuộc vào mức độ nặng, thời điểm can thiệp và năng lực của cơ sở điều trị. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến trung ương cho thấy tỷ lệ tử vong do SNK ở trẻ em vẫn còn rất cao, dao động từ 49,3% đến 76,7% [1-3].

Việc nhận diện sớm, đánh giá đầy đủ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, cũng như thực hiện phác đồ điều trị kịp thời là yếu tố quyết định tiên lượng sống còn cho trẻ. Tuy nhiên, dữ liệu về SNK ở trẻ em tại các bệnh viện còn hạn chế, đặc biệt trong bối cảnh bệnh lý ngày càng phức tạp và kháng kháng sinh gia tăng.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực hành điều trị ở trẻ bị SNK tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai, từ đó cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn hỗ trợ cải tiến chiến lược điều trị tại các cơ sở tương đương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi từ 1 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán sốc nhiễm trùng theo tiêu chuẩn Phoenix, điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực trong thời gian nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án dưới 80% thông tin cần thu thập hoặc thất lạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai, từ tháng 01/01/2024 đến 30/08/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ

Nội dung nghiên cứu: Xác định tỷ lệ phần trăm các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết quả điều trị sốc nhiễm trùng ở trẻ sốc nhiễm trùng tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai.

Phương pháp thu thập và quản lý số liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án bằng phiếu thu thập số liệu thiết kế sẵn, được nhập liệu, quản lý dữ liệu và kiểm tra bằng phần

mềm Epidata 3.1.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được kiểm tra về tính đầy đủ và hợp lý trước khi phân tích. Các giá trị bị thiếu được xử lý bằng cách loại trừ từng trường hợp khỏi phân tích tương ứng nếu tỷ lệ mất dữ liệu <5%. Với các biến có tỷ lệ mất dữ liệu ≥5%, tiến hành đánh giá nguyên nhân mất dữ liệu và áp dụng phương pháp nội suy trung vị hoặc giá trị trung bình nhóm (nếu phù hợp về mặt lâm sàng).

Sai số nhập liệu được kiểm soát bằng kiểm tra chéo ngẫu nhiên 10% phiếu thu thập. Các sai số thống kê ngẫu nhiên được giảm thiểu thông qua cỡ mẫu lấy toàn bộ (toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu). Phân bố dữ liệu được đánh giá bằng phép kiểm Shapiro-Wilk để lựa chọn phép kiểm phù hợp. Sử dụng phần mềm Stata 12.0. Sử dụng thống kê mô tả để trình bày tần suất, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

50 trường hợp sốc nhiễm trùng tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai trong khoảng thời gian từ 01/02/2024 đến 30/08/2025 với các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm dịch tễ. Có 29 trẻ (58%) là trẻ nam, nhóm tuổi < 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36% kể đến là nhóm 5 -12 tuổi chiếm 32%. 32% trẻ có bệnh nền bao gồm 12% trẻ động kinh, bại não, chậm phát triển, 8% trẻ hội chứng Down, 5% trẻ tim bẩm sinh. Ổ nhiễm phổ biến nhất là Tiêu hoá với 25 trẻ (50%), kể đến là Hô hấp với 13 trẻ (26%), Thần kinh trung ương 10%, Da mô mềm 4%.

3.2. Biểu hiện lâm sàng. Trong nhóm bệnh nhi sốc nhiễm trùng, điểm Phoenix trung bình là $5,9 \pm 2,4$.

Ở thời điểm nhập viện: Có 14% bệnh nhi có ngưng tim ngưng thở khi nhập viện, 24% bệnh nhi đã được đặt nội khí quản từ tuyến trước, 14% bệnh nhân có đồng tử giãn, mất phản xạ, 14% có Glasgow 3 điểm, 12% Glasgow 4-8 điểm và 30% Glasgow 9 - 12 điểm.

Dấu hiệu chi lạnh, da nổi bông tím, CRT kéo dài chiếm 90%, 10% trẻ có hạ thân nhiệt < 37°C, 64% trẻ có sốt ≥ 38,5°C.

