

có thể đạt 39,1% [3,4]. Điều đó củng cố cách hiểu đúng bản chất: kháng sinh là chiến lược "trì hoãn hoặc tránh mổ ở một tỷ lệ người bệnh", không phải là "thay thế phẫu thuật" tuyệt đối.

CODA trial cho thấy kháng sinh không kém phẫu thuật về chất lượng sống ngắn hạn, nhưng gần 3/10 người bệnh nhóm kháng sinh đã phải cắt ruột thừa trong 90 ngày theo dõi; đặc biệt, nhóm có sỏi phân có nguy cơ phải cắt ruột thừa và biến chứng cao hơn [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sỏi phân không được xem là chống chỉ định và cũng không cho thấy khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tái phát và không tái phát. Dù vậy, kết quả này cần diễn giải thận trọng vì tỷ lệ sỏi phân trong mẫu thấp (9,1%) và số biến cố tái phát hạn chế, làm giảm lực thống kê. Thực hành hợp lý là không "tự động loại trừ" mọi trường hợp có sỏi phân khỏi điều trị nội khoa, nhưng cũng không được xem nhẹ tín hiệu nguy cơ tử các thử nghiệm lớn; nhóm này cần được tư vấn kỹ hơn về nguy cơ thất bại và/hoặc tái phát, đồng thời cần kế hoạch chuyển mổ rõ ràng nếu diễn tiến bất lợi.

Phân tích yếu tố liên quan cho thấy giới tính nam liên quan có ý nghĩa với tái phát ($p=0,013$). Đây là phát hiện có giá trị gợi ý trong tư vấn nguy cơ, nhưng chưa thể kết luận là yếu tố tiên đoán độc lập vì nghiên cứu chưa thực hiện mô hình đa biến (Cox regression) và số biến cố tái phát còn hạn chế. Các yếu tố khác như thời gian đau, bạch cầu, NEU%, đường kính ruột thừa và sỏi phân không khác biệt có ý nghĩa trong so sánh hai nhóm. Điều này phản ánh tính không đồng nhất của VRTC không biến chứng, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu nghiên cứu tiền cứu, cỡ mẫu lớn hơn để xây dựng mô hình phân tầng nguy cơ có giá trị ứng dụng.

Một điểm cần nhìn nhận thẳng thắn là: dù tiêu chuẩn CT đã loại trừ dấu hiệu biến chứng, vẫn có 10 trường hợp thất bại phải phẫu thuật trong đợt nằm viện và đa số có hình ảnh viêm mù/hoại tử. Điều này có thể phản ánh sai phân loại do giới hạn của CT, hoặc tiến triển bệnh trong quá trình theo dõi. Nghiên cứu của Lietzen và cộng sự cho thấy CT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhưng không tuyệt đối, vẫn có dương tính giả khoảng 1,3% [6]. Vì vậy, chiến lược nội khoa chỉ an toàn khi đi kèm theo dõi động học và tiêu chuẩn chuyển mổ nghiêm ngặt. Việc quy định theo dõi nội trú tối thiểu 48 giờ trong nghiên cứu là một "điểm gác an toàn" quan trọng.

Các phân tích gộp gần đây tiếp tục củng cố bức tranh tổng thể: kháng sinh có thể giúp tránh phẫu thuật ở một tỷ lệ người bệnh, nhưng kèm

nguy cơ thất bại/can thiệp phẫu thuật trong theo dõi và tái nhập viện cao hơn so với phẫu thuật. Meta-analysis của Herrod và cộng sự (BJS Open 2022) và Xu và cộng sự (BMC Surg 2023) đều cho thấy điều trị kháng sinh có tỷ lệ thất bại cũng như can thiệp phẫu thuật trong thời gian theo dõi cao hơn, dù có thể giảm một số biến chứng phẫu thuật ở nhóm không cần mổ [5,7]. APPAC II với phân tích kết cục 3 năm cũng cho thấy lựa chọn kháng sinh (đặc biệt đường uống) là hướng đi tiềm năng nhưng vẫn còn tranh luận về tiêu chí không kém hơn và tỷ lệ phải mổ trong theo dõi [8]. Trong bối cảnh đó, số liệu từ Bệnh viện Trưng Vương bổ sung bằng chứng thực hành tại Việt Nam rằng quỹ đạo tái phát tăng dần theo thời gian và phải được đưa vào quyết định điều trị ngay từ đầu.

