

- một số chỉ số tiên lượng của bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tại bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y- Dược học Quân sự;6:64-68.
4. **Phạm Văn Thái, Thiều Thị Hằng, Mai Trọng Khoa và cs** (2018). Đánh giá vai trò của 18F-FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh u lympho không Hodgkin. Tạp chí Ung thư học Việt Nam;5:75-79.
 5. **Lại Thị Thanh Thảo, Suzanne MCB Thanh Thanh, Trần Thanh Tùng và cs** (2015). Ứng dụng hình ảnh PET/CT trong phân chia giai đoạn U lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa. Tạp chí Ung thư học Việt Nam;5:124-129.
 6. **Ômür Ö, Baran Y, Oral A, Ceylan Y** (2014). Fluorine-18 fluorodeoxyglucose PET-CT for extranodal staging of non-Hodgkin and Hodgkin lymphoma. Diagn Interv Radiol;20(2):185-192. doi:10.5152/dir.2013.13174
 7. **Zhang J, Wang R, Fan Y, et al** (2014). [Metabolic activity measured by ¹⁸F-FDG PET/CT in newly diagnosed patients with non-Hodgkin lymphoma: correlation with immunophenotype]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi;94(33):2576-2579.
 8. **Alobthani G, Romanov V, Isohashi K, et al** (2018). Value of 18F-FDG PET/CT in discrimination between indolent and aggressive non-Hodgkin's lymphoma: A study of 328 patients. Hell J Nucl Med;21(1):7-14. doi:10.1967/s002449910701
 9. **Mosavi F, Wassberg C, Selling J, Molin D, Ahlström H** (2015). Whole-body diffusion-weighted MRI and (18)F-FDG PET/CT can discriminate between different lymphoma subtypes. Clin Radiol;70(11):1229-1236. doi:10.1016/j.crad.2015.06.087
 10. **Li J, Zhao M, Yuan L, Liu Y, Ma N** (2022). [Correlation and Influencing Factors of SUVmax and Ki-67 in Non-Hodgkin Lymphoma]. Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi;30(1):136-140. doi:10.19746/j.cnki.issn.1009-2137.2022.01.022

CĂN NGUYÊN VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thị Hương Giang^{1,2}, Nguyễn Thị Quỳnh Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm 202 trẻ sơ sinh điều trị tại Trung tâm sơ sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh và có kết quả cấy máu dương tính trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022. Tất cả đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm (dưới 72 giờ sau sinh) và nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn (trên 72 giờ sau sinh). **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm và nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn lần lượt là 15,5% và 84,5%. Streptococcus spp là căn nguyên thường gặp nhất gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm. Nhóm vi khuẩn gram âm là nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn hay gặp hơn, trong đó Klebsiella pneumoniae chiếm tỉ lệ cao nhất với 35,6%. Trẻ đủ tháng có nguy cơ mắc Streptococcus spp, Staphylococcus aureus và Escherichia coli cao hơn. Ngược lại Klebsiella pneumoniae và Serratia marcescens thường gặp hơn ở trẻ đẻ non mắc NKHSS. **Kết luận:** Phần lớn là căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là nhóm vi khuẩn gram âm, đặc biệt trong nhóm nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn. Klebsiella pneumoniae và

Streptococcus spp vẫn là những căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh, vi khuẩn.

SUMMARY

THE BACTERIAL CAUSING NEONATAL SEPSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objectives: This study aimed to determine the bacterial causing neonatal sepsis. **Method:** A prospective, cross-sectional descriptive study, including 202 neonates who treated at Neonatal Center of National Hospital of Pediatrics from January 1, 2021, to December 31, 2022. These patients were diagnosed with neonatal sepsis (less than 72 hours postpartum) and had positive blood culture results. All patients in the present study were divided into 2 groups: early onset sepsis (less than 72 hours postpartum) and late onset sepsis (over than 72 hours postpartum). **Results:** The rates of infants with early onset sepsis and late onset sepsis were 15.5% and 84.5% respectively. Streptococcus spp is the most common cause of early onset sepsis. Gram-negative bacteria group is the most common cause of late onset sepsis, in which Klebsiella pneumoniae accounts for the highest rate with 35.6%. Full-term infants have the higher risk of developing Streptococcus spp, Staphylococcus aureus, and Escherichia coli infection. Whereas Klebsiella pneumoniae and Serratia marcescens are more common in preterm newborns. **Conclusion:** Most of pathogens are the negative bacterial generally, particularly in the late onset sepsis group. Klebsiella pneumoniae and Streptococcus spp remain the most common bacterial pathogens.

