

độ ác tính thấp.

U lympho vùng rìa của mô lympho kết hợp niêm mạc (thể MALT) là một biến thể của u lympho độ thấp, nó phát sinh từ các tế bào lympho B của niêm mạc hoặc các tuyến đường hô hấp, mắt...nhưng gặp nhiều nhất ở ống tiêu hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể MALT gặp phổ biến thứ hai sau thể DLBCL, chiếm 22,2%, vị trí hay gặp nhất là ở dạ dày (chiếm 32,7% trong số tổn thương ở dạ dày), các vị trí khác rất ít. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy tỷ lệ u lympho thể MALT gặp chủ yếu ở dạ dày, tỷ lệ gặp có khác nhau tùy theo từng nghiên cứu.

Các thể MBH ít gặp ở ULKH nguyên phát ống tiêu hóa trong nghiên cứu gồm: thể tế bào T (6,7%), thể nang (3,3%), thể Burkitt (4,4%), thể tế bào mantle (4,4%).

Phân loại MBH theo độ ác tính, chúng tôi nhận thấy phần lớn BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa ở thể có độ ác tính cao (74,5%). Thể độ ác tính thấp gặp nhiều hơn ở dạ dày ( $p=0,033$ ) và ở BN giai đoạn sớm ( $p=0,01$ ). Tác giả Howell JM và cộng sự (2012) phân loại các thể MBH theo vị trí tổn thương cho thấy: thể MBH chính tại dạ dày là DLBCL (54%) và MALT (37%), tại ruột non là DLBCL (38%) và thể nang (23%), u lympho dòng tế bào T (10%), tại đại tràng là DLBCL (50%), MALT (23%)[8].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 126 BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện K từ 1/2010 - 8/2015 cho thấy: tuổi trung bình 53 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 51-60 tuổi. Thời gian phát hiện bệnh thường dưới 6 tháng. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, gồm: đau bụng, gầy sút, thiếu máu, sờ thấy u bụng, hội chứng B. Dạ dày

là vị trí tổn thương hay gặp nhất (51,6%). Hình thái tổn thương thường là thể sùi loét. U lympho dòng tế bào B gặp chủ yếu với 93,3%, phần lớn là độ ác tính cao, thể DLBCL chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ghimire P WGY, and Zhu L:** Primary gastrointestinal lymphoma. World J Gastroenterol 2011, 17(6):697-707.
2. **Aledavood A NMR, Memar B et al:** Primary gastrointestinal lymphoma. J Res Med Sci 2012, 17(5):487-490.
3. **Li M ZS, Gu F et al:** Clinicopathological characteristics and prognostic factors of primary gastrointestinal lymphoma: a 22-year experience from South China. Int J Clin Exp Pathol 2014, 7(5):2718-2728.
4. **Thái PV:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát ống tiêu hóa tại Bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội 2005.
5. **Papaxoinis G PS, Rontogianni D et al:** Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: a clinicopathologic study of 128 cases in Greece. A Hellenic Cooperative Oncology Group study (HeCOG). Leuk Lymphoma 2006, 47(10):2140-2146.
6. **Zhang S WL, Yu D et al:** Localized primary gastrointestinal diffuse large B cell lymphoma received a surgical approach: an analysis of prognostic factors and comparison of staging systems in 101 patients from a single institution. World J Surg Oncol 2015, 13:p. 246.
7. **Ding W ZS, Wang J et al:** Gastrointestinal Lymphoma in Southwest China: Subtype Distribution of 1,010 Cases Using the WHO (2008) Classification in a Single Institution. Acta Haematol 2015, 135(1):21-28.
8. **Howell J.M. A-GI, Zhang J et al:** Increasing incidence rates, distribution and histological characteristics of primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma in a North American population. Can J Gastroenterol 2012, 26(7):452-456.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2021

Đình Văn Thúc<sup>1,3</sup>, Bé Thị Cúc<sup>1</sup>, Đình Dương Tùng Anh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

<sup>3</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đình Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

**Mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu bệnh án của các trẻ sơ sinh được chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2021. **Kết quả:** Có 40 trường hợp nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) trong nghiên cứu này. NKHSS gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (nam/nữ: 1,5/1). 67,5% số bệnh nhi có tiền sử sinh non và 72,5% có tiền sử nhẹ cân. Các

triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ NKHSS thường có biểu hiện rối loạn thân nhiệt, thở nhanh, khó thở, tím tái, rút lõm lồng ngực, refill kéo dài >2s, li bì, nôn, bụng chướng, da tái, nổi vân tím, vàng da. Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ NKHSS thường gặp nhất là giảm tiểu cầu, giảm tỷ lệ PT, APTT kéo dài, giảm fibrinogen, tăng CRP >20 mg/l, hạ Natri, tăng bilirubin trực tiếp và toàn phần. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp nhất trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, qua đó góp phần cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị kịp thời NKHSS. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh, sốt, vàng da

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL SEPSIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL 2019 - 2021

**Objectives:** To describe some clinical and paraclinical characteristics of neonatal sepsis at the Emergency Department - Hai Phong Children's Hospital in the years 2019 - 2021. **Subjects and methods:** A descriptive study of a case series using retrospective data of medical records of neonates diagnosed and treated for sepsis at Hai Phong Children's Hospital in the years 2019 - 2021. **Results:** There were 40 cases of neonatal sepsis (NS) in this study. NS was more common in boys than girls (male/female: 1.5/1). 67.5% of the patients had a history of preterm birth and 72.5% had a history of low birth weight. The most common clinical symptoms of NS included temperature disturbances, rapid breathing, dyspnea, cyanosis, chest indrawing, refill lasting >2s, lethargy, vomiting, distended abdomen, pale skin, purple veins and jaundice. The most common subclinical characteristics of NS were thrombocytopenia, decreased PT, prolonged APTT, decreased fibrinogen, increased CRP >20 mg/l, hyponatremia, increased direct and total bilirubin. **Conclusion:** Our study has identified some of the most common clinical and subclinical symptoms in neonatal sepsis at Hai Phong Children's Hospital, thereby contributing to the further improvement of the timely diagnosis and treatment of neonatal sepsis.

**Keywords:** sepsis, newborn, fever, jaundice

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh. Tại các nước đang phát triển, tỉ lệ NKHSS dao động từ 13,7 đến 16,8/1000 bệnh nhân/ngày, cao gấp 3-20 lần so với các nước phát triển. Tại Việt Nam, thống kê tại Trung tâm Chăm sóc và Điều trị Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy từ năm 2013 – 2014 có 195 ca mắc NKSS sớm chiếm 1,7% số ca sinh sống, có 27/195 (13,8%) ca có kết quả cấy máu dương tính, chiếm 13,8% [1].

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh thường diễn biến

phức tạp, tỷ lệ tử vong cao, để lại các di chứng. Căn nguyên gây NKH rất đa dạng. Hiện nay, cấy máu tìm vi khuẩn là xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định NKH. Tuy nhiên, tỉ lệ cấy máu dương tính còn thấp và thời gian chờ kết quả dài. Do đó, việc xác định sớm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng có thể giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán kịp thời và điều trị sớm hơn cho các bệnh nhân này. Để có thể chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả NKHSS, rất cần có những nghiên cứu toàn diện, rộng rãi về bệnh lý này. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019 - 2021" với mục tiêu: *mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2021.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: tất cả những bệnh án của các bệnh nhi được chẩn đoán là NKH tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng với đủ ba tiêu chuẩn sau [2]: tuổi của trẻ ≤ 28 ngày; có biểu hiện lâm sàng của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (có ít nhất 2 trong 4 đáp ứng sau: thân nhiệt ≥ 37,5°C hoặc ≤ 35,5°C; nhịp tim nhanh ≥ 180 nhịp/phút; nhịp thở nhanh ≥ 60 nhịp/phút và số lượng bạch cầu máu ngoại vi ≥ 20.000 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc ≤ 5.000 tế bào/mm<sup>3</sup>) và có kết quả cấy máu mọc vi khuẩn (ít nhất 1 lần). Có tất cả 40 trường hợp được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2021. Thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 (IBM). Tất cả các thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng Y đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng (MS: 55/722/QĐ-YDHP ngày 18/4/2022) và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thông qua.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn huyết trên tổng số trẻ sơ sinh nhập viện theo các năm trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ một số đặc điểm của NKHSS tại BVTEHP như sau.