Nghiên cứu có hạn chế cần nêu rõ: thiết kế hồi cứu làm tăng nguy cơ sai lệch chọn mẫu và thông tin; có 48 trường hợp mất dấu sau điều trị thành công ban đầu, có thể làm đánh giá thấp tỷ lệ tái phát; xác nhận tái phát đã siết bằng giấy ra viên/phẫu thuật hoặc CT, nhưng vẫn có khả năng bỏ sót tái phát điều trị nơi khác; và chưa thực hiện Cox đa biến nên chưa kiểm soát nhiễu và chưa xác định yếu tố tiên đoán độc lập.

Thông điệp thực hành nên được chốt rõ: điều trị kháng sinh cho VRTC không biến chứng chỉ hợp lý khi cơ sở có CT tin cậy, theo dõi nội trú đủ dài để "bắt" thất bại sớm, và có tiêu chuẩn chuyển mổ nhất quán. Nếu dùng kháng sinh như một cách "né mổ" mà thiếu kỷ luật chẩn đoán và theo dõi, rủi ro sẽ chuyển từ phẫu thuật sang biến chứng muộn – điều đó không thể chấp nhận về mặt an toàn.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa bằng kháng sinh có thể là một lựa chọn phù hợp ở người bệnh VRTC không biến chứng được chọn lọc tại cơ sở có chẩn đoán CT chắc chắn và quy trình theo dõi chặt chẽ, với khả năng chuyển phẫu thuật kịp thời khi thất bại.

Tuy nhiên, nguy cơ tái phát tích lũy theo thời gian là thực tế cần được tư vấn rõ ràng và đặt đúng vị trí trong quyết định điều trị chung. Các nghiên cứu tiền cứu với theo dõi chuẩn hóa và phân tích đa biến là cần thiết để xây dựng mô hình phân tầng nguy cơ tái phát/thất bại và tối ưu hóa chỉ định điều trị nội khoa.

TUYÊN BỐ VỀ XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3.
2. CODA Collaborative. A randomized trial comparing antibiotics with appendectomy for appendicitis. *N Engl J Med.* 2020;383(20):1907-1919. doi:10.1056/NEJMoa2014320.
3. Salminen P, Paajanen H, Rautio T, Nordström P, Aarnio M, Rantanen T, et al. Antibiotic therapy vs appendectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: the APPAC randomized clinical trial. *JAMA.* 2015;313(23):2340-2348. doi:10.1001/jama.2015.6154.
4. Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, Rautio T, Nordström P, Aarnio M, et al. Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;320(12):1259-1265. doi:10.1001/jama.2018.13201.
5. Herrod PJJ, Kwok AT, Lobo DN. Randomized clinical trials comparing antibiotic therapy with appendectomy for uncomplicated acute appendicitis: meta-analysis. *BJS Open.* 2022;6(4):zrac100. doi:10.1093/bjsopen/zrac100.
6. Lietzén E, Salminen P, Rinta-Kiikka I, Paajanen H, Rautio T, Nordström P, et al. The accuracy of the computed tomography diagnosis of acute appendicitis: does the experience of the radiologist matter? *Scand J Surg.* 2018;107(1):43-47. doi:10.1177/1457496917731189.
7. Xu H, Yang S, Xing J, Wang Y, Sun W, Rong L, et al. Comparison of the efficacy and safety of antibiotic treatment and appendectomy for acute uncomplicated appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg.* 2023;23(1):208. doi:10.1186/s12893-023-02108-1.
8. Selänne L, Haijanen J, Sippola S, Hurme S, Rautio T, Nordström P, et al. Three-year outcomes of oral antibiotics vs intravenous and oral antibiotics for uncomplicated acute appendicitis: a secondary analysis of the APPAC II randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2024;159(7):727-735. doi:10.1001/jamasurg.2023.5947.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHIỄM KHUẨN SƠ SINH SỚM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIME CITY