Keywords: Neonatal sepsis, newborn, bacterial.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh trên thế giới.¹ Nguyên nhân gây NKHSS có thể là các vi khuẩn gram dương, vi khuẩn gram âm hoặc nhiễm trùng cơ hội do nấm Candida. Các tác nhân gây bệnh này thường khác nhau khi so sánh giữa các địa điểm, thời gian nghiên cứu và khả năng kiểm soát nhiễm khuẩn của từng khu vực.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, tỉ lệ mắc NKHSS ước tính là 2202 trên 100.000 ca sinh sống với tỉ lệ tử vong dao động từ 11% đến 19%.² Tỉ lệ mắc của NKHSS sớm dao động từ 1 đến 5 trên 1000 trẻ sơ sinh sống, tỉ lệ này có xu hướng giảm do các chiến lược điều trị kháng sinh cho bà mẹ có nhiễm trùng trong thai kỳ. Tỉ lệ mắc của NKHSS muộn lên tới 14,2% ở trẻ sơ sinh nhập viện.²

Việc bắt đầu điều trị kháng sinh sớm là cần thiết trước khi có kết quả cấy máu và kháng sinh đồ. Tuy nhiên việc lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm không phù hợp, sử dụng kháng sinh phổ rộng không cần thiết và thời gian điều trị kéo dài góp phần làm tăng tỉ lệ kháng kháng sinh hiện nay. Do vậy, hiểu được các căn nguyên vi khuẩn là vấn đề quan trọng trong việc lựa chọn kháng sinh phù hợp điều trị NKHSS. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân từ 0 – 28 ngày tuổi điều trị tại Trung tâm sơ sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương được chẩn đoán NKHSS và có kết quả cấy máu dương tính trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Chẩn đoán NKHSS dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của cơ quan Y tế Châu Âu EMA (European Medicines Agency) năm 2010: Trẻ sơ sinh có ≥ 2 biểu hiện lâm sàng cùng với ≥ 2 dấu hiệu cận lâm sàng và có kết quả cấy máu dương tính.³

Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm:

- NKHSS sớm là nhiễm khuẩn xuất hiện trong vòng 72 giờ sau đẻ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến 12/2022 có 202 trẻ được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 4 trẻ có kết quả cấy máu ra 2 loại vi khuẩn khác nhau. Tỉ lệ trẻ mắc NKHSS sớm và NKHSS muộn lần lượt là 15,5% và 84,5% trong tổng số trẻ mắc NKHSS.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng	NKHSS sớm	NKHSS muộn	Giá trị p*
----------	------	-----------	------------	------------

- NKHSS muộn là nhiễm khuẩn xuất hiện sau 72 giờ sau đẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ có đủ các dấu hiệu lâm sàng nhưng không đủ các thông tin cận lâm sàng khẳng định NKHSS.

- Kết quả cấy máu dương tính do ngoại nhiễm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

- Tất cả các bệnh nhân 0 - 28 ngày tuổi vào Trung tâm sơ sinh điều trị được chẩn đoán NKHSS và có kết quả cấy máu dương tính.

- Mỗi trẻ này được thu thập số liệu về thông tin chung, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng (triệu chứng hô hấp, thân nhiệt, tuần hoàn, thần kinh, tiết niệu, da niêm mạc), cận lâm sàng (công thức máu, định lượng CRP) tại thời điểm cấy máu, kết quả điều trị, căn nguyên gây bệnh và kết quả kháng sinh đồ.

- Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: NKHSS sớm và NKHSS muộn, từ đó xác định các yếu tố nguy cơ của NKHSS.

- Tiêu chuẩn cấy và làm kháng sinh đồ: lấy bệnh phẩm thực hiện tại Trung tâm sơ sinh, người thực hiện là các điều dưỡng, đảm bảo đúng quy trình và đúng kỹ thuật cấy máu.

- Số lượng bạch cầu tăng: $>20G/l$ với trẻ đủ tháng, $>25G/l$ với trẻ đẻ non dưới 37 tuần.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

Các biến số được trình bày dưới dạng bảng thông qua tần số, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính được tính theo tỉ lệ. So sánh hai tỉ lệ sử dụng Test χ^2 hoặc Fisher's exact test.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung Ương và Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và chấp nhận theo quyết định số 2773/BVNTW-HĐĐĐ ngày 17 tháng 11 năm 2022. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị hay làm chậm quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

Giới tính, n (%)				
Nam	110 (54,5)	17	93	0,869
Nữ	92 (45,5)	15	77	
Tuổi thai, X±SD				
< 37 tuần, n (%)	34,37 ± 4,87	36,69 ± 3,18	33,93 ± 5,02	0,019
≥ 37 tuần, n (%)	114 (56,4)	12	102	
≥ 37 tuần, n (%)	88 (43,6)	20	68	0,007
Cân nặng lúc sinh, X±SD				
< 2500 gram, n (%)	2213,44±916,77	2762,59±51,32	2110,08±875,08	0,007
≥ 2500 gram, n (%)	113 (55,9)	11	102	
≥ 2500 gram, n (%)	89 (44,1)	21	68	0,773
Phương pháp sinh				
Sinh thường, n (%)	90 (44,6)	15	75	0,773
Sinh mổ, n (%)	112 (55,4)	17	95	
Mẹ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai, n (%)				
Sốt trong 1 tuần trước sinh	31 (15,3)	25	6	0
Viêm phụ khoa	34 (16,8)	19	15	0
Ôi xanh/bẩn hoặc Rỉ ối trước sinh >18 giờ	21 (10,4)	16	5	0
Can thiệp, n (%)				
Thở máy xâm nhập	127 (68,8)	24	103	0,122
Có đường truyền trung tâm trước chẩn đoán	66 (32,7)	5	61	0,025

*Giá trị được tính theo Test χ^2 hoặc Fisher's exact test

Nhận xét: Hơn một nửa số trẻ có cân nặng lúc sinh thấp dưới 2500 gram. Tỷ lệ trẻ đẻ non trong nhóm nghiên cứu tương đối cao, chiếm 56,4%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1. Tỷ lệ trẻ sinh mổ là 44,6%. Không có sự khác biệt về giới, tuổi thai, cân nặng lúc sinh và phương pháp sinh giữa nhóm NKHSS sớm và NKHSS muộn. Tỷ lệ trẻ đẻ non, cân nặng lúc sinh thấp và trẻ có đường truyền trung tâm cao hơn ở trẻ mắc NKHSS muộn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trẻ mắc NKHSS sớm có tỷ lệ mẹ rỉ ối > 18 giờ, sốt trong 1 tuần trước sinh và viêm phụ khoa cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc NKHSS

Đặc điểm	Giá trị n (%)
----------	---------------

Đặc điểm lâm sàng	Triệu chứng hô hấp	106 (52,5)
	Triệu chứng tuần hoàn	92 (45,5)
	Triệu chứng thần kinh	95 (47,0)
	Triệu chứng tiêu hóa	138 (68,3)
	Tăng thân nhiệt	110 (54,5)
Đặc điểm cận lâm sàng	Triệu chứng da niêm mạc	158 (78,2)
	Số lượng bạch cầu tăng	40 (19,8)
	Số lượng bạch cầu < 5 G/l	28 (13,9)
	Số lượng tiểu cầu < 150 G/l	126 (62,4)
	Tăng CRP > 6 mg/dl	179 (88,6)

