

thước dưới 1 cm chiếm 58,3%, tiếp đến nhóm bệnh nhân có hạch từ 1-1,5 cm chiếm 25%. Còn lại, nhóm hạch kích thước >1,5 cm chiếm 16,7%. Tỷ lệ bệnh nhân chụp MRI có phát hiện hạch cổ 7%.

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 53,84% bệnh nhân di căn hạch cổ thì bệnh nhân ung thư ở giai đoạn IV nhiều nhất với tỷ lệ 89,3%, giai đoạn III 10,7%. Cho thấy giai đoạn càng trễ thì tỷ lệ di căn hạch cổ càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hiếu Bình, Nguyễn Thị Quỳnh Lan, Nguyễn Bá Khoa, Võ Ngọc Hoàn.** Vài nhận xét về 106 bệnh nhân ung thư thanh quản và sự liên quan giữa TNM. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2001;5(4):145-148.
2. **Lê Văn Cường.** Giải phẫu người sau đại học tập 2. Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2013:480-503.
3. **Netter HF.** Atlas giải phẫu người. Nhà xuất bản Y học. 2010:35-41.
4. **Lê Nguyên Hòa.** Khảo sát biểu hiện p53 trên ung thư thanh quản và mối tương quan với lâm sàng và hình ảnh học [luận án chuyên khoa II]. Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2011.
5. **Võ Thanh Quang, Lê Minh Kỳ, Đàm Trọng Nghĩa.** Nghiên cứu các biến chứng do nạo vét hạch cổ ở những bệnh nhân ung thư thanh quản. Tạp chí Y học Việt Nam. 2011;5(2):48-51.
6. **Ainaggar NAA.** Study of the epidemiology and management of laryngeal cancer in Kasr Al-Aini Hospital [master's thesis]. Cairo: Faculty of Medicine, Cairo University; 2012.
7. **Markou K, Goudakos J, Triaridis S, Konstantinidis J, Vital V, et al.** The role of tumor size and patient's age as prognostic factors in laryngeal cancer. Hippokratia. 2011;15(1):75-80.
8. **Tomik J, Składzień J, Modrzejewski M.** Evaluation of cervical lymph node metastasis of 1400 patients with cancer of the larynx. Auris Nasus Larynx. 2001;28(3):233-240.
9. **Trần Phan Chung Thủy.** Góp phần nghiên cứu hạch cổ trong ung thư thanh quản [luận văn chuyên khoa II]. Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2000.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC NHIỄM, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 THEO TIÊU CHUẨN PHOENIX

Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}, Phùng Thị Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, phân tầng theo tiêu chuẩn Phoenix và phân tích mối liên quan với kết cục ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nhập khoa Hồi sức Nhiễm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc, thực hiện trên toàn bộ 197 bệnh nhi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi nhập Khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 06/2024 đến 07/2025. Dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm và điểm Phoenix được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 73,6%; sốc nhiễm khuẩn 46,2%; tử vong 16,3%. Nhóm nhiễm khuẩn huyết có điểm Phoenix cao hơn rõ rệt ở các tiêu chí hô hấp, tim mạch, đông máu và thần kinh ($p < 0,001$). Các yếu tố lâm sàng như tuổi, giới, địa chỉ, bệnh lý nền không khác biệt giữa hai nhóm nhiễm khuẩn huyết và không nhiễm khuẩn huyết. **Kết luận:** Phoenix là công cụ phân tầng hiệu quả trong đánh giá mức độ nặng và tiên lượng nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em. Việc áp dụng tiêu chí này có thể hỗ trợ nhận diện sớm bệnh nhân nguy cơ cao, từ đó cải thiện kết cục điều trị. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, tiêu chuẩn Phoenix.