Mai Kiều Anh¹, Đào Thị Ngoan¹, Hoàng Quỳnh Lan¹, Đặng Thu Thủy¹, Ngô Văn Dân¹, Dương Thị Dung¹, Đàm Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thúy Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 124 trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Biểu hiện lâm sàng phổ biến của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là khó thở (phập phồng cánh mũi, thở rên, rút lõm lồng ngực) và thay đổi thân nhiệt. Chẩn đoán nhập viện hay gặp nhất là suy hô hấp (41,1%) và vàng da (10,5%). Bạch cầu máu tăng trên 20 G/l gặp trong 41,9% bệnh nhân; CRP \geq 10 mg/dl và tăng Procalcitonin gặp trong 22,6% và 44,4% tương ứng. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp (1,6%). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm biểu hiện lâm sàng chủ yếu là các triệu chứng của suy hô hấp và biến đổi về thân nhiệt, trong đó suy hô hấp là chẩn đoán nhập viện

thường gặp nhất. Về cận lâm sàng, tỷ lệ tăng bạch cầu máu và tăng các dấu ấn viêm như CRP và Procalcitonin tương đối cao, tuy nhiên tỷ lệ cấy máu dương tính còn khá thấp. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS CHARACTERISTICS OF EARLY-ONSET NEONATAL SEPSIS AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL

Objectives: This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics of early-onset neonatal sepsis at Vinmec Times City International General Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 124 neonates diagnosed with early-onset neonatal sepsis admitted to the Neonatal Department of Vinmec Times City International General Hospital from January 2023 to December 2023. **Results:** The most common clinical manifestations of early-onset neonatal sepsis were respiratory distress, including nasal flaring, grunting, and chest retractions, as well as abnormalities in body temperature. The most frequent admission diagnoses were respiratory failure (41.1%) and jaundice (10.5%). Leukocytosis with a white blood cell count exceeding 20 G/L was observed in 41.9% of

¹Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City
 Chịu trách nhiệm chính: Mai Kiều Anh
 Email: maikieuanh76@gmail.com
 Ngày nhận bài: 9.1.2026
 Ngày phản biện khoa học: 13.2.2026
 Ngày duyệt bài: 5.3.2026

patients. Elevated inflammatory markers, including C-reactive protein (CRP) ≥ 10 mg/dL and increased procalcitonin levels, were found in 22.6% and 44.4% of cases, respectively. The rate of positive blood cultures was low, accounting for only 1.6%.

Conclusion: Early-onset neonatal sepsis predominantly presents with clinical signs of respiratory distress and abnormal body temperature, with respiratory distress being the most common reason for hospital admission. Regarding paraclinical findings, elevated white blood cell counts and increased inflammatory markers such as CRP and procalcitonin were relatively common; however, the rate of positive blood cultures remained low.

Keywords: Early-onset neonatal sepsis, clinical characteristics, Laboratory Findings

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm (NKSSS) là tình trạng nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh xuất hiện trong vòng 72 giờ đầu sau sinh, thường có nguồn gốc lây truyền từ mẹ qua đường ối, máu, hoặc trong quá trình chuyển dạ. Đây là thể bệnh nguy hiểm, tiến triển nhanh, dễ dẫn đến các biến chứng nặng như sốc nhiễm trùng, suy hô hấp, viêm màng não, rối loạn đông máu và tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời^{1,2}.

Một trong những biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh bị NKSSS là **suy hô hấp**, chiếm tỷ lệ cao trong các trường hợp nhiễm khuẩn nặng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh nói chung và suy hô hấp nói riêng ở trẻ sơ sinh thường không đặc hiệu, dễ bị nhầm lẫn với các rối loạn chuyển hóa, bệnh lý hô hấp không do nhiễm trùng (như bệnh màng trong, loạn sản phế nang), hoặc rối loạn thích nghi sau sinh. Vì vậy, việc nhận diện sớm các đặc điểm giúp phân biệt giữa nhóm trẻ có suy hô hấp và không suy hô hấp trong bối cảnh nhiễm khuẩn sớm là rất cần thiết.