Nhận xét: Các triệu chứng da niêm mạc và tiêu hóa ở trẻ mắc NKHSS phổ biến nhất, chiếm lần lượt 78,2% và 68,3%. Hơn 50% trẻ mắc NKHSS có triệu chứng hô hấp và tăng thân nhiệt. Các đặc điểm cận lâm sàng của trẻ mắc NKHSS thường gặp nhất bao gồm: tăng CRP, giảm tiểu cầu.

Bảng 3: Kết quả phân lập vi khuẩn trong máu của trẻ mắc NKHSS

Vi khuẩn	NKHSS sớm n = 32 (15,5%)		NKHSS muộn n = 174 (84,5%)		Giá trị p*
	n	%	n	%	
Vi khuẩn gram dương	16	50	33	19	
Staphylococcus aureus	7	21,9	23	13,2	0,223
Streptococcus spp	8	25	9	5,2	0,173
Staphylococcus capitis	0	0	1	0,6	
Bacillus cereus group	1	3,1	0	0	
Vi khuẩn gram âm	16	50	141	81	
Klebsiella pneumoniae	5	15,6	62	35,6	0,026
Serratia marcescens	3	9,4	21	12,1	1,000
Escherichia coli	4	12,5	18	10,3	0,755
Enterobacter Cloacae	1	0,6	13	7,5	0,701
Acinetobacter baumannii	0	0	12	6,9	0,02
Vi khuẩn gram âm khác	3	9,4	15	8,6	1,000

Nhận xét: Tác nhân vi khuẩn gây NKHSS nói chung và NKHSS muộn chủ yếu là vi khuẩn gram âm, chiếm tỉ lệ cao nhất là Klebsiella pneumoniae. Tỉ lệ vi khuẩn gram âm và vi khuẩn gram dương trong nhóm NKHSS sớm là tương đương nhau. Vi khuẩn gram dương gây NKHSS sớm và NKHSS muộn thường gặp nhất lần lượt là

**Giá trị được tính theo Test χ^2 hoặc Fisher's exact test* Streptococcus spp (25%) và Staphylococcus aureus (13,2%). Tỉ lệ nhiễm khuẩn ở nhóm NKHSS muộn nhìn chung cao hơn, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê khi so sánh từng loại vi khuẩn nói riêng, trừ nhóm Klebsiella pneumoniae và Acinetobacter baumannii.

Bảng 4: Phân bố các chủng vi khuẩn chính gây bệnh theo tuổi thai

Vi khuẩn	Tuổi thai <37 tuần		Tuổi thai ≥ 37 tuần		Giá trị p*
	n	%	n	%	
Streptococcus spp	3	2,5	14	15,9	0,001
Staphylococcus aureus	4	3,4	26	29,5	0,001
Klebsiella pneumoniae	51	43,2	16	18,2	0,001
Serratia marcescens	21	17,8	3	3,4	0,001
Escherichia coli	7	5,9	15	17,0	0,011
Enterobacter Cloacae	10	8,5	4	4,5	0,268
Acinetobacter baumannii	10	8,5	2	2,3	0,06
Elizabethkingia meningoseptica	4	3,4	1	1,1	0,396
Pseudomonas aeruginosa	2	1,7	1	1,1	1,000

Nhận xét: Trẻ đủ tháng có nguy cơ mắc Streptococcus spp, Staphylococcus aureus và Escherichia coli cao hơn trẻ đẻ non, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Klebsiella pneumoniae và Serratia marcescens thường gặp hơn ở trẻ đẻ non, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 202 bệnh nhi được chẩn đoán NKHSS và có kết quả cấy máu dương tính tại Trung tâm sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỉ lệ nam/nữ là 1,2/1, tương đồng với các nghiên cứu về nhiễm khuẩn sơ sinh tại Việt Nam và trên thế giới. Tỉ lệ trẻ đẻ non trong nghiên cứu tương đối cao, chiếm 56,4%, thấp hơn nghiên cứu năm 2019 trên 102 trẻ NKHSS tại bệnh viện Phụ sản Trung ương là 87%. Tỉ lệ NKHSS sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,5%, tương đồng với kết quả của Tessema là 11,9%, thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Đức Dũng là 39,2%.^{4,5}

Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất được thống kê là các triệu chứng da niêm mạc và triệu chứng tiêu hóa, chiếm trên 60%. Các triệu chứng hô hấp chiếm hơn 50% các trường hợp. Ngược lại, nghiên cứu tại Nepal ghi nhận triệu chứng hô hấp thường gặp nhất, chiếm 79%.⁶ Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,5%. Điều này có thể giải thích do tỉ lệ trẻ đẻ non và suy hô hấp sau sinh trong nghiên cứu tại Nepal tương đối cao (68,1%). Các biểu hiện cận lâm sàng, phần lớn gồm tăng CRP (88,6%) và giảm

**Giá trị được tính theo Test χ^2 hoặc Fisher's exact test* tiểu cầu (62,4%). Tỉ lệ tăng bạch cầu chỉ chiếm 19,8%. Khoảng 10% trẻ có mẹ bị viêm âm đạo hoặc rỉ ối trên 18h và sốt trong vòng 1 tuần trước sinh, tỉ lệ này phổ biến hơn ở nhóm trẻ mắc NKHSS sớm. Nghiên cứu tại Nepal cũng chỉ ra kết quả tương tự.⁶

Kết quả bảng 3 cho thấy căn nguyên vi khuẩn gây NKHSS chủ yếu là nhóm vi khuẩn gram âm. Trong đó, nhóm vi khuẩn gram dương và vi khuẩn gram dương có tỉ lệ tương đương ở nhóm NKHSS sớm, với Streptococcus spp là vi khuẩn thường gặp nhất, chiếm một phần tư các trường hợp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Úc, New Zealand và Đức.^{5,7} Streptococcus spp và Escherichia coli là nguyên nhân hàng đầu gây NKHSS sớm ở các quốc gia có thu nhập cao, Staphylococcus spp lại chiếm tỉ lệ cao hơn ở quốc gia có thu nhập thấp.⁸ Tỉ lệ nhiễm Staphylococcus aureus trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối cao, chiếm 21,9%.

Theo nghiên cứu tại Đức, Staphylococcus nói riêng, nhóm căn nguyên vi khuẩn gram dương nói chung, chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm NKHSS muộn.⁵ Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra phần lớn căn nguyên gây bệnh là vi khuẩn gram âm, với ba nhóm vi khuẩn phổ biến nhất là Klebsiella pneumoniae, Serratia marcescens và Escherichia coli. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hà Đức Dũng và Pokhrel.^{4,6}

Nghiên cứu này cũng chỉ ra trẻ đủ tháng có nguy cơ mắc Streptococcus spp, Staphylococcus aureus và Escherichia coli cao hơn trẻ đẻ non, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. *Klebsiella pneumoniae* và *Serratia marcescens* thường gặp hơn ở trẻ đẻ non, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nghiên cứu tại Nepal (2018) cũng tìm thấy mối liên quan giữa NKHSS muộn và tỉ lệ mắc *Klebsiella pneumoniae*, nhưng không ghi nhận ở các vi khuẩn còn lại. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm môi trường, sự tồn tại của các chủng vi khuẩn và khả năng kiểm soát nhiễm khuẩn khác nhau và mức độ lạm dụng kháng sinh của từng khu vực, từng quốc gia.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mắc NKHSS muộn có xu hướng cao hơn NKHSS sớm trong nghiên cứu của chúng tôi, trong đó phần lớn là nhóm vi khuẩn gram âm. *Streptococcus spp* là vi khuẩn gram dương NKHSS sớm thường gặp nhất. Căn nguyên NKHSS muộn thường gặp nhất là *Klebsiella pneumoniae*. Thành phần và tỉ lệ các loại vi khuẩn được phân lập từ máu trẻ mắc NKHSS rất đa dạng và có sự phân hóa khác nhau giữa các nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Seale AC, Blencowe H, Manu AA, et al.** Estimates of possible severe bacterial infection in neonates in sub-Saharan Africa, south Asia, and Latin America for 2012: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2014;14(8):731-741. doi:10.1016/S1473-3099(14)70804-7

