

Nghiên cứu của Karamarkovic (2016), có 7,5% BN cắt gan nhỏ có tràn dịch màng phổi [9].

Suy gan sau mổ là biến chứng nặng nề nhất sau phẫu thuật cắt gan. Chúng tôi chẩn đoán suy gan sau mổ theo tiêu chuẩn Belghiti 50/50: Prothrombin < 50% và Bilirubin toàn phần > 50 $\mu\text{mol/l}$ vào ngày thứ 5 sau mổ [4]. Cắt gan nhỏ có tỷ lệ suy gan thấp hơn so với cắt gan lớn. Có 5 (3,9%) BN trong nghiên cứu gặp biến chứng suy gan. Nghiên cứu của Wong (2014) có tỷ lệ suy gan sau cắt gan nhỏ là 1,2%.

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, đa số BN thuộc loại II (69,3%). Có 4 BN (3,1%) trong có biến chứng nặng (loại IIIa), thấp hơn kết quả của Lee (2016) là 11% [6].

4.3.3. Thời gian nằm viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy: thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,5 \pm 5,8$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 38 ngày. Nghiên cứu của Dahiya (2010): thời gian nằm viện trung bình sau cắt gan nhỏ là 12.0 ± 8.1 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với điều trị ung thư biểu mô tế bào gan kích thước nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC G** (2020), "Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide".
2. **Takasaki K** (2007), Glissonean pedicle

- transection method for hepatic resection, Springer Science & Business Media.
3. **Menon K V, Al-Mukhtar A, Aldouri A, et al** (2006), "Outcomes after major hepatectomy in elderly patients", Journal of the American college of Surgeons, 203 (5), pp. 677-683.
4. **Lê Văn Thành** (2013), "Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Quân Y.
5. **Phạm Thế Anh T H P** (2023), "Kết quả gần phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cường chọn lọc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Tạp chí Y học Việt Nam, 533 (1B), pp. 245-249.
6. **Lee C-W, Tsai H-I, Sung C-M, et al** (2016), "Risk factors for early mortality after hepatectomy for hepatocellular carcinoma", Medicine, 95 (39).
7. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cường Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Luận án tiến sĩ Y học.
8. **Trịnh Quốc Đạt** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cường Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội.
9. **Karamarković A, et al** (2016), "Suprahilar Control of Glissonean Pedicle in the Open Anatomic Liver Resections: A Single Centre Experience", Journal of Digestive Cancer Reports, 4 (2), pp. 113-121.
10. **Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al** (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", Annals of surgery, 229 (3), pp. 369.

NỒNG ĐỘ CỦA MỘT SỐ IMMUNOGLOBULINE Ở BỆNH NHI NHIỄM KHUẨN HUYẾT NẶNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC NỘI KHOA, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đông Xuân Tuyền¹, Ninh Quốc Đạt¹, Tạ Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ của một số Immunoglobuline ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên 138 bệnh nhi nhiễm trùng huyết được điều trị tại khoa Điều trị tích cực nội khoa, bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 5/2022 đến 7/2023. **Kết quả:** 26 bệnh nhân có giảm nồng độ Immunoglobuline trong đó giảm đơn thuần IgM và IgG

là có 57,7% và 30,8%. Có 11,5% giảm IgG+IgM. 52 trường hợp tăng nồng độ Immunoglobuline thì tăng IgA đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,2%, tăng đồng thời IgM + IgA với 23,1%; tăng thấp nhất là đồng thời IgA+IgG với 1,9%. Tăng cả (IgA + IgG +IgM) có 17,3%. Không có sự khác biệt về thay đổi nồng độ IgA, IgG và IgM giữa nhóm nhiễm khuẩn huyết có sốc và không có sốc. **Kết luận:** Có tình trạng thay đổi nồng độ cả tăng và giảm một số Immunoglobuline miễn dịch (IgG, IgM và IgA) ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nặng. Tuy nhiên không có sự khác biệt về sự thay đổi nồng độ của IgG, IgM và IgA giữa hai nhóm nhiễm khuẩn huyết có sốc và không có sốc. **Từ khóa:** Globulin miễn dịch, nhiễm khuẩn huyết nặng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Anh Tuấn

