

ngiên cứu, cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1st edition. World Health Organization; 1992.
2. **Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E.** [Current issues on schizoaffective disorder]. L'Encephale. 2005;31(3):359-365. doi:10.1016/s0013-7006(05) 82401-7
3. **Association AP.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
4. **Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martinez-Arán A, Reinares M, Gastó C.** Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2001; 16(3): 167-172. doi:10.1016/s0924-9338(01)00559-4
5. **Ndetei DM, Khasakhala L, Meneghini L, Aillon JL.** The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya. Afr J Psychiatry. 2013;16(2):110-117. doi:10.4314/ajpsy.v16i2.14
6. **Pinna F, Sanna L, Perra V, et al.** Long-term outcome of schizoaffective disorder. Are there any differences with respect to schizophrenia? Riv Psychiatr. 2014;49(1):41-49. doi: 10.1708/1407.15624
7. **DeRosse P, Burdick KE, Lencz T, Siris SG, Malhotra AK.** Empirical Support for DSM-IV Schizoaffective Disorder: Clinical and Cognitive Validators from a Large Patient Sample. PLoS ONE. 2013;8(5):e63734. doi:10.1371/journal.pone.0063734
8. **Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C.** Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies. Bipolar Disord. 2016;18(3):233-246. doi:10.1111/ bdi.12388

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Dương Quốc Trường¹, Đỗ Thái Sơn¹,
Dương Ngọc Ngà¹, Nguyễn Thị Thu Huyền¹, Ngô Thị Kim Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 38 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa. **Kết quả:** Có 81,6% trẻ vào viện trước 3 ngày tuổi, 60,5% cân nặng dưới 2500g, 73,7% trẻ giới tính nam, chỉ có 39,5% trẻ có suy hô hấp ngay sau sinh, phần lớn trẻ nhiễm khuẩn tiên phát ở cơ quan hô hấp chiếm 63,2%, tỉ lệ trẻ khỏi bệnh cao 86,8%, 13,2% trẻ tử vong, thời gian nằm viện với những trẻ khỏi bệnh dài nhất là 21 ngày, ngắn nhất là 10 ngày, thời gian trung bình trẻ nằm viện là 13,03±2,82, có mối liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi thai của trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết với $p < 0,05$. **Kết luận:** Khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao, phát hiện sớm ổ nhiễm khuẩn tiên phát có ý nghĩa quan trọng trong điều trị.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh, tử vong, khỏi bệnh.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORN BACTEREMIA INFECTION AT THE

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quốc Trường

Email: Truongbmnhi@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

PEDIATRICS CENTER OF THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of treatment in neonates with diagnosed sepsis at the Pediatric Center of Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study of 38 patients with diagnosed sepsis at the Pediatric Center. **Results:** There were 81.6% of children admitted before 3 days of age, 60.5% weighing less than 2500g, 73.7% of children of the male sex, only 39.5% of children having respiratory failure immediately after birth, almost children with primary infection in the respiratory organs accounted for 63.2%, the rate of children recovered was high 86.8%, 13.2% of children died, the longest time at the hospital for those who recovered was 21 days, the shortest was 10 days, the average time at the hospital was 13.03±2.82, there was relationship between treatment results and gestational age of infants with sepsis with $p < 0.05$. **Conclusion:** The cure rate is high, early detection of the primary infection is important in treatment.

Keywords: Neonatal sepsis, death, recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân nặng tại các bệnh viện, đặc biệt là tại các đơn vị hồi sức tích cực, trong đó nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh là vấn đề đáng được sự quan tâm lớn, Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh là một bệnh cấp tính, biểu hiện bởi bằng chứng viêm

