

- cancer. *Am J Clin Pathol.* 2011;136(5):754-761. doi:10.1309/AJCP99WZGBPKCXOO.
8. **Pekmezci M, Szpaderska A, Osipo C, Ersahin C.** The Effect of Cold Ischemia Time and/or Formalin Fixation on Estrogen Receptor, Progesterone Receptor, and Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 Results in Breast Carcinoma. *Pathology Res Int.* 2012;2012:947041. doi:10.1155/2012/947041.
9. **Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, et al.** Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31(31):3997-4013. doi:10.1200/JCO.2013.50.9984.
10. **Khoury T, Zirpoli G, Cohen SM, et al.** Ki-67 Expression in Breast Cancer Tissue Microarrays: Assessing Tumor Heterogeneity, Concordance With Full Section, and Scoring Methods. *Am J Clin Pathol.* 2017;148(2): 108-118. doi:10.1093/ajcp/ aqx053.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Triệu Thị Diệu Linh¹, Lê Minh Trác²,
Nguyễn Thị Xuân Hương¹, Trần Đức Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 28 đến dưới 37 tuần được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh tại Trung tâm sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 158 trẻ sơ sinh non tháng đủ tiêu chuẩn. Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm 30,4%, muộn 69,6%. Tỷ lệ đẻ mổ là 89,2%. Đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất là hô hấp 67,1%, chủ yếu là cơn ngừng thở. Đặc điểm cận lâm sàng không đặc hiệu. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 27,2%. Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm hay gặp là E. coli và nhiễm khuẩn sơ sinh muộn là K. pneumoniae. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ đẻ non chủ yếu là nhiễm khuẩn sơ sinh muộn, triệu chứng lâm sàng về hô hấp chiếm tỷ lệ cao và cấy máu vi khuẩn hay gặp nhất nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là E. Coli, nhiễm khuẩn sơ sinh muộn là K. pneumoniae.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn sơ sinh, non tháng, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF INFECTIONS IN PRETERM INFANTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of neonatal infections in preterm infants at the National Hospital of Obstetrics

and Gynecology. **Subjects and Methods:** The study was conducted on preterm infants with a gestational age from 28 to less than 37 weeks who were diagnosed with neonatal infection at the Neonatal Center, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from January 2025 to August 2025. A cross-sectional descriptive design was applied. **Results:** A total of 158 preterm infants met the inclusion criteria. The prevalence of neonatal infection was 30.4% for early-onset and 69.6% for late-onset sepsis. The cesarean section rate was 89.2%. The most frequent clinical manifestation was respiratory disorder 67.1%, predominantly apnea. Clinical features were nonspecific. The rate of positive blood cultures was 27.2%. Early-onset sepsis was commonly associated with *Escherichia coli*, while late-onset sepsis was more frequently caused by *Klebsiella pneumoniae*. **Conclusion:** Neonatal infections in preterm infants predominantly presented as late-onset sepsis. Respiratory symptoms accounted for the majority of clinical manifestations. Blood culture findings revealed that *E. coli* was the leading pathogen in early-onset sepsis, whereas *K. pneumoniae* was the predominant organism in late-onset sepsis.

Keywords: Neonatal infection, prematurity, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

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 trong thời kỳ sơ sinh. Nhiễm khuẩn sơ sinh có tỉ lệ tử vong cao đứng hàng thứ hai sau hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh [1]. Mỗi năm có tới 3,3 triệu trẻ sơ sinh tử vong và 23,4% số ca tử vong do nhiễm trùng sơ sinh [8]. Các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp trong thời kỳ sơ sinh là viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, viêm da, viêm rốn, viêm màng não mủ...

Hiện nay mặc dù có nhiều phương pháp điều trị hiện đại với những kháng sinh mới ra đời nhưng tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn vẫn còn cao

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Diệu Linh

Email: linhdiu093@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

[1]. Tại Châu Á, tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn sơ sinh là 10,4%, với 0,69 ca tử vong trên 1000 ca sinh sống [9]. Tại Việt Nam, tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn sơ sinh chiếm 12,6%, trong đó trẻ đẻ non là 11,8% [6].

Chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn sơ sinh và điều trị kịp thời sẽ làm giảm tỉ lệ bệnh nặng và hạ thấp tỉ lệ tử vong. Tuy nhiên các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, không điển hình, không đặc hiệu, cho nên để chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh đặc biệt là ở nhóm trẻ non tháng đang là một thách thức đối với các bác sĩ chuyên khoa sơ sinh. Vậy đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ đẻ non hiện nay như thế nào? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

Tất cả các trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 28 đến dưới 37 tuần chẩn đoán NKSS điều trị tại Trung tâm sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025. Được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh dựa theo Bộ Y Tế 2015 (Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015).