Hiện nay, mặc dù nhiều nghiên cứu đã đề cập đến yếu tố nguy cơ và biểu hiện của NKSSS, nhưng **các nghiên cứu phân tích so sánh cụ thể giữa nhóm có và không có suy hô hấp trong nhiễm khuẩn sơ sinh sớm vẫn còn hạn chế**, đặc biệt tại Việt Nam. Trong khi đó, việc phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo nguy cơ suy hô hấp không chỉ giúp định hướng điều trị hỗ trợ hô hấp kịp thời (thở oxy, CPAP, thở máy...), mà còn giúp tiên lượng nặng, chỉ định chuyển tuyến sớm, và đánh giá nhu cầu theo dõi tích cực sau giai đoạn cấp.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn sớm, giúp góp phần xác định hướng xử trí, tiên lượng và tối ưu hóa theo dõi bệnh nhân sơ sinh trong giai đoạn đầu sau sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 124 trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh dưới 72 giờ tuổi được sinh ra tại bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm: Trẻ sinh tại Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City có bất cứ dấu hiệu lâm sàng nào gợi ý nhiễm khuẩn sơ sinh sớm theo tiêu chuẩn NICE năm 2021³.

- Các triệu chứng lâm sàng gợi ý gồm 5 triệu chứng cờ đỏ (ngưng thở, co giật, cần hồi sức tim phổi, thở máy, sốc) và các triệu chứng khác: thay đổi hành vi hoặc không phản ứng; thay đổi trương lực cơ; bỏ bú; kém dung nạp thức ăn; rối loạn tần số tim (nhịp tim chậm hoặc nhanh), các dấu hiệu của suy hô hấp (bao gồm thở rên, co kéo, thở nhanh); giảm oxy máu; tăng áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh; vàng da trong 24 giờ sau sinh; các dấu hiệu của bệnh não sơ sinh; rối loạn thân nhiệt; chảy máu nhiều không rõ nguyên nhân, giảm tiểu cầu hoặc rối loạn đông máu; hạ hoặc tăng đường huyết; toan chuyển hóa.

- Cận lâm sàng ≥ 1 kết quả sau: bạch cầu ≥ 25 G/l hoặc bạch cầu ≤ 5 G/l, tiểu cầu < 150 G/l, CRP > 10 mg/l, cấy máu dương tính, cấy dịch não tủy dương tính, xét nghiệm sinh hóa và tế bào dịch não tủy khả năng do vi khuẩn.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi nhóm nghiên cứu

- Di tật bẩm sinh lớn, rối loạn chuyển hoá xác định

- Không khai thác được các thông tin tiền sử cần thiết hoặc không được cấy máu.

- Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ 01 tháng 01 năm 2023 đến 31 tháng 12 năm 2023

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

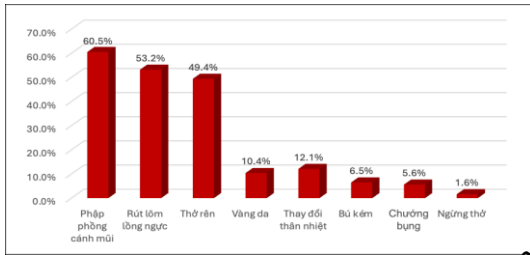
Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện, tất cả các ca bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Xử lý dữ liệu: Dữ liệu được mã hóa, làm sạch và xử lý bằng phần mềm STATA 17.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không vi phạm quy trình chẩn đoán và điều trị chuẩn cho người bệnh và đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y - sinh học Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City.

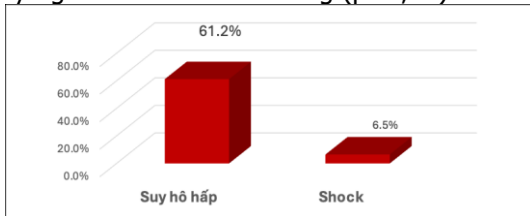
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm



Hình 3.1. Triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng sơ sinh sớm

Nhận xét: Các triệu chứng như vàng da, cơn ngừng thở, phập phồng cánh mũi, thở rên và rút lõm lồng ngực trong nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$).



Hình 3.2. Các biến chứng về hô hấp - tuần hoàn

Nhận xét: Nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có tỷ lệ ghi nhận suy hô hấp là 61,2% và tỷ lệ ghi nhận sốc là 6,5%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm

Bảng 3.1. Đặc điểm xét nghiệm tổng phân tích máu ngoại vi

| Thông số | | Lần 1 | Lần 2 | p |
|-------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Bạch cầu G/l | Trung bình | 21,8 ± 17,9 | 14,2 ± 14,9 | 0,005 |
| | < 20 G/l | 72 (58,1) | 118 (95,2) | |
| | ≥ 20 G/l | 52 (41,9) | 6 (4,8) | |
| Bạch cầu đa nhân trung tính % | | 71,5 ± 61,3 | 55,1 ± 41,5 | 0,01 |
| Bạch cầu lympho G/l | | 43,3 ± 178,1 | 35,5 ± 30,3 | 0,61 |
| Huyết sắc tố g/l | Trung bình | 161,8 ± 24,9 | 155,1 ± 21,2 | 0,46 |
| | <110 | 5 (4,0) | 2 (1,6) | |
| | ≥110 | 119 (96,0) | 122 (98,4) | |
| Tiểu cầu G/l | Trung bình | 270,9 ± 68,9 | 293,8 ± 73,6 | 0,53 |
| | ≥ 150 | 122 (98,4) | 124 (100) | |
| | <150 | 2 (1,6) | 0 (0) | |

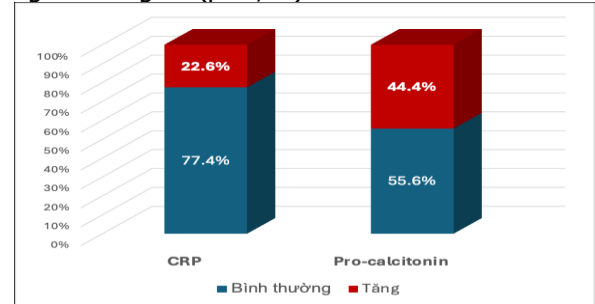
Nhận xét: 41,9% bệnh nhân tại thời điểm nhập viện có tăng bạch cầu máu ngoại vi trên 20

G/l. Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính giảm dần trong quá trình theo dõi.

Bảng 3.2. Đặc điểm xét nghiệm CRP và Procalcitonin

| Thông số | Lần 1 | Lần 2 | p |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Trung vị, tứ phân vị CRP (mg/dl) | 4 (0,5 - 8) | 2,6 (1,2 - 5,5) | 0,3 |
| Procalcitonin (ng/pl) | 3,1 (0,7 - 7,7) | 0,4 (0,2 - 0,9) | 0,005 |

Nhận xét: Trung vị CRP và Procalcitonin khi nhập viện lần lượt là 2 mg/dl và 3,1 ng/pl. CRP và Procalcitonin đều có xu hướng giảm đi trong quá trình điều trị, chỉ Procalcitonin giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Hình 3.3. So sánh độ nhạy của CRP và Procalcitonin khi nhập viện

Nhận xét: Khi nhập viện tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng trên 10 mg/dl và Procalcitonin tăng trên 0,5 ng/pl tương ứng là 22,6% và 44,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Đặc điểm các xét nghiệm sinh hóa khác

| Thông số | Lần 1 N (%) | Lần 2 N (%) |
|----------------------------|-------------|-------------|
| Giảm Albumin máu < 30 g/l | 1 (0,8) | 0 |
| Rối loạn đông máu | 4 (3,2) | 0 |
| Toan chuyển hóa | 30 (24,2) | 0 |
| Tăng lactat máu > 2 mmol/l | 49 (39,5) | 1 (0,8) |

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ghi nhận có tăng lactat máu trên 2 mmol/l và toan chuyển hóa đạt mức cao (39,5% và 24,2%). Không bệnh nhân nào ghi nhận men gan bất thường hoặc suy thận. Các bất thường sinh hóa tất cả trở về bình thường trong quá trình theo dõi.

Bảng 3.4. Đặc điểm xét nghiệm cấy máu và xét nghiệm cấy các dịch khác

| Xét nghiệm | Dương tính N (%) | Âm tính N (%) |
|-----------------------|---------------------|------------------|
| Cấy máu | 2 (1,6) | 122 (98,4) |
| Cấy dịch nội khí quản | 0 (0) | 9 (100) |
| Cấy dịch não tủy | 0 (0) | 6 (100) |
| Cấy nước tiểu | 0 (0) | 8 (100) |