cấp hiện diện trong toàn bộ cơ thể, là bệnh lý thường gặp ở trẻ sơ sinh, tỉ lệ nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Mỹ 5,16‰ và hơn một phần năm (22,9%) là trẻ sơ sinh nhẹ cân[1]. Tại Hàn Quốc nhiễm khuẩn huyết sơ sinh chỉ có biểu hiện lâm sàng là 3,05%, nhiễm khuẩn huyết nuôi cấy dương tính là 0,61%[2]. Điều trị nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh rất khó khăn nhất là đối với những bệnh viện còn nhiều hạn chế về chuyên môn dành cho trẻ sơ sinh và thiếu thốn các phương tiện trang thiết bị hiện đại, kết quả điều trị rất khác nhau giữa các đơn vị, phụ thuộc vào nhiều yếu tố, nếu được điều trị khỏi vẫn có thể để lại những di chứng nặng nề, triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh rất đa dạng, phức tạp, hoặc nghèo nàn, đôi khi không đặc hiệu, tùy thuộc vào thể bệnh, giai đoạn của bệnh[2]. Việc chẩn đoán sớm và đưa ra phương pháp đúng đắn, kịp thời, phù hợp là yếu tố quan trọng quyết định đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân sơ sinh.

Tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, hàng năm trẻ sơ sinh chiếm một tỷ lệ không nhỏ trong số bệnh nhân vào viện điều trị, trong đó tỉ lệ trẻ nhiễm khuẩn huyết cao vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- + Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:
 - Trẻ ≤ 28 ngày tuổi, đang điều trị nội trú tại trung tâm Nhi khoa, Bv Trung ương Thái Nguyên
 - Có hội chứng đáp ứng viêm kèm theo gợi ý hoặc có bằng chứng nhiễm trùng.
 - Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống khi có ít nhất 2/4 tiêu chuẩn sau (trong đó có một tiêu chuẩn phải có là bất thường nhiệt độ hay bạch cầu tăng): Nhiệt độ ≥ 38,5^oC hoặc <36^oC ; Bạch cầu tăng hoặc giảm theo tuổi; nhịp tim tăng; nhịp thở tăng.

Tiêu chuẩn	Kết quả
Nhiệt độ trung tâm	≥ 38,5 ^o C hay < 36 ^o C
Bạch cầu máu	Tăng hoặc giảm theo tuổi
Nhịp tim	>2SD so với giá trị bình thường theo tuổi hoặc nhịp chậm ở trẻ dưới 1 tuổi
Nhịp thở	>2SD so với giá trị bình thường theo tuổi

+ Nhiễm khuẩn huyết bằng = Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống + Gợi ý hoặc có bằng chứng nhiễm trùng

Gợi ý hoặc có bằng chứng nhiễm trùng là bất kỳ nguyên nhân nào:

- + Khi có cấy máu dương tính, nhuộm soi tươi, PCR.
- + Hoặc có hội chứng lâm sàng liên quan đến khả năng nhiễm trùng cao.

Bằng chứng của nhiễm trùng bao gồm các dấu hiệu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh hoặc các xét nghiệm (như là có bạch cầu trong dịch vô khuẩn của cơ thể, thủng tạng, Xquang lồng ngực có hình ảnh viêm phổi, ban xuất huyết hoặc tử ban).

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Đang trong quá trình điều trị gia đình xin cho trẻ về hoặc xin chuyển tuyến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả

2.2.2. Mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả.

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó:

- + n: Là số đối tượng nghiên cứu.
- + p: Tỉ lệ hạ thân nhiệt ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết theo nghiên cứu của Lê Thị Công Hoa tại Bệnh viện Trung ương Huế là 1,8 % [2].
- + q = 1-p; d: Sai số ước lượng, chọn d=0,05.
- + Z_{1-α/2}: Hệ số giới hạn tin cậy = 1,96 (với độ tin cậy 95%).

Theo công thức, cỡ mẫu cần thiết là 28 trẻ.

- Chọn mẫu: Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi chọn được 38 bệnh nhân sơ sinh có chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bv Trung ương Thái Nguyên.

