

3. Richman D.M., Benson C.B., Doubilet P.M., et al. (2018). Thyroid Nodules in Pediatric Patients: Sonographic Characteristics and Likelihood of Cancer. *Radiology*, **288**(2), 591-599.
4. Hanba C., Svider P.F., Siegel B., et al. (2017). Pediatric Thyroidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*, **156**(2), 360-367.
5. Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P., et al. (2018). Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surgery*, **153**(1), 21-27.
6. Cohen O., Tufano R.P., Anuwong A., et al. (2022). Trans-oral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for the pediatric population: a multicenter, large case series. *Surg Endosc*, **36**(4), 2507-2513.
7. Ngo D.Q., Le D.T., Ngo Q.X., et al. (2023). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach as a novel technique for pediatric populations: Results from a single surgeon. *Front Endocrinol (Lausanne)*, **14**, 1177633.
8. Liên Đ.T., Hậu N.X., and Hiền N.X. (2025). 39. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng điều trị u tuyến giáp ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *TCNCYH*, **194**(9), 390-400.
9. Hậu N.X., Hiền N.X., Liên Đ.T., et al. (2025). ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRẺ EM UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI. *VMJ*, **552**(1).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2023-2024

Triệu Ngọc Thảo¹, Đinh Văn Thức¹,
Lê Thị Huyền Trang¹, Đoàn Thị Mai Thanh², Ngô Anh Vinh^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 59 trường hợp được chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn huyết từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ. 71,1% trường hợp < 12 tháng tuổi và 74,6% trường hợp mắc bệnh < 7 ngày. Tiêu điểm nhiễm khuẩn thường gặp là hô hấp (33,9%), da/mô mềm (27,1%) và tiêu hoá (23,7%). Cận lâm sàng: 37,3% trường hợp thiếu máu; 17% trường hợp giảm tiểu cầu; số lượng bạch cầu trung bình là $15,92 \pm 7,82 \times 10^9/L$; 39% trường hợp giảm PT; 56,3% tăng D-dimer; 81,3% tăng fibrinogen; 94,9% tăng CRP; 98,3% tăng procalcitonin; 66,1% tăng lactate $\geq 2 \text{ mmol/L}$. Vi khuẩn Gram âm chiếm đa số (54,2%). Các vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn huyết là *Staphylococcus aureus* (33,9%) và *Escherichia coli* (20,2%). **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết đa dạng và không

đặc hiệu. Tiêu điểm nhiễm khuẩn thường gặp là hô hấp, da/mô mềm và tiêu hoá. Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* và *Escherichia coli*.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, nhiễm khuẩn huyết, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SEPSIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe some clinical and paraclinical characteristics of sepsis at Hai Phong Children's Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 59 cases diagnosed and treated for sepsis from August 2023 to July 2024 at Hai Phong Children's Hospital. **Results:** The proportion of boys was higher than girls. 71.1% of cases were < 12 months old and 74.6% of cases had < 7 days of illness. Common primary sites of infection were respiratory (33.9%), skin/soft tissue (27.1%), and digestive (23.7%). Paraclinical findings: 37.3% of cases had anemia; 17% had thrombocytopenia; mean white blood cell count was $15.92 \pm 7.82 \times 10^9/L$; 39% had decreased PT; 56.3% had elevated D-dimer; 81.3% had elevated fibrinogen; 94.9% had elevated CRP; 98.3% had elevated procalcitonin; 66.1% had lactate $\geq 2 \text{ mmol/L}$. Gram-negative bacteria accounted for the majority (54.2%). The most common bacteria

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: rngovinh@gmail.com

Mã bài: N579

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2026

Ngày duyệt bài: 15.4.2026

causing sepsis were *Staphylococcus aureus* (33.9%) and *Escherichia coli* (20.2%). **Conclusion:** The clinical manifestations of sepsis are diverse and nonspecific. Common sites of infection are respiratory, skin/soft tissue, and digestive systems. The most frequent pathogens causing sepsis are *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli*.

