

cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ. Đây là phương pháp tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và giá thành rẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tseng, Y.Y., et al.,** (2009). Repeated and multiple new vertebral compression fractures after percutaneous transpedicular vertebroplasty. *Spine* 34(18): p. 1917-22.
2. **Cheng J, Muheremu A, Zeng X, Liu L, Liu Y, Chen Y,** (2019). Percutaneous vertebroplasty vs balloon kyphoplasty in the treatment of newly onset osteoporotic vertebral compression fractures. *Medicine* 98(10): e14793.
3. **Blasco J., et al.,** (2013). Effect of vertebroplasty on pain relief, quality of life, and the incidence of new vertebral fractures: a 12-month randomized follow-up, controlled trial. *J Bone Miner Res*, 27(5): p. 1159-66.
4. **Galibert P, Deramond H, Rosat P, et al,** (1987). Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty. *Neurochirurgie*; 33(2): 166-168.
5. **Farrar, J.T., et al.,** (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*; 94(2): 149-58.
6. **Genant Harry K, Chun Y Wu, Cornelis van Kuijk, et al,** (1993). Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. *Journal of bone and mineral research*, 8(9), pp.1137-1148.
7. **Hà Thoại Kỳ, Phạm Văn Năng, Nguyễn Duy Linh và cs,** (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị lún đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơm xi măng sinh học không bóng tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 51: 163-168.
8. **Hà Văn Lĩnh, Nguyễn Lê Bảo Tiên, Phan Minh Trung và cs** (2021). Kết quả bơm xi măng qua cuống điều trị lún đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện Thanh Nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 499(1&2): 109-112.
9. **Hoàng Chí Thịnh, Đỗ Đình Lộc,** (2023). Nhận xét kết quả phẫu thuật tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học ở bệnh nhân xẹp đốt sống tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 522(2): 198-202.
10. **Trần Anh Tuấn, Trần Văn Lương** (2021). Đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da bằng bơm xi măng sinh học không bóng trong điều trị xẹp cấp nhiều đốt sống do loãng xương. *Tạp chí y học lâm sàng*, 67:53-59.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG VÀO TỪ HỆ TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Nguyễn Đình Bắc¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn (SNK) đường vào từ hệ tiết niệu tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Nghiên cứu gồm 26 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 63,7 ± 13,7 tuổi, nữ chiếm đa số với tỷ lệ 65,4%. Điểm SOFA, APACHEII và lactat máu lúc vào viện lần lượt là 7,4 ± 2,5, 16,4 ± 4,2 và 4,0 ± 3,1mmol/l. Có 14 bệnh nhân (53,8%) có tắc nghẽn ở đường tiết niệu trong đó sỏi niệu quản là nguyên nhân thường gặp nhất (38,5%). Tỷ lệ cấy nước tiểu và cấy máu dương tính lần lượt là 61,5% và 69,2%. E. coli là vi khuẩn thường gặp nhất với tỷ lệ khi cấy nước tiểu và cấy máu là 38,5% và 50%. Có 50% bệnh nhân được điều trị khởi đầu với 1 kháng sinh và 50% được điều trị khởi đầu với 2 kháng sinh. Tỷ lệ đáp ứng với kháng sinh ban đầu ở 2 nhóm này là 92,3% và 84,6%. Trong 14 bệnh nhân có nguyên nhân tắc nghẽn có 9 bệnh nhân (34,6%) được dẫn lưu bể thận qua da, 4 bệnh nhân (15,4%) được

đặt JJ và 1 bệnh nhân (3,8%) phải cắt thận. Thời gian nằm viện trung bình là 19,0 ± 15,7 ngày với tỷ lệ tử vong là 7,7%. Như vậy, SNK đường vào từ hệ tiết niệu là một bệnh lý nặng và có tỷ lệ tử vong cao. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn tiết niệu nặng, sốc nhiễm khuẩn, sốc nhiễm khuẩn tiết niệu.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF INFECTIOUS SHOCK ENTERING FROM THE URINARY SYSTEM AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The purpose of this study is to evaluate the outcomes of treatment for uroseptic shock at Ha Noi Medical University Hospital. The study included 26 patients with an average age of 63.7 ± 13.7 years, the majority being female at 65.4%. SOFA scores, APACHEII scores and blood lactat at admission were 7.4 ± 2.5, 16.4 ± 4.2 and 4.0 ± 3.1mmol/l, respectively. There were 14 patients (53.8%) with urinary tract obstruction, of which ureteral stones were the most common cause (38.5%). The positive urine and blood culture rates were 61.5% and 69.2%. E. coli was the most common bacteria with urine and blood culture rates of 38.5% and 50%. 50% of patients were initially treated with 1 antibiotic and 50% of patients with 2 antibiotics. The response rate

