

biến chứng thần kinh, mạch máu trong và sau khi thực hiện sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm. Về thành công của thủ thuật, xu hướng mẫu lấy từ các khớp lớn có tỷ lệ thành công cao hơn mẫu từ các khớp nhỏ. Tỷ lệ thành công của sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm được Najm A. và cs báo cáo trong đó 62/76 quy trình khảo sát thấy mô hoạt dịch [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán, trong đó chiếm chủ yếu là viêm lao.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán xác định bản chất bệnh lý khớp. Đây là kỹ thuật tương đối đơn giản, có thể thực hiện ở nhiều cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coiffier G., Ferreyra M., Albert J.-D., Stock N., et al** (2018), "Ultrasound-guided synovial biopsy improves diagnosis of septic arthritis in acute arthritis without enough analyzable synovial fluid: a retrospective analysis of 176 arthritis from a French rheumatology department", *Clinical Rheumatology*, 37 pp. 2241-2249.
2. **Humby F., Romão V.C., Manzo A., Filer A., et al** (2018), "A multicenter retrospective analysis evaluating performance of synovial biopsy techniques in patients with inflammatory arthritis: arthroscopic versus ultrasound-guided versus blind needle biopsy", *Arthritis Rheumatology*, 70 (5), pp. 702-710.
3. **Johnsson H., Najm A.** (2021), "Synovial biopsies in clinical practice and research: current developments and perspectives", *Clin Rheumatol*, 40 (7), pp. 2593-2600.
4. **Just S.A., Humby F., Lindegaard H., de Bellefon L.M., et al** (2018), "Patient-reported outcomes and safety in patients undergoing synovial biopsy: comparison of ultrasound-guided needle biopsy, ultrasound-guided portal and forceps and arthroscopic-guided synovial biopsy techniques in five centres across Europe", *RMD open*, 4 (2), pp. e000799.
5. **Kelly S., Humby F., Filer A., Ng N., et al** (2015), "Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well-tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients", *Annals of the rheumatic diseases*, 74 (3), pp. 611-617.
6. **Krenn V., Morawietz L., Burmester G.R., Kinne R., et al** (2006), "Synovitis score: discrimination between chronic low-grade and high-grade synovitis", *Histopathology*, 49 (4), pp. 358-364.
7. **Madruga Dias J., Costa M., Pereira da Silva J., Viana de Queiroz M.J.I.** (2014), "Septic arthritis: patients with or without isolated infectious agents have similar characteristics", *Infection*, 42 pp. 385-391.
8. **Marin F., Lasbleiz J., Albert J., Askri A., et al** (2006), "Synovial biopsy under US guidance: technical considerations and results", *Journal de radiologie*, 87 (5), pp. 561-565.
9. **Najm A., Le Goff B., Orr C., Thurlings R., et al** (2018), "Standardisation of synovial biopsy analyses in rheumatic diseases: a consensus of the EULAR Synovitis and OMERACT Synovial Tissue Biopsy Groups", *Arthritis Research Therapy*, 20 pp. 1-7.
10. **Najm A., Orr C., Heymann M.F., Bart G., et al** (2016), "Success Rate and Utility of Ultrasound-guided Synovial Biopsies in Clinical Practice", *J Rheumatol*, 43 (12), pp. 2113-2119.

CĂN NGUYÊN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM KHUẨN SƠ SINH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2022

Nguyễn Hữu Sơn¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định căn nguyên và kết quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trong thời gian từ 1/2022-12/2022 trên 227 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh và có kết

quả nuôi cấy dương tính tại khoa Hồi sức sơ sinh và khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Căn nguyên trẻ viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 52,8%, tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết chiếm 47,6%, viêm da chiếm 10,1%, Có 1 trường hợp viêm màng não mủ chiếm 0,4%. Kết quả phân lập vi khuẩn căn nguyên gây bệnh viêm da cho thấy 100% do tụ cầu vàng; Kết quả phân lập vi khuẩn ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết cho thấy tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* chiếm 30,6%, sau đó là vi khuẩn *Staphylococcus aureus* chiếm 18,5%; Kết quả phân lập vi khuẩn ở bệnh nhi viêm phổi cho thấy cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* chiếm 42,9%. Tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 80,2%; thời gian nằm viện trung bình là 28,6 ± 25,3 ngày. **Kết luận:** Kết quả phân lập vi khuẩn cho thấy có nhiều vi khuẩn gây bệnh, trong đó đa số là vi khuẩn *Klebsiella*

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

pneumoniae ở bệnh viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết, vi khuẩn tụ cầu vàng ở bệnh viêm da. Tỷ lệ tử vong chiếm khá cao. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn sơ sinh, cấy máu, viêm phổi.