3.3. Biểu hiện cận lâm sàng

Bảng 3.1: Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ sốc nhiễm trùng

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ
Hb	TB ± SD	$11,5 \pm 2,7$
Bạch cầu	↑ hoặc ↓	25 50
Tiểu cầu ($10^9/\text{ul}$)	<100	12 24

Crp (mg/l) (n=40)	51- ≤150	12	30
	>150	5	12,5
Procalcitonin (ng/ml) (n=40)	2-<10	6	15
	10-<99	11	22
	≥99	16	40
pH	<7.2	26	52
HCO3-	<15	38	76
Lactat máu (mmol/l)	5-10,9	16	32
	>11	8	16
Troponin (n=39)	Dương tính	12	30,8
AST, ALT (UI/l)	≥1000	8	16
Suy thận		12	25

Tác nhân vi sinh gây bệnh phân lập được chủ yếu là *Ty cầu vàng* kháng Methicilin với 14%, *E coli* 14% và *Phế cầu* 14%. Có 2 mẫu *Não mô cầu*: 1 mẫu PCR máu, 1 mẫu cấy máu của 1 bệnh nhi *Não mô cầu* tối cấp, 2 mẫu *Thương hàn*: 1 mẫu PCR máu, 1 mẫu cấy phân của bệnh nhân sốc nhiễm trùng từ đường tiêu hoá. 1 mẫu PCR đàm tác nhân *Ho gà*.

3.4. Đặc điểm điều trị

Bảng 3.2: Đặc điểm điều trị và kết cục điều trị của trẻ sốc nhiễm trùng

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Thở máy	44	88
Dịch truyền 1* giờ đầu	Ổ nhiễm đường tiêu hoá	50(40-65)
	Ổ nhiễm ngoài đường tiêu hoá	22.5(15-40)
Kháng sinh ≤1 giờ sau sốc	46	92
Vận mạch	Adrenaline	36 72
	Noradrenaline	45 90
	Dobutamine	6 12
	Milrinone	2 4
Lọc máu	22	44
Hydrocortisone	22	44
Theo dõi huyết động xâm lấn PICCO	5	10
Kết cục	Sống không di chứng	27 54
	Sống có di chứng về thần kinh	2 4
	Tử vong nội viện dù điều trị tích cực (n=43)	14 32

*Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Có 7 bệnh nhi (14%) tiên lượng tử vong từ thời điểm nhập viện với tình trạng ngưng hô hấp tuần hoàn, đồng tử giãn, mất phản xạ, sau hồi sức đồng tử không co lại, quá chỉ định can thiệp chuyên sâu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn trẻ bị sốc nhiễm trùng nhập viện trong tình trạng lâm sàng nghiêm

trọng, với nhiều chỉ số cảnh báo sớm về nguy cơ tử vong. Có 14% trẻ ngưng tim ngưng thở khi đến viện, 24% đã được đặt nội khí quản từ tuyến trước, 14% có đồng tử giãn, mất phản xạ và 44% có điểm Glasgow từ 3 đến 12 điểm, phản ánh tổn thương thần kinh trung ương đáng kể ngay từ thời điểm nhập viện. Các dấu hiệu chi lạnh và thời gian làm đầy mao mạch kéo dài chiếm tỷ lệ rất cao (90%), là những biểu hiện kinh điển của tình trạng giảm tưới máu mô trong sốc tuần hoàn, tương tự các kết quả ghi nhận trong nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên (2011) tại Thành phố Hồ Chí Minh [3].

Điểm Phoenix trung bình $5,9 \pm 2,4$ cho thấy đa số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tử vong cao, đặc biệt trong bối cảnh cơ sở điều trị có nguồn lực hạn chế. Kết quả này phù hợp với phân tích của Sanchez-Pinto và cộng sự (2024) [7], khi nhóm có điểm Phoenix ≥ 5 thường có tỷ lệ tử vong cao gấp nhiều lần so với nhóm điểm thấp.