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024

to initially antibiotics in these 2 groups were 92.3% and 84.6%. Of the 14 patients with obstructive urinary tract, 9 patients (34.6%) received percutaneous renal pelvis drainage, 4 patients (15.4%) were placed JJ stent and 1 patient (3.8%) required nephrectomy. The average hospital stay was 19.0 ± 15.7 days with a mortality rate of 7.7%. Thus, uroseptic shock is a severe condition with a high mortality. **Keywords:** sepsis, urosepsis, septic shock, uroseptic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong số các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp nhất. Vì vậy NKTN gây ra các gánh nặng về bệnh tật cũng như kinh tế cho cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng và trong bệnh viện.^{1,2} Đây là một bệnh lý có thể gặp ở mọi độ tuổi với tần suất mắc thay đổi theo tuổi và giới tính.³ NKTN có thể biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau, trong đó urosepsis và SKN là hai tình trạng nặng của NKTN.⁴ Urosepsis được định nghĩa là bất thường chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều phối của cơ thể với nhiễm trùng có nguồn gốc từ đường tiết niệu và/hoặc đường sinh dục đối với nam giới.⁵ Urosepsis chiếm từ 9 – 31% tổng số sepsis nói chung với tỷ lệ tử vong thay đổi từ 20 – 40%.⁵ SKN được định nghĩa là sepsis có suy tuần hoàn và rối loạn chuyển hóa/tế bào có nguy cơ tử vong cao, biểu hiện bởi tụt huyết áp kéo dài cần dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg và lactat máu > 2 mmol/l (18mg/dl) dù đã bù đủ dịch.⁵ SKN có nguyên nhân từ hệ tiết niệu chiếm 40% bệnh nhân SKN ở phòng khám cấp cứu và 25% bệnh nhân điều trị nội trú.⁶ SKN nói chung và SKN có nguyên nhân từ hệ tiết niệu thường có tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ tử vong do SKN trong 30 ngày đầu là 34,7% và trong 90 ngày đầu là 38,5%.⁷ Chính vì vậy, SKN là một tình trạng cấp cứu nặng, có tiên lượng xấu và cần thái độ điều trị hết sức tích cực.

Tại khoa Cấp Cứu – Hồi Sức Tích Cực – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, hàng năm tiếp đón hàng chục nghìn lượt bệnh nhân, trong đó có khoảng 12,76% (năm 2019) bệnh nhân đến khám vì tình trạng nhiễm khuẩn.⁸ Đặc biệt trong số đó có một số lượng khá lớn các bệnh nhân đến viện trong tình trạng SKN đặc biệt là các trường hợp có đường vào từ hệ tiết niệu. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị các bệnh nhân SKN có đường vào từ hệ tiết niệu tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán SKN đường vào từ hệ tiết niệu

tại khoa Cấp Cứu – Hồi Sức Tích Cực – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán SKN.
- Bệnh nhân được chẩn đoán NKTN theo tiêu chuẩn của FDA.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** SKN do các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Loại nghiên cứu:** mô tả hồi cứu.

* **Thời gian nghiên cứu:** Tháng 1/2019 đến tháng 8/2022.

* **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Cấp Cứu Hồi Sức Tích Cực – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

* **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

* Các tiêu chí đánh giá:

- Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, điểm SOFA, điểm APACHEII, lactat máu, kết quả cấy máu, cấy nước tiểu.
- Kết quả điều trị: lựa chọn kháng sinh ban đầu, đáp ứng với liệu pháp kháng sinh ban đầu, các can thiệp phẫu thuật cấp cứu (dẫn lưu bể thận, đặt JJ, cắt thận), thời gian nằm viện, kết quả điều trị (khỏi bệnh, tử vong).

* **Các tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu:**

- Tiêu chuẩn chẩn đoán NKTN theo FDA: thỏa mãn cả 2 điều kiện:

+ Có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau (điều kiện 1):

- Sốt nóng, sốt rét run trên 38°C.
- Đau vùng hông lưng (viêm thận bể thận) hoặc đau vùng chậu (nhiễm trùng tiết niệu phức tạp).