Keywords: *clinical, paraclinical, sepsis, children.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân xảy ra do sự xâm nhập của vi khuẩn và độc tố vào máu. Nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới [1]. Đây là bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính, do vi khuẩn lưu hành trong máu gây rối loạn chức năng cơ quan, đe dọa tính mạng. Trong năm 2017, ước tính trên thế giới có khoảng 20 triệu trẻ em mắc bệnh và hơn 2,9 triệu ca tử vong là trẻ dưới 5 tuổi [2].

Bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết rất đa dạng và phức tạp. Bệnh có thể diễn tiến nhanh và gây ra nhiều biến chứng nặng như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời [3]. Hiện nay, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết là dựa vào xét nghiệm cấy máu phân lập được vi khuẩn [4]. Tuy nhiên, trên thực tế, tỷ lệ dương tính của cấy máu ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết thường thấp và không cho kết quả sớm. Điều này khiến việc chẩn đoán dễ bị bỏ sót, dẫn đến điều trị chậm trễ và tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng. Vì vậy, nhận biết sớm các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán kịp thời và điều trị hiệu quả cho bệnh nhân. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng giai đoạn 2023-2024.”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Tuổi < 16 tuổi.

+ Có biểu hiện lâm sàng của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS), với ít nhất 2 trong 4 tiêu chí sau: sốt cao hoặc hạ thân nhiệt, nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh, số lượng bạch cầu ngoại vi >12.000 tế bào/mm³ hoặc <4.000 tế bào/mm³ [4].

+ Có kết quả cấy máu mọc vi khuẩn (ít nhất một lần).

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các trường hợp có thông tin bệnh án không đầy đủ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ ngày 01/08/2023 đến ngày 31/07/2024 tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện với các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã lựa chọn được 59 bệnh nhân.

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập từ bệnh án theo mẫu nghiên cứu thiết kế sẵn và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 (IBM). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ%.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Tất cả thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm chung		n = 59	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<12 tháng	42	71,1
	1- < 5 tuổi	10	17,0
	5 - < 16 tuổi	7	11,9
Giới	Nam	31	52,5
	Nữ	28	47,5
Thời gian mắc bệnh	< 7 ngày	44	74,6
	7 - 14 ngày	9	15,2
	> 14 ngày	6	10,2

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,1/1. 71,1% trẻ NKH < 12 tháng tuổi và 74,6% trẻ nhập viện dưới 7 ngày.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết

Bảng 2. Các ổ nhiễm khuẩn tiên phát

Bệnh lý nhiễm khuẩn	(n=59)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	20	33,9
Da/ mô mềm	16	27,1
Tiêu hoá	14	23,7
Xương khớp	3	5,1
Thận/ tiết niệu	2	3,4
Không rõ đường vào	4	6,8

Nhận xét: Tiêu điểm nhiễm khuẩn thường gặp là hô hấp (33,9%), da/mô mềm. (27,1%) và tiêu hoá (23,7%).

Bảng 3. Đặc điểm thân nhiệt của bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết

Biểu hiện		n=59	Tỷ lệ (%)
Thân nhiệt	Hạ thân nhiệt	1	1,7
	Sốt nhẹ và vừa	24	40,7
	Sốt cao	34	57,6
Tính chất sốt	Sốt nóng	32	55,2
	Có cơn rét run	26	44,8

Nhận xét: Tỷ lệ sốt cao là 57,6% và 1 trẻ hạ thân nhiệt và 44,8% trẻ sốt rét run.

3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Một số chỉ số xét nghiệm trong nhiễm khuẩn huyết

Các chỉ số		n=59	Tỷ lệ (%)
Hemoglobin giảm		22	37,3
Số lượng tiểu cầu giảm		10	17,0
CRP định lượng ≥ 10 mg/l		56	94,9
Pro-calcitonin $\geq 0,05$ ng/ml		58	98,3
Tăng Lactate ≥ 2 mmol/L		39	66,1
Số lượng bạch cầu	Tăng	34	57,6
	Bình thường	20	33,9
	Giảm	5	8,5
	Trung bình ($\pm$ SD)	15,92 $\pm$ 7,82 G/l	
Định lượng fibrinogen	> 2 g/l	48	81,3
	1-2 g/l	8	13,6
	< 1 g/l	3	5,1
Tỷ lệ Prothrombin	Bình thường	36	61,0
	Giảm	23	39,0
Thời gian aPTT	Kéo dài	14	23,7
	Bình thường	45	76,3
D-dimer	> 500 μ g/L	27	56,3
	≤ 500 μ g/L	21	43,7