Email: drtuanpicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

SUMMARY

CONCENTRATIONS OF SOME IMMUNOGLOBULINS IN PEDIATRIC

PATIENTS WITH SEVERE SEPSIS TREATED AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL INTENSIVE CARE UNIT

Objective: To observe some immunoglobulin concentrations in pediatric sepsis patients. **Research objects and methods:** This research describes cases involving 138 pediatric patients with sepsis treated at the Intensive Care Unit, National Children's Hospital, from May 2022 to July 2023. **Results:** 26 patients had decreased Immunoglobulin levels, of which simple reductions in IgM and IgG were 57.7% and 30.8%, respectively. There was an 11.5% decrease in IgG+IgM. In 52 cases of increased Immunoglobulin levels, increased IgA alone accounted for the highest proportion at 44.2%, followed by increased IgM + IgA simultaneously at 23.1%. The lowest increase was simultaneous IgA + IgG, with 1.9%. Both (IgA + IgG IgM) increased in 17.3%. **Conclusion:** In pediatric severe sepsis, there were changes in increased and decreased concentrations of some immunoglobulins (IgG, IgM, and IgA). However, there was no difference in the IgG, IgM, and IgA levels between the two sepsis groups with shock and without shock.

Keywords: Immunoglobulin, severe sepsis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới, trong năm 2017, trên toàn thế giới ước tính có khoảng 20 triệu ca mắc nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em trong đó có tới 2,9 triệu ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi¹. Trong nhiễm khuẩn huyết, đáp ứng miễn dịch là phản ứng hết sức phức tạp giữa người bệnh với tác nhân gây bệnh, thường đặc trưng bởi tình trạng nhiễm trùng và phản ứng viêm quá mức gây nên cơn 'bão cytokine', sau đó là tình trạng ức chế miễn dịch². Mặt khác, có những nghiên cứu lại cho thấy trong nhiễm khuẩn huyết nặng hay sốc nhiễm khuẩn có tình trạng tăng nồng độ các Ig miễn dịch. Vậy câu hỏi đặt ra là nồng độ các Immunoglobuline sẽ thay đổi thế nào trong nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn vẫn còn nhiều tranh cãi. Do đó cần tiếp tục có những nghiên cứu xác định nồng độ Ig nội sinh để đánh giá tình trạng miễn dịch ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng là cần thiết. Tại Việt Nam cũng chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ những lý do trên đề tài "Nồng độ của một số Immunoglobuline ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa điều trị tích cực Nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương" được tiến hành với mục tiêu "*Khảo sát nồng độ IgA, IgG, IgM ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nặng được điều trị tại khoa Điều trị tích cực Nội, Bệnh viện Nhi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân nhi được chẩn đoán là nhiễm khuẩn huyết nặng được điều trị tại Khoa Điều trị tích cực nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 5/2022 đến tháng 7/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 1 tháng đến 17 tuổi, được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn huyết nặng theo tiêu chuẩn của Hội nghị quốc tế thống nhất về nhiễm khuẩn trẻ em- 2005 (IPSCC- 2005)³.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sử dụng các thuốc gây rối loạn chức năng miễn dịch (corticosteroid, thuốc gây độc tế bào,...).

- Bệnh nhân đã được truyền máu và các chế phẩm máu trong vòng 6 tuần trước khi lấy huyết thanh.

- Đối tượng không đầy đủ thông tin cần thiết tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả một loạt ca bệnh

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

- Biến nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, điểm VIS, điểm PRISM III, điểm PELOB 2, tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, tỉ lệ cấy máu (+). Biến kết quả điều trị: Sống, tử vong. Thời gian điều trị tại khoa Điều trị tích cực, thời gian điều trị.