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu:

- Chỉ số chung: giới tính, tuổi vào viện (ngày tuổi), ngày điều trị, hình thức sinh, cân nặng khi sinh, khu vực sống, nơi chuyển đến
- Các chỉ số lâm sàng: Suy hô hấp, ổ nhiễm khuẩn, đờ non tháng, đủ tháng, viêm da, viêm rốn, thần kinh, tiêu hóa, tiết niệu.
- Kết quả điều trị: Khỏi, tử vong

2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu

- Thông tin bệnh nhân thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu
- Khám lâm sàng: Do các bác sĩ chuyên khoa nhi thực hiện
- Xét nghiệm được tiến hành tại trung tâm Huyết học - Truyền máu và khoa Vi sinh của bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.
- Nhập liệu và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của trẻ tham gia nghiên cứu

Đặc điểm chung	Tuổi của trẻ khi nhập viện	Non tháng		Đủ tháng		Tổng	
		n=24	%	n=14	%	n=38	%
Tuổi vào viện	≤ 3 ngày	21	87,5	10	71,4	31	81,6
	> 3 ngày	3	12,5	4	28,6	7	18,4
Cân nặng khi sinh	≤ 2500 gr	22	91,7	1	7,1	23	60,5
	> 2500gr	2	8,3	13	92,9	15	39,5
	Cân nặng trung bình	1819,13±341,18		3136,67±419,82		2339,21±749,47	
Giới	Nữ	6	25	4	28,6	10	26,3
	Nam	18	75	10	71,4	28	73,7
Con thứ	Con thứ nhất	13	54,2	13	92,9	26	68,4
	Con thứ 2 trở lên	11	45,8	1	7,1	11	31,6
Hình thức sinh	Đẻ thường	6	25	4	28,6	10	26,3
	Mổ lấy thai	18	75	10	71,4	28	73,7
Suy hô hấp ngay sau sinh	Có	13	54,2	2	14,3	15	39,5
	Không	11	45,8	12	85,7	23	60,5
Khu vực sống	Thành thị	6	25	5	35,7	11	28,9
	Nông thôn	18	75	9	64,3	27	71,1

Nhận xét: 81,6 % trẻ vào viện trước 3 ngày tuổi, 60,5% cân nặng dưới 2500g, 73,7 % trẻ giới tính nam, chỉ có 39,5% trẻ có suy hô hấp ngay sau sinh.

Bảng 2: Vị trí của ổ nhiễm khuẩn tiên phát ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết

Vị trí của ổ nhiễm khuẩn tiên phát	Tuổi thai khi sinh của trẻ	Non tháng n=24	Đủ tháng n=14	Tổng N=38	p
Viêm rốn		7(29,2%)	6(42,9%)	13(34,2%)	> 0,05
Viêm da		3(12,5%)	2(14,3%)	5(13,2%)	> 0,05
Hô hấp		18(75%)	6(42,9%)	24(63,2%)	< 0,05
Thần kinh		1(4,2%)	1(7,1%)	2(5,3%)	> 0,05
Tiêu hoá		3(12,5%)	2(14,3%)	5(13,2%)	> 0,05
Tiết niệu		2(8,3%)	1(7,1%)	3(7,9%)	> 0,05

Nhận xét: Phần lớn trẻ nhiễm khuẩn tiên phát ở cơ quan hô hấp chiếm 63,2%, tiếp theo là nhiễm khuẩn rốn 34,2%, nhiễm khuẩn tiên phát ở cơ quan tiết niệu chỉ chiếm 2,6%.

Bảng 3. Kết quả điều trị và tuổi thai của trẻ

Kết quả điều trị	Tuổi thai khi sinh	Non tháng n=24	Đủ tháng n=14	Tổng N=38	p
Khỏi		20 (80%)	13 (82,3%)	33 (86,8%)	< 0.05
Tử vong		4 (20%)	1 (7,7%)	5 (13,2%)	

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở nhóm trẻ non tháng là 20% cao hơn ở nhóm trẻ đủ tháng là 7,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Kết quả điều trị và nơi chuyển đến của trẻ

Kết quả điều trị	Nơi chuyển đến			p
	Vào thẳng (n=17)	Bệnh viện tuyến huyện (n=12)	Bệnh viện tuyến tỉnh (n= 9)	
Khỏi	15 (88,2%)	10 (80%)	8 (87,5%)	>0,05
Tử vong	2 (11,8%)	2 (20%)	1 (12,5%)	