Nhận xét: Có 37,3% trẻ thiếu máu và 17% trẻ có giảm tiểu cầu. Số lượng bạch cầu trung bình là 15,92 $\pm$ 7,82 G/l. Có 39% trường hợp giảm PT. D-dimer tăng chiếm 56,3%. Fibrinogen tăng chiếm 81,3% và 23,7% trường hợp aPTT kéo dài. 94,9% trường hợp tăng CRP; 98,3% trường hợp tăng Pro-calcitonin; 66,1% tăng lactate ≥ 2 mmol/L.

Bảng 5. Phân bố định danh vi khuẩn

Vi khuẩn		n=59	Tỷ lệ (%)
Gram dương (n=27)	<i>Staphylococcus aureus</i>	20	33,9
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	8,5
	<i>Streptococcus viridans</i>	1	1,7
	<i>Streptococcus agalactiae</i>	1	1,7
Gram âm (n=32)	<i>Escherichia coli</i>	12	20,2
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8	13,6
	<i>Haemophilus influenzae</i>	7	11,9
	<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	3,4
	<i>Acinobacter baumani</i>	2	3,4
	<i>Leclercia adedecarboxylata</i>	1	1,7

Nhận xét: Gram âm chiếm đa số (54,2%). Các vi khuẩn hay gây NKH là *S. aureus* (33,9%) và *E. coli* (20,2%). NKH do các VK khác ít gặp hơn.

Bảng 6. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của *S. aureus* và *E. coli*

	<i>S. aureus</i> (n=20)			<i>E. coli</i> (n=12)		
	Nhạy cảm	Trung gian	Kháng	Nhạy cảm	Trung gian	Kháng
Vancomycin	20(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	-	-	-
Ciprofloxacin	17 (85,0)	1(5,0)	2(10,0)	10(83,3)	2(16,7)	0(0,0)
Levofloxacin	18(90,0)	1(5,0)	1(5,0)	7(58,3)	3(25,0)	2(16,7)
Amikacin	17 (85,0)	2(10,0)	1(5,0)	12(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Erythromycin	2(10,0)	0(0,0)	18(90,0)	-	-	-
Pennicilin	0(0,0)	0(0,0)	20(100,0)	-	-	-
Meronem	5(25,0)	3(15,0)	12(60,0)	12(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Imipenem	5(25,0)	2(10,0)	13(65,0)	12(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Meropenem	5(25,0)	3(15,0)	12(60,0)	12(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
Co-trimoxazole	-	-	-	2(16,7)	0(0,0)	10(83,3)

Nhận xét: *S. aureus* có MRSA (+) là 15/20 mẫu; nhạy cảm cao với các kháng sinh vancomycin, ciprofloxacin, levofloxacin, amikacin. *E. coli* nhạy cảm 100% với các kháng sinh meropenem, imipenem, meropenem, amikacin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu, chúng tôi xác định tiêu điểm nhiễm khuẩn hay ổ nhiễm khuẩn tiên phát là cơ quan/vị trí mà vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể đầu tiên, sau đó lan vào máu gây nhiễm khuẩn huyết. Kết quả nghiên cứu cho thấy, các ổ nhiễm nhiễm khuẩn tiên phát thường gặp là đường hô hấp (33,9%), da/mô mềm (27,1%) và tiêu hóa (23,7%). Ngoài ra, có 5,1% các nhiễm khuẩn từ xương khớp, 3,4% từ thận - tiết niệu và 4 trẻ không xác định được tiêu điểm nhiễm khuẩn (chiếm 6,8%) (Bảng 2). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Santana M cũng cho thấy đường vào của nhiễm khuẩn huyết thường gặp là hô hấp (43,7%), tiêu hóa (17,3%) và da/mô mềm (13%) [3]. Việc phát hiện ổ nhiễm khuẩn tiên phát là rất cần thiết, không chỉ giúp định hướng chẩn đoán bệnh mà còn giúp lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nhiễm khuẩn huyết, giảm số lượng tiểu cầu thường do tăng quá trình phá hủy tiểu cầu. Rối loạn đông - cầm máu càng nặng thì tiểu cầu bị tiêu thụ càng nhiều. Ở giai đoạn sớm, số lượng tiểu cầu có thể chưa giảm nhờ cơ chế bù trừ từ tủy xương, nhưng sau đó tủy bị ức chế dẫn đến giảm tiểu cầu. Giảm tiểu cầu ảnh hưởng đến hệ thống đông - cầm máu, tăng nguy cơ xuất huyết và biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 17% trẻ có số lượng tiểu cầu <150 G/L (Bảng 4). Nhiều nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân NKH dao động từ 29,8% đến 40% [4], [5].