+ Định lượng nồng độ các kháng thể miễn dịch IgG, IgA, IgM, trong nghiên cứu chia làm 3 nhóm bình thường, tăng, giảm theo giá trị tham chiếu.⁴

+ Thời điểm đánh giá biến nghiên cứu: Các biến lâm sàng và định lượng nồng độ IgG, IgA, IgM được đánh giá trong 24 giờ đầu vào khoa Điều trị tích cực. Các biến về kết quả điều trị được đánh giá đến 28 ngày điều trị hoặc khi bệnh nhi ra viện/ chuyển khoa/ tử vong.

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 23.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương chấp thuận tại quyết định số 2784/BVNTW-HĐĐĐ ngày 17 tháng 11 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 5/2022 đến tháng 7/2023, chúng tôi thu thập được 138 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

cứ, nghiên cứu được ra được một số kết quả sau đây:

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=138)

Biến số	Trung vị (25%-75%)	Số lượng (n,%)
Tuổi (tháng)	9,0 (3,0-21,5)	-
Giới	Nam	84 (60,9)
	Nữ	54 (39,1)
Điểm VIS 24h	20 (10 – 35)	-
Điểm PRISM III	7,0 (4,0 – 11,0)	-
Điểm PELOD-2	6,0 (5,0 – 8,0)	-
Sốc nhiễm khuẩn	-	120 (87,0%)
Số tạng suy	< 3 tạng	107 (77,5%)
	≥ 3 tạng	31 (22,5%)
Phân lập được vi khuẩn từ máu		56 (40,6%)
Thời gian điều trị hồi sức (ngày)	15,5 (9,0 – 22,0)	-
Tổng thời gian điều trị (ngày)	20,0 (15,0 – 30,0)	-
Kết quả điều trị	Sống	101 (73,2%)
	Tử vong	37 (26,8%)

Tuổi của đối tượng nghiên cứu nhỏ, tuổi trung vị là 9 tháng tuổi (IQR: 3,0 – 21,5). Tỷ lệ trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (60,9 % so với 39,1%). Tỷ lệ nam/nữ = 1,6. Bệnh nhi nhập viện với tình trạng lâm sàng nặng nề với biểu hiện hầu hết bệnh nhi có sốc (87,0%). Tất cả bệnh nhi có suy đa tạng và suy ≥ 3 tạng chiếm tỷ lệ cao (22,5%), chỉ số vận mạch cao (VIS trung vị là 20). Tỷ lệ tử vong cao chiếm 26,8%

3.2. Nồng độ Immunoglobuline G, A, M ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nặng

Bảng 2. Nồng độ IgG, IgM, IgA ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nặng

Nồng độ kháng thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Median (25%-75%)
IgG (mg/dl) (n=138)	Giảm	12	8,7
	Bình thường	111	80,4
	Tăng	15	10,9
IgM (mg/dl) (n=138)	Giảm	18	13,0
	Bình thường	90	65,2
	Tăng	30	21,7
IgA (mg/dl) (n=138)	Giảm	0	0,0
	Bình thường	93	67,4
	Tăng	45	32,6

Tỷ lệ giảm nồng độ kháng thể IgG, IgM chiếm lần lượt là 8,7%; 13,0%.

Tỷ lệ tăng nồng độ kháng thể IgG, IgM, IgA tương ứng là 10,9%; 21,7%; 32,6%.

Bảng 3. Phân bố nồng độ Immunoglobuline miễn dịch tăng

Tăng globulin miễn dịch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
IgG (mg/dl)	3	5,8
IgM (mg/dl)	2	3,8
IgA (mg/dl)	23	44,2
IgA + IgM (mg/dl)	12	23,1
IgG + IgM (mg/dl)	2	3,8
IgA + IgG (mg/dl)	1	1,9
IgA + IgG + IgM (mg/dl)	9	17,3
Tổng	52	100,0

Trong tổng số 52 trường hợp tăng nồng độ kháng thể miễn dịch thì tăng IgA đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,2%, tiếp theo là tăng đồng thời IgM + IgA với 23,1%; tăng thấp nhất là đồng thời IgA + IgG với 1,9%. Tăng đồng thời cả IgA + IgG + IgM có 17,3%.

