

NGHIÊN CỨU BỆNH NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM QUA ĐƯỜNG MẸ-THAI TẠI KHOA NHI SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2020-2022

Trần Thị Huỳnh Như^{1*}, Nguyễn Thị Kiều Nhi¹, Bùi Quang Nghĩa¹, Lê Văn Khoa¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà², Nguyễn Phước Sang¹, Trần Đức Long¹, Trần Công Lý¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

*Email: tthnhu@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng sơ sinh (NTSS) rất hay gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là nhiễm trùng sơ sinh sớm. Theo dõi xác định rõ những yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm những biến đổi lâm sàng có thể phát hiện sớm bệnh nhiễm trùng sơ sinh cho phép xử trí sớm góp phần đáng kể giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh NTSS sớm qua đường mẹ-thai; 2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng bệnh NTSS sớm qua đường mẹ-thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả trên 82 trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm qua đường mẹ-thai. **Kết quả:** 82 bệnh nhi được nghiên cứu với nam 53,7%; 40,2% trẻ nhẹ cân, 41,5% trẻ non tháng. Lâm sàng: Triệu chứng hô hấp là thường gặp nhất với thở co lõm ngực (64,6%), thở rên (59,8%), cơn ngưng thở nặng và thở không đều (28%). Tiêu hóa: Bú kém, bỏ bú tỷ lệ 37,8%, ọc dịch nâu chiếm 35,4% và bụng chướng 19,5%. Một số triệu chứng lâm sàng khác: Thân kinh, da niêm, huyết học. Cận lâm sàng: Bạch cầu số lượng $\geq 20000/\text{mm}^3$ là 75,6%, 34,1% trường hợp CRP $\geq 10\text{mg/l}$. **Kết luận:** Lâm sàng và cận lâm sàng đa dạng, mức độ biểu hiện khác nhau, các triệu chứng thường gặp là hô hấp, tiêu hóa, thân kinh, toàn thân. Cận lâm sàng biểu hiện với số lượng bạch cầu tăng và CRP tăng.

Từ khóa: Nhiễm trùng sơ sinh sớm.

ABSTRACT

STUDY ON EARLY-ONSET NEONATAL SEPSIS THROUGH THE MOTHER-FETAL ROUTE AT NEONATAL DEPARTMENT OF CAN THO CITY OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2020-2022

Tran Thị Huỳnh Nhu^{1}, Nguyen Thi Kieu Nhi¹, Bui Quang Nghia¹, Le Van Khoa¹, Nguyen Thi Ngoc Ha², Nguyen Phuoc Sang¹, Tran Duc Long¹, Tran Cong Ly¹*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital

Background: Neonatal sepsis is very common and a leading cause of infant mortality, especially early-onset neonatal sepsis (EONS). Monitoring of risk factors and early detection of clinical symptoms can help doctors manage correctly and contribute to reducing mortality.

Objectives: 1. Describe the clinical characteristics of early maternal-fetal disease of EONS; 2. Describe the subclinical characteristics of early EONS through the mother-fetal route.

Materials and methods: Observational study on 82 infants with EONS through the mother-fetal route.

Results: 82 pediatric patients were studied with 53.7% male; 40.2% of children with low birth weight. Full term infants accounted for 58.5%, 41.5% preterm child.

Clinical: Respiratory symptoms are the most common with chest constriction (64.6%), grunting (59.8%), severe apnea and irregular breathing (28%).

Digestion: Poor suckling 37.8%, vomiting 35.4% and 19.5% abdominal distension. Some other clinical symptoms: Neurological, mucosal skin, hematology.

Subclinical: The white blood cell count $\geq 20000/\text{mm}^3$ is 75.6%, 34.1% cases of CRP $\geq 10\text{mg/l}$.

Conclusion: Clinical and subclinical are diverse, with different levels of expression, the common symptoms are respiratory, digestive, neurological, and systemic. Subclinical presentation with increased white blood cell count and increased CRP.