- Buồn nôn hoặc nôn.
- Tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu gấp.
- Vỡ hông lưng dương tính.

+ Bảng chứng mù trong nước tiểu (điều kiện 2):

- Leucocyte esterase dương tính trên tổng phân tích nước tiểu.

• Có ít nhất 10 bạch cầu/mm³.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán urosepsis: được định nghĩa là bất thường chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều phối của cơ thể với nhiễm trùng có nguồn gốc từ đường tiết niệu và/hoặc đường sinh dục đối với nam giới.⁵

- Tiêu chuẩn chẩn đoán SKN: được định nghĩa là sepsis có suy tuần hoàn và rối loạn chuyển hóa /tế bào có nguy cơ tử vong cao, biểu hiện bởi tụt huyết áp kéo dài cần dùng thuốc vận

mạch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg và lactat máu > 2 mmol/l (18mg/dl) dù đã bù đủ dịch.⁵

* **Phân tích và xử lý số liệu:** được thực hiện dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Các thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Các thông tin nghiên cứu đảm bảo sự tin cậy, chính xác và chưa từng được công bố trước đây.

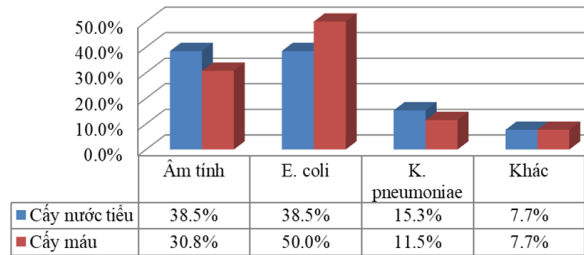
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 26 bệnh nhân SNK có đường vào từ hệ tiết niệu với độ tuổi trung bình là $63,7 \pm 13,7$ tuổi (từ 26 – 87 tuổi). Nữ chiếm đa số với tỷ lệ 65,4%. Điểm SOFA trung bình là $7,4 \pm 2,5$ (từ 3 – 12), điểm APACHEII trung bình là $16,4 \pm 4,2$ (từ 9 - 25) và lactat máu trung bình là $4,0 \pm 3,1$ mmol/l (từ 0,8 - 12,2). Có 12 bệnh nhân (46,2%) không có nguyên nhân tắc nghẽn (viêm thận bể thận) và 14 bệnh nhân (53,8%) có nguyên nhân tắc nghẽn. Nguyên nhân tắc nghẽn thường gặp nhất là sỏi niệu quản với 10 bệnh nhân (38,5%).

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả	Min–Max/ Tỷ lệ%
Tuổi		63,7±13,7	26 – 87
Giới	Nam	9	34,6%
	Nữ	17	65,4%
Điểm SOFA		7,4±2,5	3 – 12
Điểm APACHEII		16,4±4,2	9 – 25
Lactat máu		4,0±3,1	0,8 – 12,2
Nguyên nhân tắc nghẽn	Không tắc nghẽn	12	46,2%
	Sỏi niệu quản	10	38,5%
	Sỏi thận	3	11,5%
	Bất thường giải phẫu	1	3,8%

3.2. Đặc điểm vi sinh của bệnh nhân nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được cấy máu và cấy nước tiểu khi nhập viện. Tỷ lệ cấy nước tiểu và cấy máu dương tính là 61,5% (16 bệnh nhân) và 69,2% (18 bệnh nhân). E. coli là nguyên nhân thường gặp nhất với tỷ lệ cấy nước tiểu và cấy máu lần lượt là 38,5% (10 bệnh nhân) và 50% (13 bệnh nhân). K. pneumoniae là nguyên nhân thường gặp thứ 2 với tỷ lệ cấy nước tiểu và cấy máu lần lượt là 15,3% (4 bệnh nhân) và 11,5% (3 bệnh nhân).