SUMMARY

SEPSIS AND SEPTIC SHOCK IN THE INFECTIOUS DISEASES INTENSIVE CARE UNIT AT CHILDREN'S HOSPITAL 1 ACCORDING TO THE PHOENIX CRITERIA

Objective: To describe the clinical characteristics, severity stratification using the Phoenix criteria, and the relationship with outcomes in pediatric patients admitted to the Infectious Diseases Intensive Care Unit. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with prospective follow-up was conducted on all children aged 1 month to under 16 years admitted to the Infectious Diseases ICU at Children's Hospital 1 from June 2024 to July 2025. Clinical data, laboratory findings, and Phoenix scores were collected and analyzed. **Results:** Among 197 patients, 73.6% had sepsis and 46.2% developed septic shock. The overall mortality rate was 16.3%. Patients with sepsis had significantly higher Phoenix scores across respiratory, cardiovascular, hematologic, and neurologic domains ($p < 0.001$). There were no significant differences in age, sex, comorbidities, or initial clinical symptoms between the sepsis and non-sepsis groups. **Conclusion:** The Phoenix criteria proved effective in stratifying severity and predicting outcomes in pediatric sepsis. Early application may help identify high-risk patients and guide timely interventions to improve survival. **Keywords:** sepsis, septic shock, Phoenix criteria, IDICU.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

khuẩn (SNK) là những tình trạng cấp cứu nặng, có tỉ lệ tử vong cao và đang ngày càng trở thành thách thức lớn trong chăm sóc y tế, đặc biệt tại các đơn vị hồi sức tích cực nhi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, NKH là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có thể phòng tránh được, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi tại các nước có thu nhập thấp và trung bình. Việc chẩn đoán sớm và phân tầng nguy cơ chính xác đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng và điều trị.

Tuy nhiên, định nghĩa và tiêu chí chẩn đoán NKH và SNK ở trẻ em vẫn còn khác biệt giữa các hướng dẫn quốc tế. Gần đây, hệ thống phân loại Phoenix đã được đề xuất như một công cụ chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng và dự đoán nguy cơ tử vong ở trẻ em bị NKH và SNK, dựa trên các chỉ số sinh lý đa hệ thống bao gồm hô hấp, tuần hoàn, đông máu và thần kinh. Việc áp dụng tiêu chuẩn Phoenix vào lâm sàng có thể giúp chuẩn đoán, hỗ trợ ra quyết định điều trị và nghiên cứu.

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán theo tiêu chuẩn Phoenix và kết cục điều trị ở trẻ em bị NKH và SNK vẫn còn hạn chế. Việc nhận diện sớm các yếu tố liên quan đến tiên lượng xấu có thể giúp cải thiện chất lượng chăm sóc và giảm tỉ lệ tử vong.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán theo tiêu chuẩn Phoenix và phân tích mối liên quan giữa các tiêu chí Phoenix với kết cục của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức Nhiễm, bệnh viện Nhi Đồng 1, một đơn vị điều trị tuyến cuối chuyên sâu về bệnh truyền nhiễm ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc, nhằm ghi nhận đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán theo tiêu chuẩn Phoenix và phân tích mối liên quan đến kết cục điều trị ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn [1].

Địa điểm và thời gian thực hiện: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1, trong khoảng thời gian từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 07 năm 2025.

Dân số chọn mẫu: Tất cả bệnh nhi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi được nhập viện tại Khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian từ 06/2024 đến 07/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ (lấy trọn mẫu). Có tổng cộng 197 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Các biểu hiện lâm sàng và tiêu chuẩn Phoenix được

thu nhập trong vòng 24 giờ đầu nhập khoa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 197 bệnh nhi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi được điều trị tại Khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1. Trong đó, tỉ lệ trẻ nam chiếm 59,9% (118 ca), nữ chiếm 40,1% (79 ca). Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 29 tháng (IQR: 8–115 tháng), với nhóm tuổi ≥ 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (42,6%), tiếp theo là < 9 tháng (26,9%), 9–24 tháng (18,3%) và 2–5 tuổi (12,2%). Phần lớn bệnh nhân đến từ các tỉnh khác ngoài TP.HCM (78,7%).