**Bảng 1: Một số đặc điểm chung của trẻ mắc nhiễm khuẩn huyết**

Đặc điểm của trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn huyết		Số bệnh nhân (n=40)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi thai	< 32 tuần	16	40
	32 – 37 tuần	11	27,5
	> 37 tuần	13	32,5
Giới	Nam	24	60
	Nữ	16	40
Cân nặng lúc sinh	< 1500g	8	20,0
	1500 – 2500g	21	52,5
	>2500g	11	27,5

**Nhận xét:** NKHSS thường xảy ra ở trẻ sinh non với tỉ lệ trẻ nam/nữ: 1,5/1. 72,5% số bệnh nhân có cân nặng lúc sinh thấp <2500g.

Chúng tôi khảo sát một số triệu chứng cơ năng và thực thể của trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn huyết và thu được một số kết quả sau:

**Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh theo hệ cơ quan**

Nhóm triệu chứng	Biểu hiện	Số bệnh nhân (n=40)	Tỉ lệ (%)
Hô hấp	Thở nhanh	38	95,0
	Khó thở, tím tái	36	90,0
	Thở rên	22	55,0
	Cơ ngừng thở	15	37,5
	Rút lõm lồng ngực mạnh	37	92,5
	Thông khí phổi giảm	32	80,0
	Hỗ trợ thở lúc đầu	Thở Oxy Thở CPAP	26 14
Tuần hoàn	Nhịp tim nhanh	8	20,0
	Mạch nhanh nhỏ khó bắt	23	57,5
	Tiếng tim bất thường	1	2,5
	Refill >2s	32	77,5
Thần kinh	Li bì	35	87,5
	Kích thích	0	0,0
	Tăng trương lực cơ	4	10,0
	Giảm trương lực cơ	5	12,5
	Thóp phồng	2	5,0
	Cứng gáy	0	0,0
	Vạch màng não	0	0,0
	Co giật	0	0,0
Tiêu hóa	Gan to	7	17,5
	Nôn	30	75,0
	Bụng chướng	22	55,0
	Dịch dạ dày bẩn	29	72,5
Da và niêm mạc	Da tái	28	70,0
	Nổi vân tím	26	65,0
	Phù	14	35,0
	Xuất huyết dưới da	13	32,5
	Vàng da	24	60,0

**Nhận xét:** một số triệu chứng lâm sàng nổi trội của NKHSS là trẻ có khó thở, tím tái, thở nhanh, rút lõm lồng ngực mạnh, giảm thông khí phổi, li bì và nôn. Da tái, nổi vân tím, Refill kéo dài và vàng da gặp ở tỉ lệ thấp hơn.

**Bảng 3. Các rối loạn yếu tố đông máu trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh**

Các yếu tố đông máu		Số bệnh nhân (n=40)	Tỉ lệ (%)
Tỷ lệ Prothrombin	< 40%	9	22,5
	40 – 70 %	17	42,5
	>70 %	14	35,0
APTT	<60 giây	19	47,5
	60 – 140 giây	20	50,0
	>140 giây	1	2,5
Fibrinogen	Giảm (<2,83g/l)	17	42,5
	Tăng (>4,01g/l)	23	57,5

**Nhận xét:** 65% trẻ có giảm tỷ lệ prothrombin, 52,5% trẻ có thời gian APTT kéo dài và 42,5% có giảm Fibrinogen.

**Bảng 4. Xét nghiệm sinh hóa máu trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh**

Hóa sinh máu		Số bệnh nhân (n=40)	Tỉ lệ (%)
CRP định lượng	<20 mg/l	12	30,0
	>20 mg/l	28	70,0
Natri	Giảm	21	52,5
	Tăng	1	2,5
Kali	Giảm	4	10,0
	Tăng	13	32,5
Clo	Giảm	6	15,0
	Tăng	7	17,5
Ure	Giảm	0	0,0
	Tăng	5	12,5
Creatinin	Giảm	1	2,5
	Tăng	10	25,0
Giảm Albumin		24	60,0
Giảm Protein		25	62,5
Tăng Bilirubin trực tiếp		17	42,5
Tăng Bilirubin toàn phần		23	57,5
Tăng GOT		9	22,5
Tăng GPT		11	27,5
Glucose	Giảm	2	5,0
	Tăng	9	22,5