Biểu đồ 1: Đặc điểm vi sinh của bệnh nhân nghiên cứu

3.3. Kết quả điều trị. Trong số 26 bệnh nhân có 13 bệnh nhân (50%) được khởi đầu điều trị với 1 kháng sinh và 13 bệnh nhân (50%) khởi đầu điều trị với 2 kháng sinh. Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là nhóm carbapenem (imipenem/cilastatin). Tỷ lệ đáp ứng với kháng sinh ban đầu ở nhóm 1 kháng sinh và 2 kháng sinh lần lượt là 92,3% (12/13) và 84,6% (11/13). Có 14 bệnh nhân (53,8%) được thực hiện các can thiệp, phẫu thuật cấp cứu trong đó 9 bệnh nhân (34,6%) được dẫn lưu bể thận qua da, 4 bệnh nhân (15,4%) được đặt JJ niệu quản và 1 bệnh nhân (3,8%) phải phẫu thuật cắt thận. Thời gian điều trị trung bình là $19,0 \pm 15,7$ ngày (từ 4 – 77 ngày). Sau thời gian điều trị có 24 bệnh nhân (92,3%) bệnh nhân được xác định là khỏi bệnh và 2 bệnh nhân (7,7%) tử vong.

Bảng 2: Kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả	
Phối hợp kháng sinh ban đầu	Một kháng sinh	13(50%)
	Hai kháng sinh	13(50%)
Đáp ứng với kháng sinh ban đầu	Một kháng sinh	12/13(92,3%)
	Hai Kháng sinh	11/13(84,6%)
Can thiệp phẫu thuật cấp cứu	Không	12(46,2%)
	Dẫn lưu bể thận qua da	9(34,6%)
	Đặt JJ niệu quản	4(15,4%)
	Cắt thận	1 (3,8%)
Thời gian nằm viện (ngày)	19,0±15,7 (4–77)	
Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	24(92,3%)
	Tử vong	2(7,7%)

IV. BÀN LUẬN

NKTN là một bệnh lý nhiễm khuẩn phổ biến ở cả trong cộng đồng cũng như trong bệnh viện. NKTN có thể biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau, trong đó urosepsis và SNK là hai tình trạng nặng nhất của NKTN. Các nghiên cứu trước đây cho thấy các vi khuẩn Gram âm là căn nguyên thường gặp nhất của urosepsis cũng như SNK đường vào từ hệ tiết niệu. Trong đó E. coli là vi khuẩn thường gặp nhất. Theo nghiên cứu của

Wagenlehner cho thấy, E. coli là nguyên nhân thường gặp nhất ở các bệnh nhân urosepsis nói chung với tỷ lệ 50%.⁹ Thậm chí ở nghiên cứu của Chin còn cho thấy E. coli chiếm đến 93,8% các trường hợp urosepsis mắc phải ở cộng đồng và 66,7% các ca urosepsis mắc phải trong bệnh viện.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều được cấy máu và cấy nước tiểu khi vào viện. Trong đó 61,5% bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu dương tính và 69,2% bệnh nhân cấy máu dương tính. E. coli là vi khuẩn thường gặp nhất ở cả bệnh phẩm cấy nước tiểu và cấy máu với tỷ lệ lần lượt là 38,5% và 50%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 38,5% bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu âm tính và 30,8% bệnh nhân cấy máu âm tính. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của J. D. Cao, với tỷ lệ cấy nước tiểu và cấy máu âm tính ở các bệnh nhân SNK đường vào tử hệ tiết niệu lần lượt là 50% và 36,4%.¹¹ Nguyên nhân của tình trạng này có thể là do bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh ở các bệnh viện tuyến trước hoặc bệnh nhân đã tự điều trị kháng sinh ở nhà. Liệu pháp kháng sinh được xem là ưu tiên hàng đầu ở bệnh nhân SNK. Theo khuyến cáo của hội tiết niệu Châu Âu, liệu pháp kháng sinh nên được bắt đầu ngay trong giờ đầu tiên sau khi đã lấy mẫu máu và nước tiểu để nuôi cấy và nên ưu tiên các kháng sinh phổ rộng, liều cao sau đó điều chỉnh kháng sinh theo kết quả nuôi cấy.⁴ Trong nghiên cứu này của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều được điều trị kháng sinh ngay sau khi bệnh nhân được lấy mẫu máu và nước tiểu. Trong đó 50% bệnh nhân được điều trị khởi đầu với 1 kháng sinh và 50% còn lại được điều trị với 2 kháng sinh. Trong đó kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là nhóm carbapenem cụ thể là imipenem/cilastatin ở cả nhóm được điều trị khởi đầu bằng 1 kháng sinh và 2 kháng sinh.