Keywords: Early-onset neonatal sepsis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng sơ sinh (NTSS) rất hay gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là nhiễm trùng sơ sinh sớm. Chẩn đoán sớm nhiễm trùng sơ sinh thường gặp rất nhiều khó khăn vì các triệu chứng của bệnh đa dạng, không đặc hiệu, diễn biến phức tạp, dễ chuyển giai đoạn, nặng lên nhanh chóng nếu không có chiến lược theo dõi bệnh phát hiện kịp thời. Trẻ sơ sinh mắc nhiễm trùng sơ sinh sớm có khi nhanh chóng rơi vào tình trạng nguy kịch khó kiểm soát nếu không chẩn đoán kịp thời [2].

Tại Việt Nam, nghiên cứu phân lớn về nhiễm trùng huyết sơ sinh, là bệnh lý nhiễm trùng sơ sinh đã vào giai đoạn nặng, tử vong cao. Theo Nguyễn Thị Kiều Nhi, nhiễm trùng sơ sinh sớm chiếm tỷ lệ 5,3% cao nhất trong các bệnh lý thường gặp giai đoạn sơ sinh sớm của các trẻ sơ sinh sinh tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Huế [2]. Hiện có ít nghiên cứu về bệnh lý NTSS giai đoạn sơ sinh sớm qua đường mẹ - thai cũng như ít công trình nghiên cứu xác định các yếu tố nguy cơ mẹ truyền qua con trong bệnh lý này. Nếu nghiên cứu chẩn đoán được bệnh NTSS giai đoạn sơ sinh sớm khi các triệu chứng bệnh chưa nặng lên, sẽ góp phần xử trí, điều trị thành công, cứu sống bệnh nhi, hạ thấp được tỷ lệ tử vong sơ sinh. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm qua đường mẹ - thai.

+ Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của trẻ bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm qua đường mẹ - thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ sơ sinh sinh ra sống tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Nghiên cứu của chúng tôi chọn vào nhóm bệnh những trẻ sơ sinh có các tiêu chuẩn phù hợp chẩn đoán thể bệnh nhiễm trùng sơ sinh của ANAES: Nhiễm trùng có thể; Nhiễm trùng chắc chắn; Nhiễm trùng huyết [4].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Trẻ sơ sinh khởi phát nhiễm trùng sau 72 giờ tuổi.

+ Dị tật bẩm sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

+ Cỡ mẫu nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh được chúng tôi đưa vào nhóm nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 82 mẫu trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm.

+ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt số lượng cần có.

+ Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, hình thức sinh, con thứ mấy.

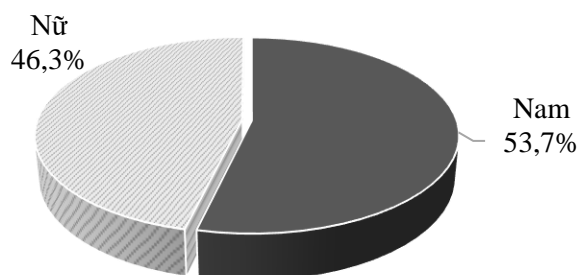
Đặc điểm lâm sàng: Các trẻ sơ sinh được chọn sẽ được đánh giá tuổi thai, cân nặng để phân loại sơ sinh (phân loại theo tuổi thai, theo cân nặng lúc sinh (CNLS), theo cân nặng so với tuổi thai theo biểu đồ Lubchenco) và được khám lâm sàng (Silverman, dấu hiệu sinh tồn, triệu chứng hô hấp, tiêu hóa, thần kinh, màu sắc da, da niêm, huyết học).

Đặc điểm cận lâm sàng: Thay đổi ở công thức máu, định lượng CRP, chụp X-quang ngực thẳng tại giường, xét nghiệm đường máu mao mạch tại giường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Giới tính:



Biểu đồ 1. Giới tính (n=82)

Nhận xét: Trong 82 trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm, tỷ lệ giới tính nam chiếm 53,7% cao hơn giới tính nữ là 46,3%.