Nhìn chung, tình trạng lâm sàng nặng khi nhập viện là hệ quả của sự phối hợp nhiều yếu tố, trong đó nổi bật là việc phát hiện muộn và chậm trễ chuyển tuyến. Có tới 14% bệnh nhi nhập viện trong tình trạng rất nặng, đồng tử giãn, mất phản xạ và suy đa cơ quan không hồi phục. Tình trạng này phản ánh thực trạng còn hạn chế trong hệ thống cảnh báo sớm tại tuyến cơ sở, nơi thiếu nhân lực được đào tạo về nhận diện sớm sốc nhiễm trùng cũng như công cụ hỗ trợ chẩn đoán. Ngoài ra, 32% trẻ có bệnh nền như bại não, tim bẩm sinh hoặc hội chứng Down, là những nhóm dễ bị bỏ sót triệu chứng sớm và có đáp ứng miễn dịch yếu hơn.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Các kết quả cận lâm sàng trong nghiên cứu cũng khẳng định mức độ nặng nề của tình trạng sốc nhiễm trùng. Có 52% bệnh nhi có pH máu $< 7,2$ và 76% có $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mmol/L}$, biểu hiện toan chuyển hóa nặng – yếu tố đã được chứng minh làm giảm đáp ứng với thuốc vận mạch và làm xấu tiên lượng, theo nghiên cứu của Bauer và cộng sự (2022) [4]. Nồng độ procalcitonin $\geq 99 \text{ ng/ml}$ ghi nhận ở 40% bệnh nhân, cho thấy mức độ đáp ứng viêm toàn thân rất cao, phù hợp với nhận định của Chen và cộng sự (2025) [5] rằng PCT tăng cao liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong trong sepsis nặng ở trẻ em. Bên cạnh đó, có 48% trẻ có lactat máu $\geq 5 \text{ mmol/L}$, phản ánh giảm tưới máu mô toàn thân kéo dài, và 24% trẻ có giảm tiểu cầu dưới $100 \times 10^9/\text{L}$, gợi ý rối loạn đông máu đi kèm.

Các rối loạn chức năng cơ quan cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao: 30,8% bệnh nhân có tổn thương cơ tim biểu hiện bằng Troponin dương

tính, 25% có tổn thương thận cấp và 16% có tổn thương gan cấp -men gan $\geq 1000 \text{ UI/L}$. Đây là những dấu hiệu của tổn thương đa cơ quan, tình trạng thường gặp trong giai đoạn tiến triển của sốc nhiễm trùng nặng. Tác nhân vi sinh phân lập chủ yếu bao gồm Staphylococcus aureus kháng Methicillin, Escherichia coli và Streptococcus pneumoniae, cùng một số trường hợp Neisseria meningitidis và Salmonella typhi. Đặc điểm này phản ánh phổ vi sinh tại tuyến tỉnh có sự đa dạng và tỉ lệ cao các chủng vi khuẩn kháng thuốc, gây khó khăn cho lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm ban đầu và ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

4.3. Đặc điểm điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi được sử dụng kháng sinh sớm (trong vòng 1 giờ kể từ khi chẩn đoán sốc) đạt 92%, đây là một chỉ số thực hành lâm sàng tích cực, cho thấy việc tuân thủ khuyến cáo “giờ vàng điều trị” đã được chú trọng. Phần lớn bệnh nhân cần thở máy (88%) và sử dụng thuốc vận mạch, trong đó Noradrenaline chiếm 90% và Adrenaline 72%, phản ánh nhu cầu hỗ trợ tuần hoàn và hô hấp ở mức cao. Gần một nửa số bệnh nhi (44%) được chỉ định lọc máu, thể hiện mức độ suy đa cơ quan nặng. Lọc máu đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát tình trạng viêm và loại bỏ các chất trung gian gây viêm. Các nghiên cứu gần đây ghi nhận việc lọc máu sớm có thể giúp cải thiện tình trạng toan chuyển hóa, ổn định huyết động và giảm nồng độ cytokine ở bệnh nhân sepsis nặng.

Bên cạnh đó, corticoid được sử dụng ở 44% bệnh nhân, chủ yếu trong trường hợp sốc kháng vận mạch, theo dõi chặt chẽ để tránh tác dụng phụ tăng đường huyết hoặc ức chế miễn dịch. Hydrocortison liều thấp có tác dụng phục hồi nhạy cảm với catecholamin, ổn định huyết áp và giảm nhu cầu vận mạch. Tuy nhiên, bằng chứng về hiệu quả của corticoid ở trẻ em vẫn còn hạn chế.

Trong nghiên cứu sốc nhiễm trùng của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi huyết động bằng PiCCO chỉ chiếm khoảng 10%, chủ yếu do chi phí của kỹ thuật này còn cao và cần cân nhắc trong việc sử dụng hợp lý nguồn lực bảo hiểm y tế. Đối với những bệnh nhân không có chỉ định leo thang dịch truyền hoặc đáp ứng tốt với liệu pháp vận mạch, chúng tôi vẫn tiến hành phân tích và điều trị dựa trên các thông số lâm sàng và cận lâm sàng sẵn có.