Ngõ vào của nhiễm khuẩn chủ yếu là đường hô hấp (59,9%), kế đến là thần kinh (32,0%), tiêu hóa (3,6%), da (2,0%) và các nguyên nhân khác (2,5%). Có 110 bệnh nhân (55,8%) có bệnh lý nền, trong đó suy sinh dưỡng chiếm tỉ lệ cao nhất (38,1%), tiếp theo là sinh non (9,6%), suy giảm miễn dịch và bệnh phổi mạn (đều 2,5%), tim bẩm sinh tím (1,0%), rối loạn chuyển hóa (1,5%), động kinh (3,6%) và bại não (0,5%).

Đặc điểm phân tầng theo tiêu chí Phoenix

Hô hấp: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu cần hỗ trợ hô hấp (98,0%), trong đó thở máy chiếm 70,6%, NCPAP/HFNC 17,8% và oxy cannula 9,6%. Chỉ số SpO_2/FiO_2 trung vị là 248 (IQR: 184–327). PaO_2 trung vị là 119 mmHg (IQR: 88–146) và PaO_2/FiO_2 đạt 330 (IQR: 170–450). Điểm Phoenix hô hấp trung vị là 1 (IQR: 0–1), trong đó 40,1% có 1 điểm, 13,5% có 2 điểm và 8,9% có 3 điểm.

Tim mạch: Huyết áp trung bình đạt 70 mmHg (IQR: 63,5–82,5), chỉ có 1,5% bệnh nhân có huyết áp thấp theo tuổi. Lactat huyết tương trung vị là 2,5 mmol/L (IQR: 1,7–3,9), trong đó 80,6% có lactat ≤ 5 mmol/L, 15,0% từ 5–10,9 mmol/L và 4,4% trên 11 mmol/L. Hơn một nửa bệnh nhân không sử dụng thuốc vận mạch (56,9%), trong khi 29,4% sử dụng 1 thuốc và 13,7% sử dụng ≥ 2 thuốc. Điểm Phoenix tim mạch trung vị là 0 (IQR: 0–1), với 27,4% có 1 điểm và 19,8% có từ 2 điểm trở lên.

Đông máu: Có 11,2% có tiểu cầu $< 100.000/mm^3$. INR trung vị là 1,2 (IQR: 1,1–1,3), và 22,5% có INR $> 1,3$. Nồng độ fibrinogen trung vị đạt 340 mg/dL (IQR: 220–460), với 3,5% < 100 mg/dL. D-dimer trung vị là 1,5 mg/L (IQR: 0,7–3,5), và 38,1% có giá trị > 2 mg/L. Điểm Phoenix đông máu trung vị là 0 (IQR: 0–1), trong đó 22,3% có 1 điểm và 16,3% có 2 điểm.

Thần kinh: Điểm Glasgow trung vị là 8 (IQR: 7–15), trong đó 70,1% có GCS ≤ 10 điểm. Có 3% bệnh nhân có giãn đồng tử và mất phản

xạ ánh sáng. Điểm Phoenix thần kinh trung vị là 1 (IQR: 0–1), trong đó 67% có 1 điểm và 3% có 2 điểm.

Kết cục lâm sàng và phân tầng theo tiêu chí Phoenix. Trong tổng số 197 bệnh nhân, có 145 trường hợp (73,6%) được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và 91 trường hợp (46,2%) tiến triển thành sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ tử vong chung là 16,3% (31 ca).

Phân tích theo thang điểm Phoenix cho thấy phần lớn bệnh nhân có điểm tổng từ 1–4, trong đó tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn tập trung chủ yếu ở nhóm có điểm Phoenix cao hơn. Cụ thể, nhóm có tổng điểm Phoenix ≥ 3 chiếm hơn 40% và có mối liên quan với tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn và tử vong cao hơn.