Tắc nghẽn hoặc các dị vật ở đường tiết niệu là một trong số các nguyên nhân dẫn đến urosepsis và SNK đường vào tử hệ tiết niệu. Theo khuyến cáo của hội tiết niệu Châu Âu, cần phải nhanh chóng loại bỏ dị vật, giải quyết tình trạng tắc nghẽn hoặc các ổ áp xe ở các bệnh nhân urosepsis có dị vật hoặc nguyên nhân tắc nghẽn ở đường tiết niệu.⁴ Do bệnh nhân SNK trong tình trạng nặng vì vậy cần ưu tiên các can thiệp xâm lấn tối thiểu, tránh các phẫu thuật kéo dài có thể làm trầm trọng thêm tình trạng của bệnh nhân.⁴ Tuy nhiên chưa có khuyến cáo nào về việc ưu tiên dẫn lưu bể thận qua da hay đặt JJ niệu quản ở các bệnh nhân này. Việc lựa chọn

phương pháp nào cần căn cứ vào bản chất, kích thước, vị trí của nguyên nhân tắc nghẽn, mức độ giãn đài bể thận và tình trạng chung của bệnh nhân.¹²⁻¹⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân có nguyên nhân tắc nghẽn ở đường tiết niệu, trong đó có 9 bệnh nhân (34,6%) được dẫn lưu bể thận qua da, 4 bệnh nhân (15,4%) được đặt JJ niệu quản và 1 bệnh nhân (3,8%) phải cắt thận. Các bệnh nhân được dẫn lưu thận là các trường hợp đài bể thận giãn nhiều, còn các trường hợp đặt JJ là đài bể thận giãn ít hoặc sau khi đặt dẫn lưu bể thận qua da thất bại. Còn bệnh nhân được chỉ định cắt thận là bệnh nhân nam 81 tuổi vào viện trong tình trạng SNK, cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có nhiều ổ áp xe thận trái và sỏi thận trái. Bệnh nhân được chỉ định cắt thận trái, sau phẫu thuật 39 ngày bệnh nhân diễn biến ổn định và được ra viện. SNK có nguyên nhân từ hệ tiết niệu thường có tiên lượng xấu với tỷ lệ tử vong cao (20 - 40%).⁹ Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 2 bệnh nhân (7,7%) tử vong trong quá trình điều trị. Trong số 2 bệnh nhân tử vong có 1 bệnh nhân tử vong do tình trạng nhiễm trùng nặng lên và 1 bệnh nhân tình trạng nhiễm trùng đã cải thiện tuy nhiên sau đó bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa cao ồ ạt và tử vong. Như vậy, mặc dù các bệnh nhân SNK đã được điều trị một cách tích cực khi nhập viện tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn còn cao.

V. KẾT LUẬN

SNK đường vào tử hệ tiết niệu là một tình trạng nặng với tỷ lệ tử vong cao. E. coli là chủng vi khuẩn thường gặp nhất. Liệu pháp kháng sinh cần được thực hiện càng sớm càng tốt ngay sau khi đã cấy máu và nước tiểu. Với các trường hợp có tắc nghẽn ở đường tiết niệu cần phải nhanh chóng giải quyết tắc nghẽn và ưu tiên các phương pháp can thiệp tối thiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Foxman B.** Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med.* 2002; 113(Suppl 1A):5S-13S.
2. **Cardwell SM, Crandon JL, Nicolau DP, et al.** Epidemiology and economics of adult patients hospitalized with urinary tract infections. *Hosp Pract.* 2016; 44(1):33-40.
3. **Tandogdu Z, Wagenlehner FM.** Global epidemiology of urinary tract infections. *Curr Opin Infect Dis.* 2016; 29(1):73-79.
4. **Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, et al.** Guidelines on urological infections. *EAU Guideline.* 2023.
5. **Florian M.E.** Wagenlehner, Zafer Tandogdu and Truls E. Bjerklund Johansen. An update on