Nghiên cứu cũng ghi nhận có 57,6% trẻ có số lượng bạch cầu tăng >20 G/L và 8,5% giảm bạch cầu <4 G/L. Giá trị trung bình của bạch cầu là $15,92 \pm 7,82$ G/L (Bảng 4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Thanh Hiếu và cộng sự (49,4%) [5], Nguyễn Thị Duyên và cộng sự ($15,8 \pm 10,0$ G/L) [6], và Nguyễn Thị Hà ($15,6 \pm 6,9$ G/L) [7]. Bạch cầu là thành phần chủ yếu của đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu, có vai trò quan trọng trong chống lại nhiễm khuẩn.

Nghiên cứu cũng cho thấy 94,9% trẻ nhiễm khuẩn huyết có tăng nồng độ CRP >10 mg/L, trong đó 26/56 trẻ có CRP >100 mg/L (Bảng 4). Theo Victor D và cộng sự, độ nhạy và độ đặc hiệu của CRP trong chẩn đoán NKH lần lượt là 65-80% và 40-92% [8]. Ngoài ra, Castagno và cộng sự cho rằng Procalcitonin là dấu ấn sinh học có giá trị tiên lượng sớm và chính xác trong chẩn đoán nhiễm trùng huyết ở trẻ em. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng Procalcitonin chiếm 98,3% [9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 66,1% trẻ có nồng độ lactate máu ≥ 2 mmol/L (Bảng 4). Nghiên cứu của Hà Thanh Hiếu cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự, với 68,7% trẻ có lactate $\geq 2,2$ mmol/L [5]. Tăng lactate máu phản ánh tình trạng giảm tưới máu mô và là chỉ số hữu ích trong theo dõi điều trị sốc.

Về căn nguyên vi sinh, vi khuẩn Gram âm chiếm 54,2%, Gram dương chiếm 45,8%. Trong tổng số 10 chủng vi khuẩn được phân lập, *E. coli* là chủng Gram âm phổ biến nhất (20,2%), còn *S. aureus* là chủng Gram dương chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9%) (Bảng 5). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Văn Kết, trong đó *S. aureus* và *E. coli* là hai tác nhân thường gặp nhất gây NKH ở trẻ [1].

Trong số 20 mẫu phân lập *S. aureus*, có 15 mẫu (75%) kháng methicillin (MRSA+). Chủng này vẫn nhạy cảm cao với vancomycin, ciprofloxacin, levofloxacin và amikacin, nhưng kháng cao với penicillin, erythromycin (Bảng 6). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà và cộng sự, trong đó *S. aureus* kháng methicillin chiếm 66,7%, vẫn nhạy cảm với vancomycin, linezolid, ciprofloxacin nhưng kháng cao với penicillin, erythromycin, oxacillin và cefoxitin [7].

Với vi khuẩn *E. coli*, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chủng này nhạy cảm 100% với meropenem, imipenem và amikacin (Bảng 6). Nghiên cứu của Hà Phúc Hòa và cộng sự cũng cho kết quả tương tự, đồng thời ghi nhận *E. coli* kháng cao với cephalosporin (50,5%-64,5%), fluoroquinolone (36,8%-38,4%), nhưng kháng thấp với amikacin (2,1%) và chưa ghi nhận kháng carbapenem [10].

Tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh ở bệnh nhi mắc NKH đang ở mức đáng báo động, đặc biệt khi hai căn nguyên phổ biến nhất là *S. aureus* và *E. coli* đều có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh thông dụng. Thực trạng này làm

phức tạp quá trình điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó, việc xây dựng và thực hiện chiến lược quản lý sử dụng kháng sinh hiệu quả là rất cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em thường đa dạng và không đặc hiệu. Hai căn nguyên vi khuẩn phổ biến nhất là *Staphylococcus aureus* và *Escherichia coli*. Việc quản lý và sử dụng kháng sinh hợp lý đóng vai trò then chốt nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế sự gia tăng kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Kết, Tống Thị Hà, Phạm Duy Thái và cộng sự. (2020). Kháng kháng sinh và mối liên hệ kiểu gen của một số loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân từ 1 tháng đến dưới 15 tuổi điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2019 - 2020. *Tạp chí Y học dự phòng*, **30**(10), 62-70.
2. Rudd K.E., Johnson S.C., Agesa K.M. et al. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, **395**(10219): 200-211.
3. Santana M.C. de, Amoedo C.D.M., and Nascimento-Carvalho C.M. (2017). Clinical and epidemiological characteristics of children admitted with fever in emergency department with or without sepsis: Children with fever with or without sepsis. *J Infect Dev Ctries*, **11**(08): 597-603.
4. John E. Bennett, Raphael Dolin and Martin J. Blaser. (2019). Sepsis and Septic Shock. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Ninth Edition, Elsevier, 990-1007.
5. Hà Thanh Hiếu, Bùi Quang Nghĩa, và Lê Hoàng Sơn. (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng huyết ở trẻ tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2018-2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, **(29)**, 66-72.
6. Nguyễn Thị Duyên, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Lương Thị Nghiêm và cộng sự. (2023). Giá trị của một số chỉ số bạch cầu hạt mở rộng trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **167**(6), 16-23.
7. Nguyễn Thị Hà, Tạ Anh Tuấn và Phạm Hồng Nhung. (2024). Đặc điểm lâm sàng, vi sinh của nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **178**(5), 52-60.
8. Plat V.D., Voeten D.M., Daams F. et al. (2021). C-reactive protein after major abdominal surgery in daily practice. *Surgery*, **170**(4), 1131-1139.
9. Castagno E., Aguzzi S., Rossi L. et al. (2023). Clinical Predictors and Biomarkers in Children With Sepsis and Bacterial Meningitis. *Pediatr Emerg Care*, **39**(5), 311.
10. Hà Phúc Hòa và Nguyễn Văn Kính. (2022). Tình trạng kháng kháng sinh của một số căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại trung tâm bệnh nhiệt đới bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, **3**(39), 86-92.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH NHIỄM VÀ GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM CENTOR CẢI TIẾN TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM A Ở TRẺ VIÊM HỌNG CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2025-2026

Đoàn Long Vinh¹, Nguyễn Đức Trí², Trần Đỗ Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liên cầu khuẩn nhóm A (*Streptococcus pyogenes*) là vi khuẩn gram dương

gây viêm họng cấp chiếm khoảng 15-30% các trường hợp ở trẻ em từ 5-15 tuổi và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm như thấp tim, thấp khớp và viêm cầu thận cấp...Thang điểm Centor cải tiến (Mclsaac) là công cụ dự đoán khả năng nhiễm liên cầu nhóm A dựa trên các tiêu chí lâm sàng, góp phần hỗ trợ quyết định sử dụng kháng sinh hợp lý và hạn chế tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ nhiễm và giá trị chẩn đoán của thang điểm Centor cải tiến trong chẩn đoán liên cầu nhóm A ở trẻ em viêm họng cấp tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ

¹ Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

² Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hùng
Email: 24810132490@student.ctump.edu.vn

Mã bài: **N640**

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2026

Ngày duyệt bài: 16.4.2026