SUMMARY

THE CAUSES AND TREATMENT RESULTS OF SOME COMMON INFECTIOUS DISEASES IN NEWBORNS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL 2022

Objective: To identify the causes and outcomes of some common infections in neonates at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted from January 2022 to December 2022 among 227 neonates diagnosed with neonatal infections and positive culture results in the Neonatal Intensive Care Unit and the Neonatology Department of the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** The leading cause of infection was pneumonia, accounting for 52.8%, followed by sepsis at 47.6%, and skin infection at 10.1%. There was one case of meningitis, accounting for 0.4%. The bacterium causing skin infections was identified as 100% *Staphylococcus aureus*; the highest proportion of bacteria isolated in cases of sepsis was *Klebsiella pneumoniae* at 30.6%, followed by *Staphylococcus aureus* at 18.5%. *Klebsiella pneumoniae* was also the most commonly isolated bacteria in cases of pneumonia, accounting for 42.9%. The overall recovery rate was 80.2%, with an average hospital stay of 28.6 ± 25.3 days. **Conclusion:** The results of bacterial isolation showed that many bacteria can cause neonatal infections, with *Klebsiella pneumoniae* being the most common in cases of pneumonia and sepsis, and *Staphylococcus aureus* being the most common in cases of skin infections. The mortality rate was quite high.

Keywords: Neonatal infection, Blood culture, pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) là tình trạng tổn thương viêm của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể do nhiễm khuẩn gây ra ở thời kỳ sơ sinh, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh non tháng. Tỷ lệ NKSS là 1-10‰ số trẻ sơ sinh sống trên toàn thế giới, tỷ lệ này cao gấp 10 lần ở trẻ đẻ non [1]. Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) gồm các bệnh nhiễm khuẩn xuất hiện trong 28 ngày đầu của cuộc sống, được chia làm 2 loại, là NKSS sớm (xảy ra trong 3 ngày đầu của cuộc sống) và NKSS muộn.

Nguyên nhân gây bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh rất đa dạng. Căn nguyên gây NKSS thường do liên cầu nhóm B (*Streptococcus agalactiae*), *Listeria*..., trong khi *Escherichia coli* là nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở nhóm tuổi này, nguồn lây của các vi khuẩn này là từ mẹ sang con. Các nguyên nhân gây NKSS muộn thường là *S.aureus*, *Klebsiella*, các vi khuẩn nhiễm khuẩn

bệnh viện, nguyên nhân thường do thở máy, các thủ thuật xâm lấn như đặt nội khí quản, Catheter trung tâm,... Các nhiễm khuẩn huyết, Viêm màng não mủ thời kỳ sơ sinh thường gây ra các di chứng nặng nề về hệ thần kinh và tử vong ở trẻ sơ sinh [1]

Hàng năm tại khoa SS và HSSS Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An có khoảng 5000 trẻ phải nhập viện và điều trị. Theo Trương Lệ Thị, tại khoa HSSS tỷ lệ tử vong là 10,1%, trong đó tử vong do NKSS chiếm 18,1%. Tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh sớm 27%, nhiễm khuẩn sơ sinh muộn chiếm 8%, tỷ lệ viêm phổi là 17,4%. Trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có tỷ lệ tử vong cao gấp 2,8 lần [2]. Tuy nhiên việc xác định nguyên nhân gây bệnh và kết quả điều trị các bệnh lý về nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ sơ sinh chưa được nghiên cứu cụ thể tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "*Căn nguyên và kết quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022*" với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả căn nguyên của một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp, tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh và có kết quả nuôi cấy dương tính tại khoa Sơ sinh và Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2022 đến hết tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn và có kết quả nuôi cấy dương tính với dịch tỵ hầu, nội khí quản, da, dịch não tủy tại khoa Sơ sinh và Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian nghiên cứu.

- Cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có đầy đủ thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ 227 trẻ sơ sinh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu được lựa chọn.

- **Quy trình thực hiện:**

+ Lập phiếu nghiên cứu: Tiến hành lập phiếu nghiên cứu, mỗi bệnh nhân có một phiếu nghiên cứu riêng trong đó có ghi đầy đủ các mục hành chính, bệnh sử, tiền sử, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

+ Khảo sát các biến số nghiên cứu: Tiến hành hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng, cấy các loại dịch: máu, dịch não tủy, cấy da, dịch tị hầu, dịch nội khí quản.. và làm kháng sinh đồ theo tiêu chuẩn CLSI 2012 cho từng loại vi khuẩn.

+ Đánh giá kết quả: Xác định căn nguyên gây bệnh, kết quả điều trị, thời gian nằm viện.

- Các biến số/ chỉ số nghiên cứu:

+ Các biến số/ chỉ số về mặt lâm sàng: triệu chứng hô hấp, triệu chứng tim mạch, triệu chứng tiêu hóa, triệu chứng thần kinh, triệu chứng da, niêm mạc, tình trạng thở máy.

+ Các chỉ số về CLS: Công thức máu, Định lượng CRP, nồng độ CRP được đo theo phương pháp định lượng tại khoa Sinh hóa Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, PCT

+ Tiêu chuẩn cấy và làm kháng sinh đồ: lấy bệnh phẩm thực hiện tại khoa Sơ sinh, Hồi sức sơ sinh, người thực hiện là các bác sỹ, điều dưỡng đảm bảo đúng quy trình cấy máu và đúng kỹ thuật.

- Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ thông qua tần số, tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất. Bảng và biểu đồ được trình bày theo các biến số nghiên cứu. Test χ^2 và giá trị p được tính để so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Đạo đức nghiên cứu: Người nhà bệnh nhân được biết về mục đích, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo đảm bí mật. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học thông qua và sự đồng ý của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Đây là nghiên cứu quan sát mô tả, không can thiệp vì vậy không ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và quyền lợi của trẻ bệnh cũng như của bệnh viện và cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

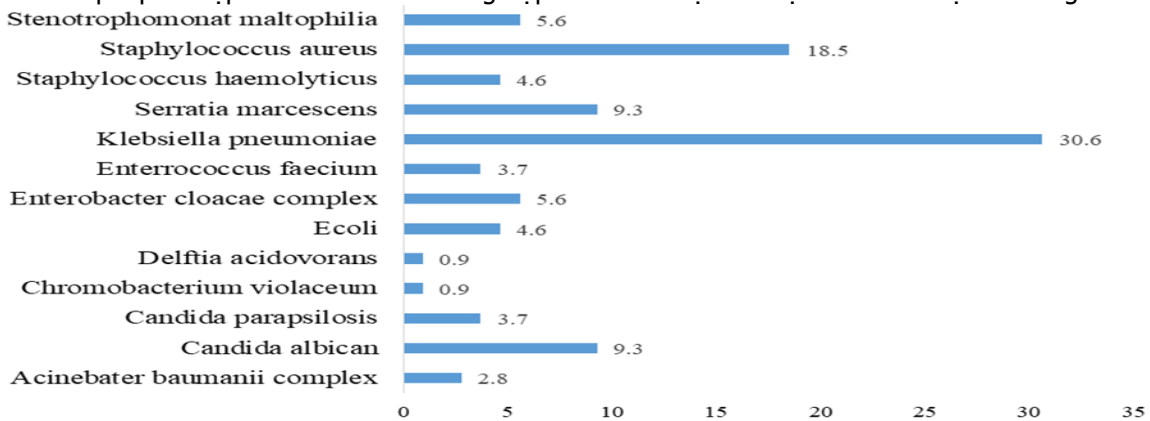
Qua nghiên cứu trên 227 bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh có cấy dương tính với dịch tị hầu, nội khí quản, da, dịch não tủy tại khoa Sơ sinh và Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho thấy tỷ lệ trẻ nam 1,2 lần trẻ nữ; 60,4% trẻ có cân nặng <2500gr; tuổi thai trung bình 34,9±3,4 tuần tuổi.