Bảng 4. Phân bố nồng độ globulin miễn dịch giảm

Giảm globulin miễn dịch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
IgG (mg/dl)	8	30,8
IgM (mg/dl)	15	57,7
IgG + IgM (mg/dl)	3	11,5
Tổng	26	100,0

Trong tổng số 26 bệnh nhân có giảm nồng độ Immunoglobuline miễn dịch thì giảm đơn thuần IgM có tỷ lệ cao nhất với 57,7%; giảm đơn thuần IgG có 30,8%. Có 3 trường hợp giảm đồng thời IgG+IgM (chiếm 11,5%).

Bảng 5. Nồng độ các kháng thể theo tình trạng sốc

Nồng độ kháng thể (n, %)	Không sốc	Sốc	p*	
IgG (mg/dl)	Giảm (12, 8,7%)	1 (5,6%)	11 (9,2%)	0,059
	Tăng (15, 10,9%)	5 (27,7%)	10 (8,3%)	0,083
IgM (mg/dl)	Giảm (18, 13%)	3 (16,7%)	15 (12,5%)	0,096
	Tăng (30, 21,7%)	4 (22,2%)	26 (21,7%)	0,06
IgA (mg/dl)	0	0	0	-
	Tăng (45, 32,6%)	7 (38,9%)	38 (31,7%)	0,0721

- Ở nhóm bệnh nhân NKH có sốc thì nồng độ IgG giảm chiếm 9,2%, IgG tăng chiếm 8,3%. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân không có sốc lần lượt là 5,6% và 27,7%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

- Ở nhóm bệnh nhân NKH có sốc thì nồng độ IgM giảm chiếm 12,5%, IgM tăng chiếm 21,7%. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân không có sốc lần

lượt là 16,7% và 22,2%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

- Ở nhóm bệnh nhân NKH có sốc thì nồng độ IgA tăng chiếm 31,7%. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân không có sốc là 38,9%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhận thấy độ tuổi trung bình của các bệnh nhi là $24,7 \pm 38,9$ tháng, thấp nhất là 1 tháng, cao nhất là 180 tháng. Trong đó nhóm tuổi từ 1-12 tháng chiếm đa số với 60,1%. Có 50% bệnh nhân có độ tuổi dưới 9 tháng tuổi. Có 25% bệnh nhân có độ tuổi dưới 3 tháng tuổi; có 75% bệnh nhân có độ tuổi dưới 21 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới cho thấy trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong SNK^{5,6}. Điều này có thể giải thích là do hệ thống miễn dịch của lứa tuổi này chưa trưởng thành nên chưa có đáp ứng đầy đủ và dễ dàng nhạy cảm với các tác nhân gây bệnh. Nhóm tuổi dưới 12 tháng tuổi là lứa tuổi có sức đề kháng kém, dễ mắc bệnh đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng và khi mắc bệnh thường nặng.

Nghiên cứu ghi nhận khi nhập viện 100% bệnh nhân có suy từ 3 tạng trở lên, số bệnh nhân có số tạng suy ≤ 3 chiếm 77,5% và số tạng suy > 3 là 22,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có sốc chiếm 87%. Với tình trạng trên cho thấy bệnh nhân vào PICU với tình trạng nặng nên kết quả điều trị tử vong cao (chiếm 26,8%). Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu khi nhập PICU có bệnh cảnh lâm sàng nặng nề hơn. Ngoài ra thời gian khởi phát đến khi trẻ được chẩn đoán xác định muộn cũng liên quan đến mức độ nặng của bệnh cũng như tiên lượng, điều trị.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy số trường hợp bệnh nhi giảm nồng độ kháng thể IgG, IgM, IgA so với giá trị tham chiếu của lứa tuổi tương ứng chiếm tỷ lệ lần lượt là 13%, 8,7% và 0%. Hơn nữa, tỷ lệ tăng nồng độ các kháng thể IgG, IgM, IgA lần lượt là 10,9%; 21,7%; 32,6%. Trong 26 trường hợp có giảm nồng độ kháng thể miễn dịch (bảng 4) thì giảm IgM đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (57,7%), tiếp theo là giảm IgG với 30,8%, giảm cả IgG + IgM có tỷ lệ thấp nhất với 11,5%. Có tổng số 52 trường hợp tăng nồng độ kháng thể miễn dịch (bảng 3) thì tăng IgA đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,2%, tăng đồng thời IgM + IgA với 23,1%; tăng thấp nhất là IgA+IgG với 1,9%. Tăng cả IgA + IgG +IgM có 17,3%. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng ghi nhận các bệnh nhi bị