4.4. Tỷ lệ tử vong và yếu tố liên quan. Tỷ lệ tử vong nội viện dù được can thiệp tích cực trong nghiên cứu là 32%, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Minh Điển tại Bệnh viện Nhi Trung ương (49,3%) [2] và một số báo cáo quốc tế

như ở Ả Rập Xê Út (66,7%) [6] hay Trung Quốc (36,98%) [5], nhưng vẫn phản ánh mức tử vong cao ở tuyến tỉnh. Đáng chú ý, có 14% bệnh nhi tử vong ngay khi nhập viện trong tình trạng ngưng tuần hoàn, đồng tử giãn, mất phản xạ, vượt quá chỉ định can thiệp chuyên sâu. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của phát hiện sớm và chuyển tuyến an toàn trong việc cải thiện tiên lượng.

Các yếu tố liên quan đến tử vong trong nghiên cứu bao gồm điểm Phoenix cao (≥ 5), tình trạng toan chuyển hóa nặng, suy đa cơ quan và nhiễm khuẩn Gram âm kháng thuốc. Dù tỷ lệ sử dụng kháng sinh sớm cao, nhưng bệnh nhân đến viện muộn với tổn thương đa cơ quan vẫn có nguy cơ tử vong lớn. Điều này nhấn mạnh rằng, ngoài điều trị tích cực tại tuyến cuối, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các tuyến điều trị trong phát hiện, xử trí ban đầu và chuyển viện sớm, chuyển viện an toàn.

Tỷ lệ sống có di chứng chiếm 4%, bao gồm các trường hợp tổn thương thần kinh chưa hồi phục hoàn toàn tại thời điểm ra viện. Kết quả này phù hợp với đặc điểm bệnh lý sốc nhiễm trùng, trong đó một tỷ lệ nhỏ trẻ sống sót nhưng để lại hậu quả dài hạn cần theo dõi và phục hồi chức năng sau xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Sốc nhiễm khuẩn là vấn đề thường gặp ở khoa HSTC bệnh viện nhi đồng nai, trẻ nhập viện

thường trễ và tiên lượng nặng. Tử vong còn cao. Cần tuyên truyền, nâng cao nhận thức cộng đồng. Chẩn đoán sớm, nâng cao năng lực y tế của tuyến cơ sở. Chuẩn hoá điều trị và hỗ trợ kỹ thuật về bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Đỡ.** Đặc điểm điều trị sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/01/2014 đến 30/04/2016. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2016.
2. **Trần Minh Điển.** Nghiên cứu kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng tử vong trong sốc nhiễm khuẩn trẻ em. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
3. **Phùng Nguyễn Thế Nguyên.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng tử vong trong sốc nhiễm khuẩn ở trẻ em. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2011; 15: 200–208.
4. **Bauer S.R., et al.** Association of Arterial pH With Hemodynamic Response to Vasopressin in Patients with Septic Shock: An Observational Cohort Study. Critical Care Explorations, 2022; 4(2): e0634.
5. **Chen J., et al.** Risk factors associated with mortality and pathogen characteristics of bloodstream infection-induced severe sepsis in the pediatric intensive care unit: a retrospective cohort study. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, 2025; 15: 1492208.
6. **Humoodi M.O., et al.** Epidemiology of pediatric sepsis in the pediatric intensive care unit of King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. BMC Pediatrics, 2021; 21(1): 222.
7. **Sanchez-Pinto L.N., et al.** Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA, 2024; 331(8): 675–686.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC U CƠ TUYẾN, POLYP TÚI MẬT VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2023-2025

Nguyễn Hoàng Hôn¹, Nguyễn Văn Lâm¹, La Văn Phú³,
Nguyễn Văn Luân¹, Nguyễn Văn Tuấn¹, Đặng Hồng Quân¹,
Mai Văn Đợi¹, Nguyễn Văn Hiên¹, Nguyễn Khắc Nam², Phạm Văn Năng⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư túi mật được phát hiện dưới dạng polyp. Phát hiện được polyp ác tính là rất

cần thiết để giúp chẩn đoán và điều trị sớm. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được xem là phương pháp lựa chọn ưu tiên hàng đầu điều trị polyp túi mật. Nghiên cứu: "Đặc điểm mô bệnh học polyp túi mật và đánh giá kết quả điều trị Polyp túi mật bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường Đại Học Y Dược Cần Thơ từ 03/2023 đến 07/2025" **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả đặc điểm mô học và phân loại các dạng polyp túi mật và u cơ tuyến sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi 2) Đánh giá kết quả điều trị Polyp túi mật bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 70 bệnh nhân điều trị polyp túi mật bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:**

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Hôn

Email: assassinnnguyen76@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025