**Nhận xét:** 70% trẻ NKHSS có mức CRP huyết thanh cao >20 mg/l. 72,5% trẻ có Glucose máu bình thường. Có 22,5% trẻ tăng GOT và 27,5% trẻ có tăng GPT. Khoảng 50% trẻ có tăng bilirubin trực tiếp và toàn phần. Có 62,5% trẻ giảm protein và 60% trẻ giảm albumin máu.

**Bảng 5. Kết quả khí máu động mạch của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh**

Khí máu động mạch	Số bệnh nhân (n=40)	Tỉ lệ (%)
pH	<7,35	26
	7,35 – 7,45	5
	>7,45	9
Lactate	< 2mmEq/L	3
	> 2mmEq/L	37
BE	Thấp	18
	Bình thường	22
	Cao	0

**Nhận xét:** 65% trẻ có toan máu (pH thấp < 7,35) và đa số trẻ có lactate > 2mmEq/L (chiếm 92,5%).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi, nhóm trẻ sinh non tháng chiếm tỉ lệ cao (67,5%), trong khi số trẻ đủ tháng chỉ chiếm 32,5%. Trong đó, tỉ lệ trẻ sinh ra dưới 32 tuần tuổi chiếm phần lớn trong nhóm trẻ đẻ non (59,3%) (bảng 1). Một nghiên cứu trước đây cũng thấy trong NKHSS, tỉ lệ trẻ đẻ non/ trẻ đủ tháng là khoảng 1,6/1 và chủ yếu là trẻ đẻ cực non (dưới 32 tuần) [2]. Có 52,5% trẻ NKHSS có cân nặng thấp từ 1500 đến 2500 gram, 27,5% trẻ nằm trong nhóm có cân nặng trên 2500 gram và 20% trẻ có cân nặng cực thấp dưới 1500 gram. Một NC tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thấy nhóm trẻ trong khoảng cân nặng thấp từ 1500g - <2500g chiếm 57,7%, nhóm trẻ cân nặng cực thấp dưới 1500g chiếm 9,6%. Các trẻ cân nặng cực thấp < 1500g thường có tỷ lệ tử vong cao do sinh quá non tháng, vì vậy nhóm đối tượng này không gặp nhiều trong bệnh nhiễm khuẩn huyết sơ sinh. Nhóm trẻ này có khả năng đề kháng nhiễm khuẩn kém, dễ nhiễm khuẩn nói chung và tăng nguy cơ mắc NKH nói riêng [2].

Sốt hoặc hạ thân nhiệt là triệu chứng hay gặp trong các tình trạng nhiễm trùng nói chung và nhiễm khuẩn nói riêng. Trong NC này, tỉ lệ trẻ sơ sinh NKH có sốt (tăng thân nhiệt) là 27,5% và 32,5% trẻ có hạ thân nhiệt. Tác giả Hồ Thị Phương Thanh và CS thấy 42,8% trẻ NKHSS có rối loạn thân nhiệt [3]. Theo NC của Bùi Việt Trung, có 15,4% trẻ NKHSS sốt và 23,1% trẻ hạ thân nhiệt [2].

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh rất đa dạng về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong nghiên cứu này, các triệu chứng hô hấp là thường gặp nhất (bảng 2). Đa số bệnh nhi đều có biểu hiện thở nhanh (95%), khó thở tím tái (90%), rút lõm lồng ngực (92,5%)... là các dấu

hiệu thường gặp biểu hiện tổn thương đường hô hấp. Cùng với thở nhanh, để làm tăng thời gian trao đổi oxy trong phế nang, ở trẻ sơ sinh có hình thành tiếng thở rên giúp giữ lượng khí cận chức năng trong phế nang được lâu hơn. Trong NC này, có 55% bệnh nhân có triệu chứng thở rên. Tỉ lệ trẻ thở rên theo NC của tác giả Khu Thị Khánh Dung là 68,8% [4]. Một số NC thấy tỉ lệ này cao hơn của chúng tôi, như NC của Trần Văn Lân với tỷ lệ thở rên là 83,3% [5].