Bảng 1. Căn nguyên các bệnh NKSS thường gặp (n=227)

| Chẩn đoán | <37 tuần (n=135) | | ≥ 37 tuần (n=92) | | Tổng (n=227) | |
|-----------------------------------|------------------|------|------------------|------|--------------|-------|
| | SL | (%) | SL | (%) | SL | % |
| Viêm phổi | 81 | 60,0 | 39 | 42,4 | 120 | 52,8 |
| Viêm da | 10 | 7,4 | 13 | 14,1 | 23 | 10,1% |
| Nhiễm khuẩn huyết | 73 | 54,1 | 35 | 38,0 | 108 | 47,6 |
| Nhiễm khuẩn huyết + Viêm màng não | 55 | 40,7 | 20 | 21,7 | 75 | 33,0 |

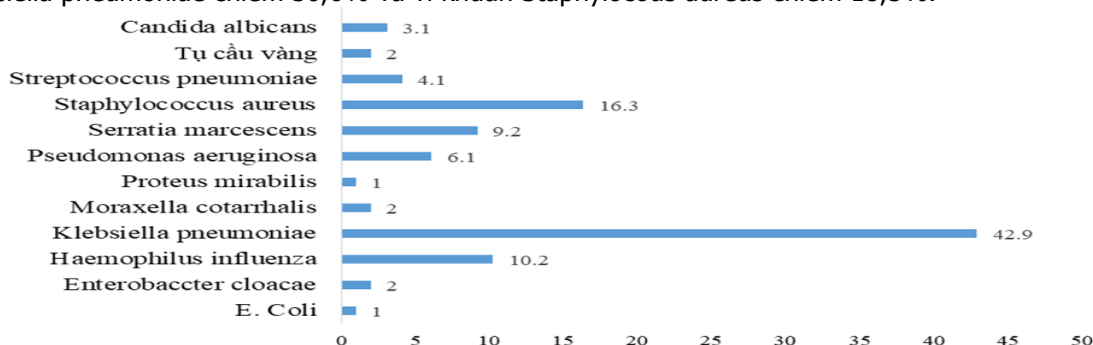
Nhận xét: Bảng trên cho thấy căn nguyên gây bệnh NKSS là viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,8%, tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết chiếm 47,6%, viêm da chiếm 10,1%, chỉ có 1 trường hợp viêm màng não mũ chiếm 0,4%

- Kết quả phân lập vi khuẩn ở 23 trường hợp viêm da được xác định 100% là tụ cầu vàng.



Biểu đồ 1. Phân bố vi khuẩn gây NKSS phân lập được từ cấy máu (n=108)

Nhận xét: Kết quả phân lập vi khuẩn ở những bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết cho thấy có nhiều vi khuẩn được phân lập ở những trẻ nhiễm khuẩn huyết, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* chiếm 30,6% và vi khuẩn *Staphylococcus aureus* chiếm 18,5%.



Biểu đồ 2. Phân bố vi khuẩn trong viêm phổi

Nhận xét: Kết quả phân lập vi khuẩn ở những bệnh nhi viêm phổi cho thấy có nhiều vi khuẩn được phân lập phần lớn là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 42,9% và vi khuẩn *Staphylococcus aureus* chiếm 16,3%; *Haemophilus influenzae* chiếm 10,2%.