- Kháng định biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng kèm theo:

+ Xét nghiệm (+) => điều trị nhiễm trùng.

+ Không xét nghiệm hoặc xét nghiệm (-) => điều trị nhiễm trùng.

- Lâm sàng nghi ngờ và + Xét nghiệm (+) => điều trị.

+ Xét nghiệm (-) => theo dõi

- Những trẻ NKSS được chọn vào nghiên cứu được chia ra làm 2 nhóm:

+ Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm: Bao gồm các trẻ non tháng được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh khi ≤ 72 giờ tuổi.

+ Nhiễm khuẩn sơ sinh muộn: Bao gồm các trẻ non tháng được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh khi > 72 giờ tuổi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

Trẻ sơ sinh có tuổi thai < 28 tuần. Loại trừ các trường hợp đang điều trị tự ý xin chuyển viện theo yêu cầu của gia đình.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả các trẻ sơ sinh đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thực tế chúng tôi thu thập được 158 trẻ.

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi thai, cân nặng, phương pháp đẻ.

- Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng hô hấp, triệu chứng tiêu hóa, triệu chứng tuần hoàn, triệu chứng thần kinh, triệu chứng da.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu (số lượng bạch cầu, tiểu cầu), CRP, khí máu được đo bằng phương pháp định lượng tại khoa huyết học và khoa sinh hóa bệnh viện Phụ sản Trung Ương. X-quang được thực hiện tại khoa sơ sinh. Tiêu chuẩn cấy máu lấy bệnh phẩm thực hiện tại khoa sơ sinh, người thực hiện là các bác sĩ và điều dưỡng đảm bảo đúng quy trình và kỹ thuật.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu.

Thông qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân và bệnh án nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (số 22/CN-PSTW) chấp nhận và thông qua. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 158 trẻ sơ sinh non tháng được chẩn đoán mắc NKSS tại Trung tâm sơ sinh, bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2025 đến 8/2025. Có 43/ 158 ca có kết quả cấy máu dương tính chiếm tỷ lệ 27,2%. Trẻ nam mắc NKSS là 58,9%, cao hơn trẻ nữ 41,1%. Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm 30,4%, muộn 69,6%.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	93	58,9
	Nữ	65	41,1
Tuổi thai (tuần)	28 - < 32 tuần	112	70,9
	32 - < 34 tuần	30	19,0
	34 - < 37 tuần	16	10,1
	Trung bình	30,5 \pm 2,1	
Cân nặng (gram)	< 1000	30	19,0
	1000-1499	67	42,4
	1500-2499	61	38,6
	Trung bình	1324,4 \pm 448,8	

Phương pháp đẻ	Đẻ đường dưới	17	10,8
	Đẻ phẫu thuật	141	89,2

Nhận xét: Trẻ nam chiếm 58,9%, trẻ nữ 41,1%. Tuổi thai trung bình là $30,5 \pm 2,1$ tuần, nhóm trẻ có tuổi thai từ 28 - < 32 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 70,9%, thấp nhất là nhóm trẻ từ 34 - < 37 tuần 10,1%. Cân nặng lúc sinh trung bình là $1324,4 \pm 448,8$ gram, nhóm trẻ có cân nặng từ 1000 - 1499 gram chiếm 42,4%, tiếp đến là nhóm 1500 - 2499 gram 38,6%, trong khi nhóm < 1000 gram 19,0%. Tỷ lệ trẻ sinh mổ cao chiếm 89,2%, trong khi sinh thường chỉ chiếm 10,8%.

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm và muộn

Đặc điểm	Nhóm	NKSS sớm (n=48)		NKSS muộn (n=110)		P
		SL	%	SL	%	
Giới	Nam	25	52,1	68	61,8	
	Nữ	23	47,9	42	38,2	
Tuổi thai (tuần)	28 - < 32 tuần	32	66,7	80	72,7	
	32 - < 34 tuần	12	25,0	18	16,4	
	34 - < 37 tuần	4	8,3	12	10,9	
Cân nặng (gram)	< 1000	9	18,8	21	19,1	
	1000 - 1499	20	41,7	47	42,7	
	1500 - 2499	19	39,6	42	38,2	
Phương pháp đẻ	Đẻ đường dưới	3	6,3	14	12,7	
	Đẻ phẫu thuật	45	93,8	96	87,3	

Nhận xét: Đặc điểm chung của cả hai nhóm NKSS sớm và NKSS muộn cho thấy tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ, phần lớn trẻ có tuổi thai từ 28 - < 32 tuần và được sinh ra bằng phương pháp phẫu thuật là chủ yếu ở cả hai nhóm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh

Triệu chứng	Nhóm	NKSS sớm (n=48)		NKSS muộn (n=110)		P
		SL	%	SL	%	
Hô hấp		31	64,6	75	68,2	0.65
Tuần hoàn		20	41,7	44	40,0	0.84
Tiêu hoá		13	27,1	39	32,9	0.30
Da		20	41,7	25	22,7	0.01
Thần kinh		10	20,8	18	16,4	0.25

Nhận xét: Triệu chứng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, 64,6% ở NKSS sớm và 68,2% ở NKSS muộn. Triệu chứng thần kinh ít gặp nhất, với 20,8% ở NKSS sớm, 16,4% ở NKSS muộn. Các triệu chứng lâm sàng tiêu hóa và tuần hoàn không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Dấu hiệu về da ở nhóm NKSS sớm 41,7% cao hơn so với nhóm NKSS muộn 22,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh

Cận lâm sàng	Nhóm	NKSS sớm (n=48)		NKSS muộn (n=110)		P
		SL	%	SL	%	
Số lượng bạch cầu	Tăng	13	27,1	32	29,1	0,96
	Giảm	5	10,4	11	10,0	
Số lượng tiểu cầu	Giảm	5	10,4	15	13,6	0,57
CRP	>10 mg/l	27	56,3	61	55,5	0,92
	≤10 mg/l	21	43,8	49	44,5	
pH	Toan	39	81,3	97	88,2	0,24
Be	Giảm	9	18,8	7	6,4	0,02
X-quang	Có tổn thương	26	54,2	78	70,9	0,01

Nhận xét: Số lượng bạch cầu ở nhóm NKSS muộn 29,1%, cao hơn nhóm NKSS sớm 27,1%. Tỷ lệ giảm tiểu cầu NKSS sớm 10,4%, NKSS muộn 13,6%. Tỷ lệ CRP tăng khá tương đồng giữa NKSS sớm 56,3% và NKSS muộn 55,5%. Trẻ mắc NKSS đa số có rối loạn khí máu, chủ yếu là tình trạng toan. Be giảm ở nhóm NKSS sớm 18,8% cao hơn nhóm NKSS muộn 6,4%. Tỷ lệ có tổn thương x quang nhóm NKSS muộn là 70,9% cao hơn so với nhóm NKSS sớm 54,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Kết quả cấy máu dương tính

Vi khuẩn	Nhóm	NKSS sớm		NKSS muộn	
		SL	%	SL	%
K. Pneumoniae		1	7,7	10	33,3
S. aureus		0	0,0	3	10,0
E. coli		7	53,8	2	6,7
S.agalactiae		2	15,4	4	13,3
P. aeruginosa		0	0,0	2	6,7
S. Faecalis		0	0,0	2	6,7
S.capitis		2	15,4	8	26,7
Vi khuẩn khác		0	0,0	2	6,7

Nhận xét: Ở nhóm NKSS sớm E. coli là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 53,8%. Ở nhóm NKSS muộn K. pneumoniae chiếm tỷ lệ cao 33,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 158 trẻ non tháng mắc nhiễm khuẩn sơ sinh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam và nữ lần lượt là 58,9% và 41,1%. Phân bố theo giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh năm 2019 tại bệnh viện nhi Trung Ương tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ nam 62,1% và nữ 37,9% [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Ngọc tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh ở nam cao hơn nữ [7]. Tỷ lệ trẻ sinh mổ cao 89,2%, trong khi sinh thường là

10,8%. Do bệnh viên phụ sản Trung Ương là tuyến cuối nên gặp nhiều ca sản bệnh lý, ca đẻ khó làm tỷ lệ mổ đẻ cao hơn.

Đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh: Trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh muộn là 69,63% cao hơn nhóm NKSS sớm 30,37%. Kết quả này giống với nghiên cứu của tác giả Hà Đức Dũng năm 2020 tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương NKSS muộn 60,8% cao hơn NKSS sớm 39,2% [3]. Triệu chứng về hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 68,2% ở NKSS muộn và 64,6% ở NKSS sớm, tỷ lệ triệu chứng về hô hấp gần như ngang nhau trong nhóm NKSS sớm và muộn, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thị Minh Hiếu NKSS sớm 53,8%, muộn 54,0% [4]. Triệu chứng thần kinh ít gặp nhất, với tỷ lệ lần lượt là 20,8% ở NKSS sớm và 16,4% NKSS muộn, trong đó li bì là dấu hiệu hay nhất, giống với nghiên cứu của tác giả Phan Thị Huệ triệu chứng li bì chiếm tỷ lệ cao 57,7% [5], tác giả Ngô Thị Minh Hiếu triệu chứng li bì là 57,0% trong các triệu chứng về thần kinh [4]. Biểu hiện về da ở nhóm NKSS sớm 41,7% cao hơn so với nhóm NKSS muộn 22,7%, trong đó vàng da hay gặp nhất ở nhóm NKSS sớm 25,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, kết quả này giống với nghiên cứu của tác giả Phan Thị Huệ dấu hiệu vàng da sớm hay gặp nhất là 48,1% [5]. Các biểu hiện lâm sàng tiêu hóa và tuần hoàn không có sự khác biệt giữa nhóm NKSS sớm và nhóm NKSS muộn. Về các biểu hiện toàn thân như sốt hay hạ nhiệt độ, mặc dù NKSS là bệnh nặng nhưng chỉ có 8 trẻ 5,1% có dấu hiệu sốt, có 15 trẻ 8,2% có hạ thân nhiệt, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Ngọc sốt 3,9%, hạ thân nhiệt 11% [7].

Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu tăng, tiểu cầu giảm và CRP tăng khá tương đồng giữa hai nhóm NKSS sớm và NKSS muộn. Các trẻ sơ sinh non tháng mắc nhiễm khuẩn, đa số có rối loạn khí máu, chủ yếu là tình trạng toan, kết quả này giống nghiên cứu của tác giả Hà Thị Hồng Ân tỷ lệ toan chiếm 71,2% [2]. Be giảm chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm NKSS sớm so với NKSS muộn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Ở nhóm NKSS muộn, tỷ lệ có tổn thương x-quang là 70,9% cao hơn so với nhóm NKSS sớm 54,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, nguyên nhân có thể do căn nguyên vi khuẩn trong NKSS muộn thường là các tác nhân gây viêm phổi bệnh viện, kết hợp với việc trẻ thường có nhiều thủ thuật và điều trị kéo dài như thở máy xâm nhập, nuôi dưỡng tĩnh mạch,... Bên cạnh đó, diễn biến ở nhóm muộn thường kéo dài hơn, cho phép tổn thương trên

x-quang bộc lộ rõ hơn. Kết quả cấy máu vi khuẩn hay gặp ở nhóm NKSS sớm là E. Coli 53,8%, vi khuẩn hay gặp ở nhóm NKSS muộn K. pneumoniae chiếm tỷ lệ 33,3%, kết quả này giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương cho thấy K. pneumoniae là căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất gây NKSS muộn 41,3%, E. coli là căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất gây NKSS sớm 47,4% [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng mắc nhiễm khuẩn sơ sinh muộn 69,6% cao hơn NKSS sớm 30,4%. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 27,2%. Tỷ lệ trẻ trai mắc NKSS sớm là 58,9% cao hơn so với trẻ gái 41,1%. Tỷ lệ trẻ sinh mổ cao 87,3%. Triệu chứng về hô hấp chiếm tỷ lệ cao ở cả nhóm NKSS sớm và muộn, ít gặp nhất ở cả hai nhóm là triệu chứng về thần kinh. Số lượng bạch cầu tăng, tiểu cầu giảm, CRP tăng thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Các trẻ sơ sinh non tháng mắc nhiễm khuẩn đa số có rối loạn khí máu, chủ yếu là tình trạng toan. Tổn thương x-quang thấy ở nhóm NKSS muộn cao hơn nhóm NKSS sớm. Các trường hợp cấy máu dương tính vi khuẩn hay gặp trong NKSS sớm là E. Coli 53,8% và NKSS muộn là K. pneumoniae chiếm tỷ lệ 33,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Nhiễm khuẩn sơ sinh, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản phụ khoa. Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.
- Hà Thị Hồng Ân, Ông Huy Thanh, Trương Ngọc Phước, Trịnh Thị Hồng Cúc.** Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí nghiên cứu y học Cần Thơ. 2022;50(3):210-217.
- Hà Đức Dũng, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác, Nguyễn Thị Việt Hà.** Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020;131(7):93-8.
- Ngô Thị Minh Hiếu.** Mô hình nhiễm khuẩn sơ sinh và thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện nhi Trung Ương. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường đại học y Hà Nội. 2019.
- Phan Thị Huệ.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của IL-6 và CRP trong chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005.
- Nguyễn Tuấn Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại học Thái Nguyên, 2009.
- Nguyễn Thị Vân.** Tính kháng kháng sinh của căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện phụ sản trung ương. Tạp chí y học. 2025;548(3):153-155.
- Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, Tan J, Black RE.**

Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization: a global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013 Aug;10(8).