Những bệnh nhân có điểm Phoenix thấp (0–1) chiếm khoảng 26,4%, chủ yếu thuộc nhóm không sốc và tiên lượng tốt hơn. Các yếu tố sinh lý bất thường ở hệ hô hấp, tim mạch và thần kinh đóng vai trò chính trong việc xác định mức độ nặng theo tiêu chuẩn Phoenix, hỗ trợ phân tầng nguy cơ và tiên lượng sớm trong thực hành lâm sàng.

Phân tích so sánh giữa nhóm nhiễm khuẩn huyết (NKH) và không NKH cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm lâm sàng và tiền sử bệnh. Cụ thể, tỷ lệ giới tính (nam: 57,9% ở nhóm NKH và 65,4% ở nhóm không NKH; $p=0,347$) và tuổi trung vị (39 tháng so với 14,5 tháng; $p=0,199$) không khác biệt rõ rệt. Tỷ lệ bệnh nhân đến từ TP.HCM và các tỉnh khác cũng tương đương giữa hai nhóm ($p=0,718$).

Các ngõ vào của nhiễm khuẩn bao gồm hô hấp, thần kinh, tiêu hóa, da và nguyên nhân khác đều không có sự chênh lệch đáng kể ($p>0,05$). Tương tự, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý nền (55,9% so với 55,8%; $p=0,991$), suy sinh dưỡng (36,6% so với 42,3%; $p=0,571$), sinh non (7,6% so với 15,4%; $p=0,174$) và các bệnh lý đặc hiệu như suy giảm miễn dịch, bệnh phổi mạn, tim bẩm sinh tim, rối loạn chuyển hóa hay động kinh cũng không khác biệt rõ ràng.

Về triệu chứng lúc nhập viện, các biểu hiện thường gặp như sốt, thở mệt, co giật, rối loạn tri giác, ối, tiêu chảy và chuyển viện đều không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p>0,05$).

Đặc điểm	Nhóm nhiễm khuẩn huyết (n=145)	Không nhiễm khuẩn huyết (N=52)	Giá trị p
Thở máy (%)	81,4	38,5	<0,001
Oxy cannula (%)	5,5	21,2	0,001
NCPAP/HFNC (%)	12,4	32,7	0,001
SpO ₂ /FiO ₂ trung vị	245 (165–327)	323 (245–340)	0,003
PaO ₂ /FiO ₂ trung vị	300 (150–415)	425 (271–472)	<0,001
Phoenix hô hấp (trung vị)	1 (0–2)	0 (0–1)	<0,001
Phoenix tim mạch (trung vị)	1 (0–2)	0	<0,001
Phoenix đông máu (trung vị)	1 (0–1)	0	<0,001
Phoenix thần kinh (trung vị)	1 (1–1)	0 (0–1)	<0,001
Tổng điểm Phoenix (trung vị)	3 (2–5)	1 (0–1)	<0,001
GCS trung vị	8 (7–8)	15 (8–15)	<0,001
GCS ≤ 10 điểm (%)	81,4	38,4	<0,001
Tiểu cầu <100k/mm ³ (%)	15,2	0	-
INR trung vị	1,2 (1,1–1,4)	1,0 (1,0–1,2)	0,002
INR >1,3 (%)	28,2	0	-
D-dimer trung vị	175 (81–380)	77,5 (39,5–144,5)	<0,001
D-dimer >2mg/L (%)	45,2	4,2	<0,001
Tử vong	29 (20,4)	2 (3,9)	0,003

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dân số gồm 197 trẻ từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi, trong đó nam chiếm 59,9% và nữ chiếm 40,1%. Tuổi trung vị là 29 tháng (IQR 8–115), với nhóm ≥ 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%). Phần lớn bệnh nhân đến từ các tỉnh ngoài TP.HCM (78,7%). Những đặc điểm này khác biệt so với nhiều nghiên cứu trước đây trong nước, nơi trẻ dưới 5 tuổi thường

chiếm ưu thế áp đảo trong nhóm NKH hoặc sốc (chiếm > 70–80%) [2], [3].

Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK) lần lượt là 73,6% và 46,2% trong nhóm bệnh nhi nhập Khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1. Đây là những con số cao, phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh lý và tính chất bệnh nặng tại đơn vị hồi sức. Tỷ lệ tử vong 16,3%,

phù hợp với các báo cáo tại các trung tâm hồi sức nhi khoa khác trong và ngoài nước. So sánh với các nghiên cứu trong nước, tỉ lệ sốc NKH tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong giai đoạn 2016 ghi nhận 58,5% (trong tổng số các ca NKH) [3], cao hơn so với tỉ lệ sốc trong mẫu của chúng tôi (46,2%). Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mẫu và tiêu chí chọn bệnh có thể khác nhau – nghiên cứu 2016 tập trung vào các ca NKH nhập khoa hồi sức tích cực, còn chúng tôi lấy trọn mẫu tại khoa hồi sức nhi, có thể bao gồm nhiều trường hợp nặng và nhẹ khác nhau. Cần lưu ý rằng cách định nghĩa sốc (theo tiêu chuẩn nào, thời điểm đánh giá) ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ được ghi nhận. Ở nghiên cứu của chúng tôi, phân tầng theo tiêu chí Phoenix cho phép gắn kết điểm rối loạn chức năng đa cơ quan và tỷ lệ sốc, từ đó phân biệt rõ ràng giữa nhóm đã tiến triển sốc và chưa tiến triển.

Tỉ lệ tử vong và so sánh. Tỉ lệ tử vong chung trong mẫu nghiên cứu là 16,3% (31/197). Nếu phân nhóm, trong nhóm NKH, tỷ lệ tử vong là 20,4%, trong khi nhóm không NKH chỉ có 3,9% tử vong ($p = 0,003$). So với các nghiên cứu trong nước, tỉ lệ tử vong 20,4% trong nhóm NKH của chúng tôi là tương đối thấp hơn nhiều so với một số nghiên cứu trong nước trước đây. Các nghiên cứu sốc nhiễm khuẩn ở trẻ em Việt Nam cho thấy tử vong còn cao, trong nghiên cứu trên 67 trẻ NKH, tỷ lệ điều trị thành công là 82,1%, với tỷ lệ tử vong ở trẻ NKH nặng hoặc sốc gần 40% [4], [5].

Sự chênh lệch này có thể do nhiều yếu tố: mức độ can thiệp sớm, năng lực hồi sức, việc áp dụng các hướng dẫn (ví dụ chiến lược bù dịch sớm, vận mạch theo mục tiêu), chủng vi sinh và đề kháng kháng sinh, cũng như khác biệt trong loại bệnh viện (tuyến trung ương vs địa phương). Tỉ lệ tử vong thấp hơn nếu so với các nghiên cứu nặng hơn cũng có thể cho thấy rằng việc phân tầng bằng Phoenix giúp chọn ra nhóm bệnh nặng thực sự, và việc điều trị tại khoa hồi sức nhi có thể đã kịp thời hơn so với các đơn vị khác.

Khi phân tích so sánh giữa nhóm NKH và không NKH, các yếu tố như giới tính, độ tuổi, địa chỉ cư trú, tiền căn bệnh lý nền và phần lớn triệu chứng lâm sàng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy rằng các yếu tố nền tảng và triệu chứng ban đầu có thể không đủ để phân biệt rõ ràng giữa hai nhóm tại thời điểm nhập viện.

Tiêu chuẩn Phoenix. Các thông số sinh lý và phân tầng theo thang điểm Phoenix cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Các chỉ số liên quan đến hô hấp (thở máy, FiO_2 , PaO_2/FiO_2), tim mạch (lactat, số thuốc vận mạch), đông máu

(tiểu cầu, INR, D-dimer) và thần kinh (GCS, phản xạ ánh sáng) đều cho thấy nhóm NKH có tình trạng rối loạn chức năng cơ quan nặng nề hơn, với giá trị $p < 0,05$. Đặc biệt, tổng điểm Phoenix cao hơn rõ rệt ở nhóm NKH, phản ánh mức độ tổn thương đa cơ quan rõ rệt hơn và tiên lượng nặng hơn.