Việc đo huyết áp của trẻ sơ sinh chưa được đưa vào quy trình thường quy do điều kiện ở nhiều nơi chưa có thiết bị, do đó để quan sát các biểu hiện về tuần hoàn, chúng tôi dựa vào các biểu hiện lâm sàng như refill > 2s hay nhịp tim tăng nhanh > 180 chu kỳ/phút. Trong đó, biểu hiện giảm tưới máu ngoại vi là refill > 2s xuất hiện trên 77,5% và dấu hiệu nhịp tim nhanh so với tuổi có ở 20% trường hợp. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Bùi Việt Trung [2] và của Trần Văn Lân [5].

Đa số đối tượng NC trên vào viện đều có biểu hiện li bì, đáp ứng chậm với các kích thích chiếm 87,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả NC của Bùi Việt Trung là 78,8% [2] và NC của Trần Văn Lân là 91,8% [5]. Dấu hiệu tăng trương lực cơ, co giật, kích thích ở trẻ sơ sinh đều là những dấu hiệu ít gặp. Biểu hiện giảm trương lực cơ gặp ở 12,5% và 10% trẻ có tăng trương lực cơ. Tuy nhiên cũng không có ý nghĩa trong chẩn đoán hay nhận biết sớm NKHSS, đó là đặc điểm có thể gặp ở trẻ sơ sinh non tháng, khó đánh giá chính xác và cũng không ảnh hưởng nhiều đến tiên lượng bệnh.

Các triệu chứng về tiêu hóa hay gặp trong NC của chúng tôi là 75% trẻ có biểu hiện nôn, 72,5% trường hợp có dịch dạ dày qua sonde nâu bẩn và 55% bụng chướng. Một NC gần đây tại BVTEHP thấy trẻ sơ sinh NKH có tỉ lệ dịch dạ dày nâu bẩn chiếm 78,8%, nôn chiếm 67,3%, ngoài ra bụng chướng chiếm 51,9%, gan lách to chiếm 34,6% [2]. Theo một nghiên cứu của Trần Văn Lân, tỉ lệ NKHSS có biểu hiện bụng chướng chiếm 71,4%, nôn chiếm 80,2% và gan to gặp ở 4,7% [5].

Nghiên cứu về một số triệu chứng da và niêm mạc, thấy 70% trẻ vào viện có da tái, 65% trẻ nổi vân tím, 60% vàng da, 35% phù và 32,5% có xuất huyết dưới da dạng chấm nốt. Nghiên cứu của Bùi Việt Trung thấy có 46,2% trẻ có biểu hiện phù từ mức độ nhẹ cho đến phù toàn thân, 17,3% có xuất huyết dưới da và 13,5% trẻ vàng da [2]. Như vậy, có thể thấy các triệu chứng NKHSS rất đa dạng, các triệu chứng

sớm để nhận biết như thờ rên, thờ nhanh, da nổi vân tím, li bì, nôn hay dịch dạ dày nâu bẩn, một số triệu chứng khó nhận ra và biểu hiện muộn hơn như phù, xuất huyết dưới da, bụng chướng, gan lách to. Các triệu chứng của NKH có thể gặp ở nhiều cơ quan cùng lúc hay cũng có thể 1 cơ quan biểu hiện ra nhiều triệu chứng tổn thương.

Trong NC của chúng tôi nhận thấy có 60% trẻ có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường. Về thành phần bạch cầu hạt trung tính, có 70% trong khoảng giá trị bình thường. Bên cạnh đó, trong NC này có 17,5% trẻ giảm bạch cầu (< 4G/l) và 20% có giảm bạch cầu hạt trung tính (số lượng <1,5 G/l). Nghiên cứu của Bùi Việt Trung thấy tỉ lệ giảm bạch cầu là 25% [2]. Số lượng tiểu cầu giảm là cũng một trong các biểu hiện của tình trạng nhiễm khuẩn nặng. Theo số liệu thống kê của NC trên thấy có 72,5% trường hợp có tiểu cầu giảm dưới 150 G/l, tương đồng với nghiên cứu trước đây của Trần Văn Lân cho kết quả là 78,5% [5], của Bùi Việt Trung là 69,2% [2].