Bảng 2. Kết quả điều trị theo tuổi thai (n=227)

| Tuổi thai | Kết quả điều trị | | | | | |
|-----------|------------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Khỏi | | Chuyển viện | | Tử vong/xin về | |
| | SL | % | SL | % | SL | % |
| < 37 tuần | 99 | 73,3 | 15 (11,1) | 11,1 | 21 | 15,6 |
| ≥ 37 tuần | 83 | 90,2 | 7 | 7,6 | 2 | 2,2 |
| Tổng | 182 | 80,2 | 22 | 9,7 | 23 | 10,1 |
| p | <0,05 | | | | | |

Nhận xét: Kết quả điều trị cho thấy ở những trẻ sinh đủ tháng có kết quả điều trị khỏi cao hơn so với những trẻ sinh thiếu tháng (90,2% so với 73,3%); ở những trẻ chuyển khoa/chuyển viện và trẻ tử vong/xin về thì ở những trẻ sinh non dưới 37 tuần chiếm tỷ lệ cao hơn so với những trẻ sinh đủ tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Thời gian điều trị (n=227)

| Kết quả điều trị | SL | Ngắn nhất | Dài nhất | X | SD |
|------------------|-----|-----------|----------|------|------|
| Khỏi | 182 | 3 | 125 | 27,9 | 24,5 |
| Chuyển viện | 22 | 3 | 141 | 40,8 | 35,4 |
| Tử vong/xin về | 23 | 1 | 46 | 21,2 | 16,3 |
| Tổng | 272 | 1 | 141 | 28,6 | 25,3 |

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình của nhóm khỏi bệnh là $27,9 \pm 24,5$ ngày; nhóm trẻ chuyển viện trung bình $40,8 \pm 35,4$ ngày; còn ở những trẻ tử vong hoặc xin về trung bình $22,2 \pm 16,3$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 227 bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh có cấy dương tính với dịch tỵ hầu, nội khí quản, da, dịch não tủy tại khoa Sơ sinh và Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho thấy tỷ lệ trẻ nam chiếm 54,2% so với 45,8% trẻ gái, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trần Diệu Linh tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương cho kết quả tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm trẻ nam 66,7%, trẻ nữ 33,3% [3]; tỷ lệ trẻ đủ tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,5% cao hơn kết quả nghiên

cứu của tác giả Dương Quốc Trường và cộng sự năm 2022 tại trung tâm Nhi Khoa bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên là 36,8% trẻ đủ tháng; 63,2% trẻ đẻ non [4]; tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh được xác định trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,4% cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hà xác định tỷ lệ trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là 57,6% [5], tác giả Betty Chacko, Inderpreet Sohi (2005) thấy kết quả: Tỷ lệ mắc NKSSS là 20.7 ca trên 1000 ca sinh sống và chiếm 55.4% tỉ lệ bệnh nhân nhiễm trùng sơ sinh [6]

Xác định căn nguyên nhiễm khuẩn sơ sinh cho thấy viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,8%, tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết chiếm 47,6%; Nhiễm khuẩn huyết + viêm màng não chiếm 33,0%; viêm da chiếm 10,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết

quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hà và cộng sự tại bệnh viện Nhi Đồng I là viêm phổi (50,3%), nhiễm khuẩn huyết là 31,1%, nhiễm khuẩn vết mổ 10%. Trong khi đó trong nghiên cứu của Payman và cộng sự thì Nhiễm khuẩn mắt đứng hàng đầu 27%, kế đến là NKH, NK vết mổ chiếm 21% [7]. Đây là một vấn đề lớn và khó khăn trong việc phòng ngừa do tỷ lệ bệnh nhi sơ sinh vào nằm tại khoa HSTCSS thường nặng, suy hô hấp và phải thở máy cũng như tiêm truyền cao.