nhiễm khuẩn nặng/sốc nhiễm khuẩn có một tỷ lệ nhất định có rối loạn nồng độ kháng thể Ig, tuy nhiên tỷ lệ tăng, giảm các Ig thay đổi khác nhau trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của El Sawy I trên 40 bệnh nhân nhiễm trùng huyết nặng và sốc nhiễm trùng tại khoa PICU trường Đại học Alexandria năm 2021 cho thấy có 55,26% trẻ có suy giảm Ig toàn phần, trong đó tỷ lệ suy giảm IgG, IgA, IgM là 55,26%, 21,06%, 5,26%⁷. Nghiên cứu của tác giả Alagna và cộng sự (2021), trên 956 bệnh nhân nhiễm trùng huyết nặng/sốc nhiễm trùng ghi nhận tỷ lệ giảm nồng độ kháng thể IgG, IgM, IgA lần lượt là 63,6%; 22,9% và 8,9%, trong khi đó tỷ lệ tăng nồng độ các kháng thể này lần lượt chiếm 2,8%; 4,2% và 4,8%⁸. Tác giả Võ Hữu Hội và cộng sự (2022) nghiên cứu rối loạn miễn dịch thể dịch trên 91 bệnh nhi từ 1 tháng đến 16 tuổi nhiễm trùng huyết cũng cho thấy kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, có tổng 29 bệnh nhi có giảm nồng độ các kháng thể (chiếm 31,9%), trong đó giảm IgG đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 31,1%. IgM là 10,3%. Giảm IgA là 6,9%. Giảm IgG + IgM là 10,3% thấp hơn so với chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả còn ghi nhận có 45 trường hợp tăng nồng độ kháng thể miễn dịch, trong đó tăng IgG đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (26,8%), tiếp theo là tăng đồng thời IgG + IgM + IgA là 17,9%⁹.

Nghiên cứu cho thấy có sự chênh lệch tương đối lớn về sự tăng/giảm nồng độ các kháng thể ở nhóm bệnh nhân có/không sốc (bảng 5): Nồng độ IgG giảm ở nhóm sốc có 11 trường hợp chiếm 9,2% trong khi ở nhóm không sốc có 1 trường hợp giảm chiếm 5,6%. Nồng độ IgG tăng ở nhóm có sốc có 8,3% thấp hơn so với nhóm không sốc là 27,7%. Nồng độ IgM giảm ở nhóm sốc có 15 trường hợp chiếm 12,5% trong khi ở nhóm không sốc có 3 trường hợp giảm chiếm 16,7%. Nồng độ IgG tăng ở nhóm có sốc có 21,7% gần tương đương so với nhóm không sốc là 22,7%. Nồng độ IgA tăng ở nhóm bệnh nhân có sốc chiếm 31,7%, tỷ lệ này ở nhóm không sốc là 38,9%.

Như vậy, có sự thay đổi nồng độ Immunoglobuline trên bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên mức độ thay đổi còn khác nhau giữa các nghiên cứu. Điều này có thể do có sự khác biệt về cỡ mẫu, chủng tộc và do các tác giả khác nghiên cứu trên đối tượng chủ yếu là người lớn và chọn khoảng tham chiếu giá trị bình thường theo tuổi khác nhau, đặc biệt ở trẻ em hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ.

Hạn chế của đề tài: Nghiên cứu được tiến hành đơn trung tâm, cỡ mẫu nghiên cứu còn

nhỏ, các đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng, do đó cần có những nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn với các nhiều mức độ nhiễm khuẩn huyết từ nhẹ đến nặng, tiến hành ở đa trung tâm hồi sức nhi để đưa ra được những số liệu chính xác hơn về sự biến đổi nồng độ các Immunoglobuline trên bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết.