Bên cạnh số lượng tiểu cầu giảm thì các yếu tố đông máu cũng có tình trạng thiếu hụt. Nghiên cứu trên 40 trẻ NKHSS, chúng tôi thấy rằng có 65% trẻ có tỉ lệ PT giảm (<70%), thời gian APTT kéo dài (>60 giây) là 52,5%, Fibrinogen giảm là 42,5%. Một NC tại Hải Phòng thấy, số trẻ có PT giảm chiếm 71,2% và 63,5% trẻ có APTT kéo dài [2]. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Lân [5] và của Trần Diệu Linh [1]. Rối loạn đông máu là biến chứng nghiêm trọng ở sơ sinh NKH. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 70% trẻ NKHSS có CRP tăng trên 20 g/dl. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Diệu Linh là 70,3% [1]. Kết quả nghiên cứu trên thấp hơn NC của Nguyễn Thị Ngọc Tú là 88,3% trẻ NKHSS có tăng CRP [6]. CRP tăng còn có thể do quá trình viêm nhiễm không lây nhiễm như hít phân su và chuyển tiếp kéo dài. Do đó, CRP cần kết hợp với các chỉ số khác như PCT, IL6 hoặc IL8 để tăng giá trị chẩn đoán.

Chúng tôi ghi nhận rối loạn điện giải hay gặp nhất là hạ Natri máu (52,5%) và tăng Kali máu (32,5%). Tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú thấy có 49,4% trẻ có hạ Natri máu [6]. Đây là dấu hiệu cho thấy trẻ đang trong tình trạng nặng và nguy kịch. Mirza Sultan Ahmad nghiên cứu NKHSS có sốc cho thấy tỷ lệ trẻ có rối loạn điện giải chiếm 75,5%, trong đó, tăng kali máu là thường gặp nhất (39,7%) và mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng rối loạn điện giải và tử vong ở trẻ khi tất cả trẻ tử vong đều có rối loạn điện giải [7]. Trong

NC này, 65% trẻ có toan chuyển hóa. Các bất thường về khí máu là hiện tượng hay gặp ở trẻ phải điều trị trong khoa Hồi sức sơ sinh và là yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong. Mir Mohammad Yusuf và cs cho thấy nhóm NKH tử vong có pH máu thấp hơn ( $7,30 \pm 0,19$ ) nhóm trẻ NKH sống ( $7,36 \pm 0,10$ ) và BE của nhóm tử vong thấp hơn ( $-10,74 \pm 15,89$  mmol/l) nhóm sống ( $-4,3 \pm 6,88$  mmol/l) [8].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp nhất trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, qua đó góp phần cải thiện hơn nữa công tác chẩn đoán và điều trị kịp thời NKHSS. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong giai đoạn tiếp theo để hiểu rõ hơn những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phổ biến của NKHSS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Diệu Linh**, Một số nhận xét về tình hình nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ đủ tháng tại Trung tâm Chăm sóc và Điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương Tạp chí Phụ Sản, 2015. 13(24): p. 118-121.
- Bùi Việt Trung**, Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2020.
- Hồ Thị Phương Thanh, Trần Thị Kiều Anh, và Nguyễn Thị Cẩm**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức Sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2021. 16 (Số đặc biệt 4/2021).
- Khu Thị Khánh Dung**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2003.
- Trần Văn Lân**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn huyết ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. 2017.
- Nguyễn Thị Ngọc Tú**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2019 – 2021), Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương. 2022.
- Ahmad, M.S., et al.**, Electrolyte Abnormalities in Neonates with Probable and Culture-Proven Sepsis and its Association with Neonatal Mortality. J Coll Physicians Surg Pak, 2018. 28(3): p. 206-209.
- Mohammad Yusuf, Mir Chowdhury, and Azad M. A. K.**, Correlation of blood gas status with the mortality of neonates admitted in ICU. Northern International Medical College Journal, 2018. 9(1): p. 261-263.