Về đặc điểm vi khuẩn gây bệnh, Kết quả phân lập vi khuẩn cấy máu cho thấy có nhiều vi khuẩn được phân lập ở những trẻ nhiễm khuẩn huyết, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* chiếm 30,6% và vi khuẩn *Staphylococcus aureus* chiếm 18,5%; Kết quả phân lập vi khuẩn ở những bệnh nhi viêm phổi cho thấy có nhiều vi khuẩn được phân lập phần lớn là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 42,9% và vi khuẩn *Staphylococcus aureus* chiếm 16,3%; *Haemophilus influenzae* chiếm 10,2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và cs [8] 61.3% là tác nhân gram âm trong đó hàng đầu là *Klebsiella spp* (44%), *E. coli* (19%), vi trùng gram dương chiếm tỉ lệ thấp hơn 39 chủ yếu là *Staphylococcus coagulase negative*. Trong nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự [7] tác nhân thường phân lập được đứng hàng đầu là vi khuẩn gram âm đa kháng (97%), thứ tự là *Klebsiella spp* 60 (35%), *Acinetobacter spp* 43 (25%), *Pseudomonas aeruginosa* 29 (17%),.. Vi khuẩn gram dương phân lập được SCN 10 (5,8%). *Staphylococcus aureus* 3(1,7%). Trong khi đó nghiên cứu của Trần Diệu Linh [3] cho kết quả Liên cầu B là vi khuẩn chiếm ưu thế gây NKSS sớm với tỷ lệ 37%. *Enterobacter* chiếm 22.2% , và *E.coli* chiếm 14.8%, Sỡ dĩ có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu như vậy có thể do thể do sự khác nhau về kỹ thuật phòng xét nghiệm, thời gian làm xét nghiệm cấy máu tìm vi khuẩn và cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau.

Trong 272 bệnh nhân được nghiên cứu, tỷ lệ khỏi hoàn toàn là 80.2%, tỷ lệ chuyển viện/chuyển khoa là 9,7%, tỷ lệ tử vong là 10,1%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Phương cho kết quả khỏi là 65,3%, Nguyễn Thị Thanh Hà là 67,8% [7]. Sỡ dĩ có sự khác biệt như vậy vì nghiên cứu của Phạm Thị Phương [9] nghiên cứu ở trẻ viêm màng não mủ còn chúng tôi nghiên cứu rộng hơn trên trẻ nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm da.

Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm khỏi bệnh là $27,9 \pm 24,5$ ngày; nhóm trẻ chuyển khoa/chuyển viện trung bình $40,8 \pm 35,4$ ngày; còn ở những trẻ tử vong hoặc xin về trung bình $22,2 \pm 16,3$ ngày. nghiên cứu của Phạm Thị Phương cho thời gian trung bình là 20,48 ngày.

V. KẾT LUẬN

- Căn Nguyên gây bệnh NKSS chiếm tỷ lệ cao nhất là viêm phổi (52,8%), nhiễm khuẩn huyết (47,6%), Nhiễm khuẩn huyết + Viêm màng não mủ (33,3), viêm da (10,1%)

- Phân lập vi khuẩn các bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh cho thấy có nhiều loại vi khuẩn gây bệnh trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là *Klebsiella pneumoniae*

- Kết quả điều trị cho thấy có 80,2% bệnh nhi khỏi bệnh, 9,7% chuyển viện và 10,1% trẻ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lawn J.E., Cousens S., Zupan J., et al. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why?. *Lancet*, 2005; 365(9462), 891-900.
2. Trương Lệ Thi, Khu Thị Khánh Dung, Phan Đình Toàn. Mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh tại khoa Hồi sức cấp cứu Sơ sinh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2019-2020. *Tạp chí Nhi Khoa*, 2020.
3. 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*, 2005; 13 (2).
4. Dương Quốc Trường, Đỗ Thái Sơn, Dương Ngọc Nga và CS. Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại trung tâm Nhi Khoa bệnh viện Nhi Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí y học Việt Nam*.2022; 1 (512), tr 147-151.
5. Nguyễn Thanh Hà, Trần Đình Long. Nghiên cứu lâm sàng Nhiễm Khuẩn sơ sinh sớm và một số yếu tố liên quan tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. *Tạp chí Nhi Khoa*, 2006, 14, tr.42-47.
6. Betty Chacko, Inderpreet Sohi. Early onset neonatal sepsis. *The Indian Journal of Pediatrics*, 2005; 72(1), 23.
7. Nguyễn Thị Thanh Hà, Cam Ngọc Phương, Lê Hồng Dũng và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 2011; 15 (3).
8. Nguyễn Thanh Liêm, Lâm Thị Mỹ. 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 tháng 1-99 đến 1-04. *Tạp chí y học TP. Hồ chí Minh*, 2005; 9 (1), tr. 196-201.
9. Phạm Thị Phương. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm màng não mủ ở trẻ sơ sinh bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi Khoa*, 2020;1, tr.38-43.