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở nhóm trẻ chuyển đến từ bệnh viện tuyến huyện cao với 20%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Kết quả điều trị và thời gian nằm viện

Kết quả	Thời gian nằm TB	Ngắn nhất	Dài nhất
Khỏi	13,03±2,82	10	21
Tử vong	2,33±1,15	1	3

Nhận xét: Thời gian nằm viện với những trẻ khỏi bệnh dài nhất là 21 ngày, ngắn nhất là 10 ngày, thời gian trung bình trẻ nằm viện là 13,03±2,82.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Có rất nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, trong đó một trong những yếu tố nguy cơ là do trẻ sinh non tháng, lứa tuổi này hệ miễn dịch chưa phát triển đầy đủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi 63,2% trẻ nhiễm khuẩn huyết trong nghiên cứu là trẻ sơ sinh non tháng. Theo kết quả nghiên cứu 73,6 % trẻ giới tính nam, nghiên cứu của Nguyễn Kiến Mậu tại bệnh viện Nhi Đồng 1 tỉ lệ trẻ sơ sinh là nam bị nhiễm khuẩn huyết cũng là 71,4%[3]. Nhiễm khuẩn sơ sinh nói chung và nhiễm khuẩn huyết nói riêng hay gặp ở trẻ sơ sinh nhẹ cân dưới 2500g hơn là trẻ đủ cân, ngay tại bệnh viện chúng tôi, tỉ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh nói chung ở lứa tuổi này chiếm 62,3%, tỉ lệ trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết ở nghiên cứu của chúng tôi cũng chiếm 60,5% ở trẻ nhẹ cân, phù hợp với nhiễm khuẩn sơ sinh chung tại bệnh viện. Trẻ sơ sinh nhẹ cân nhiễm khuẩn huyết hay gặp trong khoảng 1500-2500g, tỉ lệ này là 42,1% tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Công Hoa tại Huế tỉ lệ cân nặng nằm trong khoảng này cũng cao nhất 41,8%[4]. Nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh có thể được phân loại là khởi phát sớm (ngày sinh 0-3) hoặc khởi phát muộn (ngày thứ 4 trở lên). Ở trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng huyết khởi phát sớm, 85% xuất hiện trong vòng 24 giờ (tuổi khởi phát trung bình là 6 giờ), 5% xuất hiện sau 24 - 48 giờ, và một tỷ lệ nhỏ hơn xuất hiện trong vòng 48-72 giờ. Nghiên cứu của chúng tôi có 81,5% trẻ nhập viện khi ≤ 3 ngày tuổi, số trẻ nhập viện sớm là do các trẻ đều là sinh non, ngạt sau sinh và phải hồi sức sau sinh.

Ở trẻ nhiễm khuẩn huyết, xác định được ổ nhiễm khuẩn và ổ nhiễm khuẩn tiên phát, rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và điều trị, trong tất cả các nghiên cứu thì nhiễm khuẩn hô hấp luôn đứng hàng đầu, nghiên cứu của chúng tôi nhiễm khuẩn hô hấp là 63,2%, Bùi Thanh Liêm là 37,7% và Nguyễn Như Tân là 87,3%, tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thanh Thư và Bùi Thanh Liêm bởi các nghiên cứu đó ngoài nhiễm khuẩn hô hấp, trẻ còn nhiễm ở cơ quan tiêu hóa và các cơ quan khác khá cao do trẻ có độ tuổi nghiên cứu cao hơn, ngoài bú mẹ đã ăn thức ăn hỗn hợp và thay đổi môi trường nhiều hơn. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Nguyễn Như Tân vì thực hiện trên trẻ có cấy máu dương tính. Trong khi đó những vị trí như nhiễm khuẩn thần kinh ở các nghiên cứu đều rất thấp, chúng tôi 5,3%, và Nguyễn Như Tân 3,4%[5].