- classification and management of urosepsis. *Curr Opin Urol.* 2017; 27(2):133-137.
6. **Wang Z, Schorr C, Hunter K, et al.** Contrasting treatments and outcomes of septic shock presentation on hospital floors versus emergency department. *Chin Med J.* 2010; 123:3550-3.
 7. **Michael Bauer, Herwig Gerlach, Tobias Vogelmann, et al.** Mortality in sepsis and septic shock in Europe, North America and Australia between 2009 and 2019— results from a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 2020; 24: 239.
 8. **Vũ Đình Hùng, Kiều Thị Hoa, Hoàng Bùi Hải.** Cơ cấu bệnh tật tại khoa Cấp Cứu – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2019. *Tạp chí Nghiên Cứu Y Học.* 2021; 147(11):317-323.
 9. **Wagenlehner, F.M.E.; Weidner, W.; Naber, K.G.; et al.** Pharmacokinetic Characteristics of Antimicrobials and Optimal Treatment of Urosepsis. *Clin. Pharmacokinet.* 2007;46:291-305.
 10. **Chin B. S., Kim M. S., Han S. H., et al.** Risk factors of all-cause in-hospital mortality among Korean elderly bacteremic urinary tract infection (UTI) patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2010; 52:e50-e55.

KẾT QUẢ SƠ SINH CỦA SẢN PHỤ VỊ THÀNH NIÊN SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả về phía con của sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có 342 trẻ sơ sinh của 333 sản phụ vị thành niên từ 10 đến 19 tuổi sinh tại BVPSHN năm 2022 được lựa chọn. Các kết cục về phía trẻ sơ sinh được đánh giá trong nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ là $18,26 \pm 1,021$, trong đó nhóm tuổi 15-17 chiếm 19,5%. Cân nặng khi sinh trung bình của trẻ sơ sinh là $2774 \pm 699,40g$. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh cực thấp (<1000g) chiếm 4,4%. Nhóm tuổi từ 15 - 17 tuổi chiếm 19,5% tổng số sản phụ vị thành niên. Tỷ lệ sơ sinh có Apgar < 7 phút thứ 1 là 8,4%, phút thứ 5 là 6,2%. Tỷ lệ vàng da sơ sinh bệnh lý 13,2%, nhiễm trùng sơ sinh 1,5%, nhập ICU 17%, tử vong chu sinh 4,1%. Không có sự khác biệt kết cục về phía con giữa hai nhóm tuổi 15-17 tuổi và 18-19 tuổi. **Kết luận:** Phụ nữ mang thai tuổi vị thành niên gặp nhiều nguy cơ với trẻ sơ sinh như sơ sinh non tháng, nhẹ cân, sơ sinh suy hô hấp, vàng da và tỷ lệ trẻ cần điều trị tại ICU. **Từ khóa:** Vị thành niên, sinh non, biến chứng sơ sinh.

SUMMARY

NEONATAL OUTCOMES OF ADOLESCENT PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

Objective: Descriptive the neonatal outcomes of pregnant women from 10 to 19 years old giving birth at Hanoi Obstetrics Hospital in 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was

performed on 342 newborns of 333 mothers aged from 10 to 19 years old who gave birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2022. Using convenience sampling method, 342 newborns of 333 pregnant women aged from 10 to 19 years old were included. Risk factors of the neonatal were assessed on the research. **Results:** The mean age of pregnant women was $18.26 \pm 1,021$. The mean birth weight of newborns was 2774 ± 699.40 gr. The percentage of neonatal with extremely low birth weight (<1000gr) accounted for 4.4%. The age group from 15 to 17 years old accounts for 19.5% of the total number of adolescent pregnancy. The rate of newborns with Apgar score < 7 at 1st minute is 8.4% and after 5 minutes is 6.2%. The rate of neonatal jaundice requiring treatment was 13.2%, neonatal infection was 1.5%, ICU admission was 17%, and perinatal mortality was 4.1%. There is no difference in child outcomes between the two age groups 15-17 years old and 18-19 years old. **Conclusions:** Adolescent pregnancy face many risks to their newborns such as premature birth, low birth weight, newborn respiratory failure, jaundice and the rate of babies needing treatment in the ICU. **Keywords:** Adolescents, preterm birth, neonatal complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của WHO, độ tuổi vị thành niên là 10 - 19 tuổi [8]. Tại Việt Nam, theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế, tỷ lệ trẻ vị thành niên có thai trong tổng số người mang thai tăng liên tục qua các năm, năm 2010 là 2,9%; năm 2011 là 3,1%; năm 2012 là 3,2% và 2,7% năm 2015 [1]. Mang thai ở tuổi vị thành niên gây ra những kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai. Những đứa trẻ sinh ra từ bà mẹ vị thành niên có tỉ lệ chết trước 1 tuổi, nhẹ cân, suy dinh dưỡng, bệnh tật cao hơn cơ với con của các mẹ ở tuổi

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà
Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024