V. KẾT LUẬN

Có tình trạng thay đổi nồng độ cả tăng và giảm một số Immunoglobuline miễn dịch (IgG, IgM và IgA) ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nặng. Tuy nhiên không có sự khác biệt về sự thay đổi nồng độ của các IgG, IgM và IgA giữa hai nhóm nhiễm khuẩn huyết có sốc và không có sốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, et al.** Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: Analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 2020; 395 (10219): 200-211. doi: 10.1016/S0140-6736 (19)32989-7
2. **Feuerecker M, Sudhoff L, Crucian B, et al.** Early immune energy towards recall antigens and mitogens in patients at the onset of septic shock. *Sci Rep*. 2018;8(1):1754. doi:10.1038/s41598-018-19976-w
3. **Goldstein B, Giroir B, Randolph A et al.**

- International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med*. 2005;6(1):2-8.
4. **Trần Thị Chi Mai, Lương Thị Nghiêm.** Sổ Tay Khoảng Tham Chiếu.; 2021. Bv Nhi trung ương.
 5. **Tạ Anh Tuấn, Nguyễn Thị Thu Hà.** Mối liên quan giữa rối loạn đông cầm máu và suy chức năng đa cơ quan trên bệnh nhi sốc nhiễm khuẩn tại khoa Điều trị tích cực nội, Bệnh viện Nhi Trung ương. *VMJ*. 2021; 504(2). doi: 10.51298/vmj.v504i2.926
 6. **Larsen GY, Mecham N, Greenberg R et al.** An emergency department septic shock protocol and care guideline for children initiated at triage. *Pediatrics*. 2011;127(6):e1585-1592. doi:10.1542/peds.2010-3513
 7. **El Sawy I, El-Nawawy A, El Deriny G, et al.** Immunoglobulin deficiency among children with severe, overwhelming sepsis admitted to Alexandria University Pediatric Intensive Care Unit: a cross-sectional study. *Alex J Pediatr*. 2021;34(3):243. doi:10.4103/1687-9945.337836
 8. **Alagna L, Meessen JMTA, Bellani G, et al.** Higher levels of IgA and IgG at sepsis onset are associated with higher mortality: results from the Albumin Italian Outcome Sepsis (ALBIOS) trial. *Ann Intensive Care*. 2021;11(1):161. doi:10.1186/s13613-021-00952-z
 9. **Võ Hữu Hội và Võ Tấn Ngà.** Khảo sát rối loạn miễn dịch ở bệnh nhi nhiễm trùng tại khoa Nhi cấp cứu-Hồi sức tích cực và chống độc, Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng. *Tạp chí Nhi khoa*, 2022, 15,4.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC BÀN CHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA NGƯỜI BỆNH BỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Đỗ Thị Thu Hiền¹, Hoàng Thị Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành tự chăm sóc bàn chân của người bệnh ĐTĐ điều trị ở Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 152 bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương từ tháng 12/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh là thực hành (p=0.003). Các yếu tố liên quan đến thái độ của người bệnh bao gồm:

được hướng dẫn chăm sóc bàn chân (p=0.01), thường xuyên tự chăm sóc bàn chân (p=0.002). Yếu tố liên quan đến thực hành bao gồm: thường xuyên tự chăm sóc bàn chân (p=0.01), kiến thức (p=0.03). Kết quả nghiên cứu này sẽ được sử dụng để xây dựng các chương trình can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh về tự chăm sóc bàn chân. **Từ khóa:** Đái tháo đường, tự chăm sóc bàn chân, kiến thức, thái độ, thực hành, yếu tố liên quan.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH FOOT SELF CARE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE AMONG PATIENTS WITH DIABETES AT HAIDUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY IN 2022

Objectives: The study aimed at describing factors related to knowledge, attitude, practice about diabetic foot self-care among patients with type 2

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thu Hiền
Email: dohienhmtu@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024
Ngày duyệt bài: 21.5.2024