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 52/2022

- Cân nặng lúc sinh, tuổi thai, hình thức sinh:

Bảng 1. Cân nặng lúc sinh, tuổi thai, hình thức sinh trẻ NTSS sớm (n=82)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai	Non tháng	34	41,5
	Đủ tháng	48	58,5
Cân nặng lúc sinh	<1500gram	13	15,8
	1500-<2500gram	20	24,4
	2500-<4000gram	49	59,8
Hình thức sinh	Sinh thường	29	35,4
	Sinh mổ	53	64,6

Nhận xét: Trong nhóm 82 trẻ NTSS sớm, có 59,8% trẻ đủ cân, 40,2% trẻ nhẹ cân, trong đó 15,9% trẻ dưới 1500gram. Trẻ đủ tháng chiếm tỷ lệ 58,5%, non tháng 41,5%. Cách thức sinh chủ yếu là sinh mổ chiếm 64,6%, sinh thường ít hơn chiếm 35,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim nhanh ≥ 140 /p là 85,4% và 1 trẻ nhịp tim chậm (<100 /p) (1,2%). Trẻ có nhịp thở nhanh >60 lần/phút chiếm tỷ lệ 64,6%, 1 trẻ thở chậm (1,2%). Thân nhiệt: 7 trẻ sốt (8,5%) và 3 trẻ hạ thân nhiệt (3,7%).

- Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng (n=82)

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Silverman	Không suy hô hấp	33	40,2
	Suy hô hấp vừa	31	37,8
	Suy hô hấp nặng	18	22,0
Triệu chứng hô hấp	Co lõm ngực	53	64,6
	Con ngưng thở nặng	23	28,0
	Thở rên	49	59,8
	Thở không đều	23	28,0
Triệu chứng tiêu hóa	Bú kém, bỏ bú	31	37,8
	Ợc dịch nâu	29	35,4
	Bụng chướng	16	19,5
Triệu chứng da niêm	Vàng da	29	35,4
	Nốt mụn	1	1,2
	Cứng bì	2	2,4
	Rốn đỏ, rỉ dịch hôi	4	4,9
	Da, cuống rốn nhuộm phân su	2	2,4
Màu sắc da	Da tái nhợt	4	4,9
	Da nổi bông	7	8,5
Triệu chứng thần kinh	Hôn mê	2	2,4
	Giảm trương lực cơ	4	4,9
Triệu chứng huyết học	Xuất huyết, bầm da	3	3,7

Nhận xét: Triệu chứng thở co lõm ngực chiếm tỷ lệ cao nhất (64,6%), có 49,8% trẻ thở rên. Các triệu chứng khác ghi nhận: Con ngưng thở nặng (28%), thở không đều (28%). Triệu chứng tiêu hóa: Bú kém, bỏ bú tỷ lệ 37,8%, ợc dịch nâu chiếm 35,5% và bụng chướng 19,5%. Triệu chứng huyết học (xuất huyết, mảng bầm da 3,7%), thần kinh (hôn mê 2,4%, giảm trương lực cơ 4,9%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- Công thức máu:

Bảng 3. Sự thay đổi giá trị công thức máu (n=82)

Chỉ số huyết học		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu	Có (<13,5g/dl)	4	4,9
	Không	78	95,1
Bạch cầu	Giảm <5.000/mm ³	0	0
	Bình thường	20	24,4
	Tăng ≥20.000/mm ³	62	75,6
Số lượng tuyệt đối Neutrophil	< 1.500/mm ³	2	2,4
	≥ 1.500/mm ³	80	97,6
Tiểu cầu	< 150.000/mm ³	3	3,7
	≥ 150.000/mm ³	79	96,3

Nhận xét: Có 75,6% trường hợp bạch cầu tăng ≥20.000/mm³ và không có trường hợp nào <5.000/mm³. 2,4% trẻ có số lượng tuyệt đối neutrophil <1.500/mm³. 3,7% trường hợp giảm tiểu cầu <150.000/mm³.