Những phát hiện này ủng hộ việc sử dụng thang điểm Phoenix như một công cụ hữu ích trong phân tầng mức độ nặng và đánh giá nguy cơ tử vong ở bệnh nhi nghi ngờ NKH hoặc SNK. Việc áp dụng Phoenix có thể giúp phát hiện sớm các trường hợp nguy cơ cao và đưa ra quyết định điều trị tích cực kịp thời. Kết quả này cũng được nghiên cứu và ghi nhận trong các nghiên cứu về vai trò của tiêu chuẩn Phoenix trong thời gian gần đây [6], [7], [8].

Ý nghĩa nghiên cứu: Kết quả của chúng tôi bổ sung dữ liệu về ứng dụng tiêu chí Phoenix trong phân tầng mức độ nặng và tiên lượng trong bối cảnh khoa hồi sức nhi tại Việt Nam - nơi các công cụ tiên tiến như SOFA, PELOD, v.v. ít được áp dụng thường quy. Việc xác định điểm Phoenix tương ứng với nguy cơ tử vong giúp lâm sàng có cơ sở định hướng điều trị sớm hơn cho nhóm nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn chiếm tỉ lệ cao ở nhóm bệnh nhi nhập khoa Hồi sức Nhiễm, với tỉ lệ lần lượt là 73,6% và 46,2%. Tỉ lệ tử vong toàn bộ là 16,3%, cao hơn rõ rệt ở nhóm có nhiễm khuẩn huyết. Các đặc điểm lâm sàng ban đầu không giúp phân biệt rõ ràng giữa nhóm nhiễm khuẩn huyết và không nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, các thông số sinh lý và điểm đánh giá theo tiêu chí Phoenix cho thấy sự khác biệt rõ rệt, phản ánh mức độ rối loạn chức năng đa cơ quan nặng hơn ở nhóm nhiễm khuẩn huyết và có liên quan đến tiên lượng xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, et al.** International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2024;doi: Published online January 21, 2024. doi:10.1001/jama.2024.0179
2. **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. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2011;15(1):200-088.
3. **Bùi Thanh Liêm, Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Trần Diệp Tuấn** (2019). So sánh tác nhân gây nhiễm trùng huyết qua cấy máu và PCR máu tại khoa Hồi sức tích cực- Chống độc, BV ND 1. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 23(4), tr. 76-82.
4. **Nguyễn Phước Sang, Phùng Nguyễn Thế**

- Nguyễn, Trần Diệp Tuấn.** Khảo sát đặc điểm các trường hợp bệnh nhi tử vong do sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ. 2018;13(1):121-8.
5. **Nguyễn Văn Tuy, Đặng Thị Tâm, Bùi Quang Sự, Nguyễn Đức Lương, Phạm Kiều Lộc.** Giá trị tiên đoán của thể tích trung bình tiểu cầu trong chẩn đoán và tiên lượng nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em. Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam: 2(46):11-17. <https://doi.org/10.59873/vjid.v2i46.360>
 6. **Han CH, Kim H, Park M, Kim SY, Kim JD, Sohn MH, You SC, Kim KW.** Validation of the Phoenix Criteria for Sepsis and Septic Shock in a Pediatric Intensive Care Unit. J Korean Med Sci. 2025 Mar;40(10): e106. <https://doi.org/10.3346/jkms.2025.40.e106>
 7. **Hadzhieva-Hristova A, Krumova D, Stoeva T, Georgieva R, Iotova V.** Assessment of Phoenix Sepsis Score, pSOFA, PELOD-2, and PRISM III in Pediatric Intensive Care. Children. 2025; 12(3):262. <https://doi.org/10.3390/children12030262>.
 8. **Carter, Michael J. et al.** Evaluation of Phoenix sepsis score criteria: exploratory analysis of characteristics and outcomes in an emergency transport PICU cohort from the United Kingdom, 2014–2016. Pediatr Crit Care Med. 2025;26(2): e186-e196; doi: <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003682>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÂU RÁCH CHÓP XOAY QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC

Đỗ Quang Sang¹, Nguyễn Phương Nam¹, Văn Trọng Hiếu¹,
Đinh Thanh Trường¹, Đỗ Công Bằng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rách chóp xoay là tổn thương gân phổ biến nhất đã được ghi nhận và điều trị. Phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay đã trở thành tiêu chuẩn vàng, mang lại hiệu quả điều trị cao hơn so với mổ mở. Tại Bệnh viện Đa khoa Khu Vực Thủ Đức, phẫu thuật nội soi khớp vai bắt đầu được triển khai đầu tiên vào năm 2013, trong đó phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay ngày càng nhiều. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị khâu rách chóp xoay qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Khu Vực Thủ Đức TPHCM. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu và nghiên cứu cắt ngang trên 168 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật khâu rách toàn phần bề dày gân cơ chóp xoay qua nội soi tại bệnh viện Đa khoa Khu Vực Thủ Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023. Kết quả chức năng được đánh giá bằng hệ thống thang điểm UCLA, và phân loại Sugaya. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 168 bệnh nhân, bao gồm 89 nam và 79 nữ, độ tuổi trung bình là $57,74 \pm 9,7$. Điểm UCLA trung bình trước mổ là $12,43 \pm 2,53$, sau mổ $32,17 \pm 1,98$, điểm UCLA cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,0001$. Có 22/168 bệnh nhân tỉ lệ 13,1%, được chụp MRI 1,5 Tesla sau mổ. Đánh giá mức độ lành gân theo phân loại Sugaya Tỉ lệ lành gân trong nhóm nghiên cứu khi chụp MRI ngẫu nhiên là 86,4%, trong đó tỉ lệ lành hoàn toàn độ 1 là 54,5, độ 2 là 31,8. Tỉ lệ rách lại bán phần gân sau mổ là 13,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai qua nội soi cho kết quả sau mổ tốt, cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng cũng như chức năng khớp vai của bệnh nhân.

SUMMARY

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL RESULTS AFTER ROTATOR CUFF ARTHROSCOPIC REPAIR AT THU DUC REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Background: Rotator cuff tears are the most common tendon injuries that have been recognized and treated. Over the past 30 years, arthroscopic surgery for rotator cuff tears has become the gold standard, providing higher treatment efficiency than open surgery. At Thu Duc Regional General Hospital, arthroscopic shoulder surgery was first performed in 2013, in which arthroscopic surgery for rotator cuff tears is increasingly common. **Objective:** To evaluate the functional results after rotator cuff arthroscopic repair at Thu Duc Regional General Hospital. **Materials and methods:** Prospective and cross-sectional study on 168 patients treated with arthroscopic full-thickness rotator cuff tendon repair surgery at Thu Duc Regional General Hospital from January 2020 to December 2023. Functional outcomes were assessed using the UCLA scoring system, Sugaya classification. **Results:** The study included 168 patients, including 89 men and 79 women, with an average age of 57.74 ± 9.7 years. The average preoperative UCLA score was 12.43 ± 2.53 , and 32.17 ± 1.98 , with a statistically significant improvement in the UCLA score with $p=0.0001$. 22/168 patients (13.1%) underwent 1.5 Tesla MRI after surgery. Assessment of tendon healing according to Sugaya classification The tendon healing rate in the study group when randomly MRI was 86.4%, of which the rate of complete tendon healing grade 1 was 54.5, and grade 2 was 31.8. The rate of partial tendon re-tears after surgery was 13.6%. **Conclusion:** Arthroscopic rotator cuff repair surgery gives good postoperative results, significantly improving clinical symptoms as well as shoulder function of the patient.

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Nam
Email: phuongnamdhyd06@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025
Ngày duyệt bài: 3.12.2025