4.2. Đặc điểm về kết quả điều trị. Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi có trẻ khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao với 86,8% trẻ khỏi, còn chỉ tử vong là 13,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm tỉ lệ khỏi cũng cao và tử vong thấp, lần lượt là 82,59% và 17,41%[8], tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Nhi là 16,2%. Tỉ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu Ngô Thị Minh là 76,3%, Cao Việt Tùng là 69,4%, tỉ lệ của chúng tôi thấp hơn có lẽ là do chúng tôi dựa vào các triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết, điều trị kịp thời, các nghiên cứu kể trên là do trẻ đã phải nằm khoa hồi sức, kết quả cấy máu phải dương tính, thậm chí nghiên cứu trên bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân khỏi có thời gian nằm viện trung bình $13,03 \pm 2,82$ ngày, ngắn nhất là 10 ngày, dài nhất 21 ngày phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm tại bệnh viện Nhi đồng 1, trung bình 12,91-14,88 ngày[8]. Thấp hơn thời gian nằm viện trong nghiên cứu của Bùi Thanh Liêm trung bình 26 ngày[6], do nghiên cứu này trẻ nằm khoa hồi sức với tỉ lệ gần 70% thở máy.

Có 44,7% trẻ vào thẳng viện, hơn 1 nửa số trẻ vào thẳng viện trong vòng 3 ngày tuổi, phần lớn là bệnh nhân từ khoa Sản của chúng tôi chuyển sang, bệnh nhân từ tuyến tỉnh chuyển lên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 23,7%, một phần vì các bệnh viện tuyến tỉnh cũng đã phát triển về lĩnh vực sơ sinh, khác với nghiên cứu của chúng tôi, theo nghiên cứu của Ngô Thị Minh tại bệnh viện Nhi Trung Ương chỉ có 13,2% tự đến 27,6% chuyển khoa khác sang, 59,2% chuyển từ tuyến dưới lên[6], giải thích điều này do có thể hiểu bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến cao nhất, có một lượng lớn bệnh nhân chuyển từ các bệnh viện khu vực miền Bắc và miền Trung lên. Thậm chí tại bệnh viện Nhi đồng 1 số trẻ chuyển từ tuyến trước còn cao hơn tới 84,7%. Có sự khác biệt này vì hai nghiên cứu trên làm tại bệnh viện Nhi khoa tuyến đầu, nơi tiếp nhận bệnh nhân nặng của các bệnh viện nhi tỉnh chuyển đến, mặt khác bệnh viện của chúng tôi có khoa sản, mà lượng bệnh nhân chuyển thẳng từ khoa sản sang khá nhiều.

Nghiên cứu trên 322 trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết Claudia Verónica Rios Valdéz, chỉ ra rằng trẻ sơ sinh non tháng là yếu tố nguy cơ trong nhiễm khuẩn huyết trẻ sơ sinh và là yếu tố rủi ro cao. Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tương tự với nghiên cứu trên, chúng tôi thấy rằng có sự liên

quan đến trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết non tháng và kết quả điều trị thất bại $p < 0,05$, sở dĩ vì trẻ sơ sinh non tháng hệ miễn dịch còn yếu, các cơ quan chưa thực sự hoàn thiện, nên khi trẻ nhiễm khuẩn huyết nguy cơ tử vong sẽ tăng lên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ khối bệnh của trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ cao với 86,8%, thời gian nằm viện trung bình là $13,03 \pm 2,82$, nằm viện lâu nhất là 21 ngày.

Có mối liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi thai khi sinh của trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watson, R. S., et al. (2003)**, "The epidemiology of severe sepsis in children in the United States", *Am J Respir Crit Care Med.* 167(5), pp. 695-701.
2. **Shin, Y. J., Ki, M., and Foxman, B. (2009)**, "Epidemiology of neonatal sepsis in South Korea", *Pediatr Int.* 51(2), pp. 225-32.
3. **Nguyễn Kiên Mậu (2019)**, "Nhiễm trùng huyết

và viêm màng não ở trẻ sơ sinh do vi khuẩn đa kháng thuốc *Elizabethkingia Meningoseptica*", *Y Học thành phố Hồ Chí Minh.* 23, pp. 40-44.