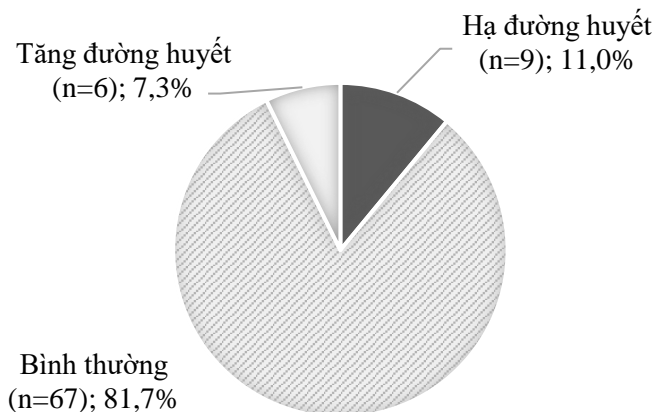
- CRP định lượng:

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm CRP định lượng (n=82)

CRP	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
CRP <10mg/l	54	65,9
CRP ≥10mg/l	28	34,1
Tổng	82	100

Nhận xét: Trong 82 trẻ NTSS sớm ghi nhận 28 trẻ có tăng CRP ≥10mg/l với tỷ lệ 34,1%.

- Đường huyết:



Biểu đồ 2. Sự thay đổi đường máu mao mạch (n=82)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ hạ đường huyết là 11%. Đa số đường huyết trẻ trong giới hạn bình thường.

- X-quang ngực thẳng: Có 51,2% trường hợp có tổn thương X-quang ngực thẳng dạng tổn thương viêm phổi và bệnh màng trong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn 53,7%. Do nhiễm sắc thể của trẻ nam chỉ có một X nên nồng độ immunoglobulin thường thấp hơn trẻ gái. Đó là lý do giải thích trẻ sơ sinh nam có tỷ lệ NTSS sớm cao hơn nữ [4]. Nghiên cứu của Võ Hữu Đức tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2016 và nghiên cứu của Phan Hùng Việt và cộng sự tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cũng ghi nhận giới tính nam chiếm tỷ lệ cao hơn lần lượt là 54,1% và 58,7% [1], [6]. Nghiên cứu của Giannoni và cộng sự năm 2018 cũng cho thấy NTSS thường gặp ở nam (52%) [8].

CNLS trung vị trong nghiên cứu chúng tôi là 2533gram, trong đó 40,2% trẻ nhẹ cân, 15,9% trẻ rất nhẹ cân <1500g. Theo Berardi Alberto, CNLS trung bình nhóm trẻ NTSS sớm là 3000g, trẻ có cân nặng <1500g là 25,5% [9]. Theo một tổng quan hệ thống và nghiên cứu phân tích gộp của Belachew A cho thấy trẻ có cân nặng lúc sinh <2500g có nguy cơ NTSS sớm gấp 1,42 lần trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g [10]. Cân nặng thấp ở tuổi thai để non chưa sản xuất đủ kháng thể dịch thể để chống lại các vi khuẩn gram dương và gram âm từ mẹ truyền qua. Cân nặng thấp do để yếu là từ bánh nhau không nuôi dưỡng tốt, hạn chế sự vận chuyển kháng thể miễn dịch từ máu mẹ qua nhau thai. Đó là lý do giải thích tỷ lệ NTSS sớm xuất hiện ở trẻ sơ sinh để non và để cân nặng thấp.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thì ngược lại, trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g chiếm đa số 59,8%. Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn là trẻ sơ sinh đủ tháng (58,5%). Phần lớn nhóm sơ sinh đủ tháng này có bong da, rối loạn chức năng nhau. Bánh nhau tổn thương ở sơ sinh đủ tháng làm ngăn chặn sự chuyển immunoglobulin miễn dịch từ máu mẹ qua nhau thai là yếu tố nguy cơ tăng NTSS sớm nhóm trẻ này [4].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung vị tuổi thai là 36 tuần, trong đó 41,5% trẻ non tháng. Theo Berardi Alberto năm 2016 kết quả với trung bình tuổi thai là 38 tuần, tỷ lệ trẻ non tháng 43,3% [9]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi xác định yếu tố nguy cơ ở tuổi thai <37 tuần với OR=13,32 (p=0,001) [2].