2. **The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review - PubMed.** Accessed July 20, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29508706/>
3. **EMA.** Expert meeting on neonatal and paediatric sepsis. European Medicines Agency. Published September 17, 2018. Accessed July 20, 2023. <https://www.ema.europa.eu/en/events/expert-meeting-neonatal-paediatric-sepsis>
4. **Dũng HD, Vân NT.** Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Published online 2020.
5. **Tessema B, Lippmann N, Knüpfer M, Sack U, König B.** Antibiotic Resistance Patterns of Bacterial Isolates from Neonatal Sepsis Patients at University Hospital of Leipzig, Germany. *Antibiotics (Basel).* 2021; 10(3): 323. doi: 10.3390/antibiotics10030323
6. **Pokhrel B, Koirala T, Shah G et al.** Bacteriological profile and antibiotic susceptibility of neonatal sepsis in neonatal intensive care unit of a tertiary hospital in Nepal. *BMC Pediatr.* 2018;18:208. doi:10.1186/s12887-018-1176-x
7. **Singh T, Barnes EH, Isaacs D,** Australian Study Group for Neonatal Infections. Early-onset neonatal infections in Australia and New Zealand, 2002-2012. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2019;104(3):F248-F252. doi:10.1136/archdischild-2017-314671
8. **Fuchs A, Bielicki J, Mathur S et al.** Reviewing the WHO guidelines for antibiotic use for sepsis in neonates and children. *Paediatr Int Child Health.* 2018; 38 (Suppl 1): S3-S15. doi: 10.1080/20469047.2017.1408738

KẾT QUẢ HOÁ TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ CÓ OXALIPLATIN TRONG UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II NGUY CƠ CAO VÀ III TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÙNG VƯƠNG

Hà Diệu Thuý¹, Trịnh Lê Huy², Tấn A Pao³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III được điều trị bổ trợ phác đồ có oxaliplatin tại bệnh viện đa khoa Hùng Vương. **Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 39 bệnh nhân được

chẩn đoán xác định ung thư đại tràng giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao và III, được phẫu thuật triệt căn, sau mổ được điều trị hoá chất bổ trợ phác đồ có oxaliplatin tại bệnh viện Hùng Vương từ tháng 7-2019 đến tháng 2-2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân: 57,43, tuổi thấp nhất là 31, tuổi cao nhất là 78. Giới nam/ nữ là 14 /25. Vị trí u hay gặp nhất là đại tràng phải là 48,7%, đại tràng Sigma 30,7%, đại tràng trái 12,8%, ít gặp nhất là đại tràng ngang 7,8%. UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 79,5%, UTBM chế nhày là 20,5%. Giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao hơn 56,4%, giai đoạn II nguy cơ cao 43,6%. Độc tính trên hệ tạo huyết hạ bạch cầu độ 1,2 và 3,4 lần lượt là 25,6% và 15,4%. Giảm tiểu cầu độ 1,2 chiếm 12,8%, giảm huyết sắc tố 2,6%. Độc tính ngoài hệ tạo huyết ít gặp: Viêm thần kinh ngoại vi độ 1,2 chiếm 17,9%. Hội chứng tay chân độ 1,2 chiếm 41%, không ghi nhận độ 3,4. Số bệnh nhân hoá trị phác đồ XELOX

¹Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa Khoa Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Diệu Thuý

Email: bshadiethuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023