Nhận xét: Trong tổng số 124 mẫu cấy máu được thực hiện, có 2 trường hợp kết quả cấy máu dương tính. Tác nhân phân lập được là GBS.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm trong 72 giờ đầu sau sinh là **các dấu hiệu suy hô hấp** như phập phồng cánh mũi (60,5%), rút lõm lồng ngực (53,2%) và thở rên (49,4%). Các triệu chứng toàn thân và tiêu hóa gặp với tỷ lệ thấp hơn như thay đổi thân nhiệt (12,1%), vàng da (10,4%), bú kém (6,5%) và chướng bụng (5,6%). Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn là 6,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước cho thấy suy hô hấp là biểu hiện lâm sàng sớm và nổi bật nhất của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm⁴. Tuy nhiên, so với một số nghiên cứu trong nước, tỷ lệ các biểu hiện thần kinh, tiêu hóa và sốc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, với đa số bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ đến trung bình, ít trường hợp suy đa cơ quan và tỷ lệ nhập khoa sơ sinh thấp hơn. Thay đổi thân nhiệt trong nghiên cứu gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu là sốt, có thể do tỷ lệ trẻ sinh non chủ yếu là sinh non muộn, nhóm có khả năng điều hòa thân nhiệt tốt hơn so với trẻ sinh non sớm⁵. Nhìn chung, biểu hiện lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm đa dạng và không đặc hiệu, do đó cần phối hợp đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Bạch cầu tăng trên 20 G/l được ghi nhận ở 41,9% bệnh nhân, trong khi không ghi nhận trường hợp nào giảm bạch cầu. Kết quả này phản ánh đặc điểm bệnh nhân chủ yếu tăng ở mức độ nhẹ đến trung bình, bởi giảm bạch cầu thường liên quan đến nhiễm khuẩn nặng và tiên lượng xấu. Sau điều trị, số lượng bạch cầu có xu hướng giảm, phù hợp với diễn biến lâm sàng. Tỷ lệ thiếu máu (5%) và giảm tiểu cầu (1,6%) trong nghiên cứu thấp hơn so với nhiều báo cáo khác, cho thấy các biến chứng huyết học nặng ít gặp

trong nhóm bệnh nhân này⁶. CRP tăng tại thời điểm nhập viện chỉ ghi nhận ở 22,6% trường hợp, thấp hơn so với nhiều nghiên cứu, phù hợp với nhận định rằng CRP có giá trị hạn chế trong chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Tuy nhiên, CRP tăng có liên quan đến mức độ nặng của bệnh, thể hiện qua mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sốc và suy hô hấp. Procalcitonin tăng theo ngưỡng tuổi ghi nhận ở 44,4% bệnh nhân, cao hơn đáng kể so với CRP, cho thấy giá trị chẩn đoán tốt hơn trong nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải Procalcitonin trong 72 giờ đầu sau sinh do ảnh hưởng của sự tăng sinh lý và các yếu tố không nhiễm trùng. Tỷ lệ toan chuyển hóa (24,2%) và rối loạn đông máu (3,2%) thấp hơn so với các nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân nặng⁷. Cấy máu dương tính chỉ ghi nhận ở 1,6% trường hợp, cho thấy hạn chế của cấy máu trong chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm do tỷ lệ âm tính cao và thời gian trả kết quả muộn⁸. Do đó, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm kết hợp đánh giá giá trị sớm là chiến lược phù hợp trong thực hành lâm sàng. Hai trường hợp cấy máu dương tính đều phân lập được liên cầu nhóm B, phù hợp với các báo cáo cho thấy liên cầu B và *E. coli* là các tác nhân thường gặp gây nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Sự khác biệt về phổ vi khuẩn giữa các nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của dịch tễ học tại từng cơ sở trong định hướng điều trị kháng sinh ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó các dấu hiệu suy hô hấp là triệu chứng thường gặp nhất trong 72 giờ đầu sau sinh. Các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy như bạch cầu và CRP có giá trị hỗ trợ nhưng hạn chế trong chẩn đoán sớm, trong khi CRP và procalcitonin tăng cao có xu hướng liên quan đến mức độ bệnh nặng hơn song không đủ để loại trừ hoặc khẳng định chẩn đoán khi chỉ làm đơn lẻ. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp cho thấy chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm cần dựa chủ yếu vào đánh giá lâm sàng và theo dõi diễn biến, kết hợp điều trị kháng sinh sớm theo kinh nghiệm và đánh giá lại kịp thời nhằm tối ưu hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, et al. Prevalence of early-onset neonatal infection among newborns of mothers with bacterial infection or colonization: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* Mar 7 2015;15:118.