4. **Lê Thị Công Hoa (2016)**, "Tình hình nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện ở trẻ sơ sinh bệnh viện Trung Ương Huế năm 2014", *Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.* phụ bản tập 20,5,2016, pp. 77-84.
5. **Nguyễn Như Tân (2011)**, "Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh do *Klebsiella Spp* tại khối Sơ sinh bệnh viện Nhi đồng 1 từ 1/1/2008 đến 31/12/2009", *Y Học thành phố Hồ Chí Minh.* 15.
6. **Ngô Thị Minh (2012)**, "Nghiên cứu một số yếu tố dịch tễ học lâm sàng và nhận xét kết quả rối loạn điều trị đông máu ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng", *Luận văn thạc sĩ Y học.*
7. **Bùi Thanh Liêm (2017)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, cấy máu, PCR máu và điều trị bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết tại khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Nhi đồng 1", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội Trú.*
8. **Nguyễn Thanh Liêm (2005)**, "Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, huyết học, vi trùng học ở trẻ sơ sinh sanh non bị nhiễm trùng huyết tại bệnh viện Nhi đồng I từ 1-99 đến 1-04", *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 9, pp. 196-201.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ MẮC HPV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN Ở HÀ NỘI

Nguyễn Duy Ánh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ mắc HPV và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở Hà Nội. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 1176 phụ nữ có gia đình trong độ tuổi từ 18 đến 49 tại quận Cầu Giấy và huyện Đông Anh, Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn, khám phụ khoa và được lấy bệnh phẩm để xét nghiệm. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HPV là 9,27% (nhiễm typ 16 là 63,3%; typ 18 là 22,9% và cả hai typ là 13,8%). Phân tích đa biến mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và nhiễm HPV cho thấy các yếu tố sau làm tăng nguy cơ nhiễm HPV: Phụ nữ sống ở ngoại thành (OR: 2,9); có kiến thức và thực hành vệ sinh hàng ngày chưa đạt (OR: 3,6); đã nạo phá thai (OR: 2,1); có sử dụng thuốc tránh thai (OR: 2,7). Trọng số phụ nữ bị viêm lộ tuyến cổ tử cung, tỷ lệ bị nhiễm HPV cao hơn nhóm không bị nhiễm (38,5% so với 25,3% với $p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đã có chồng ở quận Cầu Giấy và huyện Đông Anh, Hà Nội là 9,27%. Phụ nữ sống ở ngoại thành, có kiến thức và thực hành vệ sinh hàng ngày chưa đạt,

đã nạo phá thai; có sử dụng thuốc tránh thai, bị viêm lộ tuyến cổ tử cung thì có nguy cơ cao bị nhiễm HPV so với các nhóm phụ nữ khác.

Từ khóa: nhiễm HPV, nạo phá thai, viêm lộ tuyến cổ tử cung, thuốc tránh thai.

SUMMARY

PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUSES INFECTION AND OTHER FACTORS AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN HANOI

Objectives: Our study investigates the prevalence of human papillomaviruses infection and other factors among women of reproductive age in Hanoi. **Methods:** This cross-sectional study selected 1176 married women of the age from 18 to 49 in Cau Giay and Dong Anh district of Hanoi. Each participant had an interview and a gynecological examination including HPV detection tests. **Results:** HPV was detected in 9,27 percent of participants (type 16 was found in 63,3%, type 18 was 22,9% and both types were 13,8%). Multiple regression model showed potential risk factors for HPV infections: living in suburban (OR 2,9), unqualified knowledge and practice of daily hygiene (OR 3,6), history of induced abortion (2,1), currently taking contraceptive drugs (OR 2,7). HPV infection rate was higher in group with cervical ectropion than group without cervical ectropion (38,5% vs. 25,3%, $p < 0,05$). **Conclusion:** The prevalence of HPV infection among married women of

**Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh

Email: bsanhbnhn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 3.3.2022