9. Tiskumara R, Fakharee SH, Liu CQ,

Nuntnarumit P, Lui KM, Hammoud M, Lee JK, Chow CB, Shenoi A, Halliday R, Isaacs D; **Asia-Pacific Neonatal Infections Studv.** Neonatal infections in Asia. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2009 Mar;94(2):F144-8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIM NHANH NHỈ ĐƠN Ổ Ở TRẺ EM BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG TẦN SỐ RADIO TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đoàn Quốc Hoàn¹, Ngô Anh Vinh²,
Đặng Hải Vân³, Trương Mạnh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ ở trẻ em tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ bằng phương pháp thăm dò điện sinh lý. **Kết quả:** Tuổi can thiệp trung bình 54,2 ± 57,3 tháng (nhỏ nhất là 25 ngày tuổi và lớn nhất là 17 tuổi). Tỷ lệ nữ/nam 1,13/1. Ổ tim nhanh nhĩ chủ yếu xuất phát từ vùng nhĩ phải (chiếm 71,9%), trong đó vùng mào nhĩ chiếm tỉ lệ cao nhất (40,6%), tỉ lệ triệt đốt thành công lần đầu là 81,3%, tỉ lệ tái phát sau can thiệp lần đầu là 26,9%, thời gian tái phát cơn có trung vị là 65 ngày. Sau can thiệp hai tháng, các bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu thất trái có cải thiện rõ rệt. Không có biến chứng nào trong quá trình tiến hành thủ thuật. **Kết luận:** Cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Ổ phát nhịp tim nhanh không xảy ra ngẫu nhiên trong toàn bộ tâm nhĩ mà có sự phân bố tập trung tại các điểm giải phẫu nhất định. Can thiệp điện sinh lý có tầm quan trọng trong điều trị nhịp nhanh nhĩ đơn ổ, giúp cải thiện tốt chức năng tâm thu thất trái, với tỉ lệ thành công cao và nguy cơ biến chứng thấp

Từ khóa: kết quả điều trị, nhịp nhanh nhĩ đơn ổ, năng lượng sóng tần số radio, trẻ em.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF FOCAL ATRIAL TACHYCARDIA IN CHILDREN USING RADIOFREQUENCY ENERGY AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the clinical features, paraclinical findings, and characteristics of focal atrial tachycardia in children at the Cardiovascular Center - National Institute of Paediatrics. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 32 patients

diagnosed with monofocal atrial tachycardia by electrophysiological investigation. **Results:** The mean age at intervention was 54.2 ± 57.3 months (ranging from 25 days old to 17 years). The atrial tachycardia focus mainly originated from the right atrium (71.9%), with the crista terminalis being the most common site (40.6%). The initial ablation success rate was 81.3%. The recurrence rate after the first intervention was 26.9%, with a median recurrence time of 65 days. Two months after intervention, patients with impaired left ventricular systolic function showed significant improvement. No complications occurred during the procedure. **Conclusion:** Focal atrial tachycardia can occur at any age. The tachycardia focus is not randomly distributed throughout the atrium but tends to cluster at specific anatomical sites. Electrophysiological intervention plays an important role in the treatment of focal atrial tachycardia, leading to marked improvement in left ventricular systolic function, with a high success rate and a low risk of complications.

Keywords: treatment results, focal atrial tachycardia, radiofrequency ablation, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh nhĩ đơn ổ (Focal Atrial Tachycardia: FAT) là một rối loạn nhịp trên thất ít gặp, chiếm khoảng 5–15% các trường hợp nhịp nhanh trên thất (SVT).¹ Rối loạn nhịp này do một ổ phát nhịp bất thường tại tâm nhĩ gây nên, có thể xuất hiện từng cơn kịch phát, tự giới hạn hoặc tồn tại dai dẳng kéo dài.² Ở thể dai dẳng, FAT có thể dẫn đến bệnh cơ tim do nhịp nhanh và gây rối loạn huyết động nặng nề, đặc biệt nguy hiểm ở trẻ em do dự trữ tim mạch còn hạn chế.³

Trong những thập kỷ gần đây, cùng với sự phát triển của điện sinh lý học tim, can thiệp triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio (Radiofrequency ablation: RFA) đã trở thành một phương pháp điều trị quan trọng, mang lại hiệu quả cao và ít tái phát cho các bệnh nhân mắc nhịp nhanh nhĩ đơn ổ. Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy tỉ lệ thành công của RFA trong điều trị FAT ở trẻ em dao động từ 70–90%, với biến chứng thấp.^{3, 4}

¹Bệnh viện Nhi Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Tú

Email: tuhanwuoknhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025