Chúng tôi ghi nhận trong nhóm trẻ NTSS sớm cách thức sinh chủ yếu là sinh mổ chiếm 64,6%, sinh thường ít hơn chiếm 35,4%. Tuy nhiên, kết quả này khác với nghiên cứu của Võ Hữu Đức với tỷ lệ sinh mổ là 41,69% và tác giả Trần Quốc Lợi cũng ghi nhận tỷ lệ sinh mổ là 41% [1], [8]. Tỷ lệ sinh mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao có thể lý giải do: Tỷ lệ suy thai cấp cao chiếm 30,5%. Thai suy là một trong những chỉ định mổ lấy thai của chuyên ngành sản khoa.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ có nhịp tim bình thường 13,4%, có 1 trẻ nhịp chậm tỷ lệ 1,2% và 70 trẻ có nhịp tim nhanh ≥ 140 lần/phút chiếm tỷ lệ 85,4%. Kết quả này tương tự tác giả Võ Thị Khánh Nguyệt khi nghiên cứu trên 286 trẻ sơ sinh bệnh lý, tỷ lệ trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm có nhịp tim nhanh ≥ 140 lần/phút là 87,3% (89/102 trẻ) [5]. Nhịp tim nhanh là một dấu hiệu nhạy cảm của NTSS sớm, nhu cầu oxy tăng cao khi trẻ có biểu hiện nhiễm trùng, cơ thể phản ứng bằng cách tăng nhịp tim.

Triệu chứng hô hấp và tiêu hóa là thường gặp nhất. Trong đó, triệu chứng thở nhanh và co lõm ngực đều có tỷ lệ 64,6%, 59,8% trẻ thở rên. Nghiên cứu của Stoll BJ (2020) thì cho kết quả tương tự chúng tôi, ở trẻ NTSS sớm, thở nhanh 60,0%, thở rên, thở co kéo

65,5% [12]. Trong 82 trẻ NTSS sớm, có 31/82 trẻ bú kém, bỏ bú chiếm tỷ lệ 37,8%, ọc dịch nâu chiếm 35,4% và bụng chướng 19,5%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Hùng Việt cũng tương tự chúng tôi, cho thấy trong nhóm NTSS sớm triệu chứng về tiêu hóa thường gặp nhất là nôn trớ với tỷ lệ 55,7%, sau đó là bú kém và bụng chướng chiếm 39,3% và 37,7% [6]. Tiếp theo là các triệu chứng vàng da (35,4%), bất thường thân nhiệt. Triệu chứng thần kinh ghi nhận được 4,9% trẻ giảm trương lực cơ, 2,4% trẻ hôn mê. Theo Stoll BJ và cộng sự trong nghiên cứu đoàn hệ trên 235 trẻ NTSS sớm từ năm 2015-2017 ghi nhận 23,2% trẻ hôn mê, 14,1% trẻ kích thích [12]. Kết quả nghiên cứu Trần Quốc Lợi cho thấy lừ đừ là triệu chứng gặp nhiều nhất, xuất hiện ở 41,0% trẻ NTSS sớm [2]. Các triệu chứng phù cứng bì, nốt mụn da, rón ri dịch hôi ít gặp hơn.

Theo y văn, các triệu chứng của NTSS thường mơ hồ, không rõ ràng, đặc biệt là khởi phát sớm. Bởi vì đây thường là nhiễm trùng truyền qua đường mẹ-thai, lây truyền trong lúc mang thai hoặc chuyển dạ, ổ nhiễm trùng thường không rõ, thường biểu hiện toàn thân.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Thiếu máu trong bệnh lý nhiễm trùng sơ sinh là một dấu hiệu không đặc hiệu, thường xuất hiện khi trẻ có nhiễm trùng nặng hoặc khi có xuất huyết. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ thiếu máu ($Hb < 13,5g/dl$) là 14,6%, đa số trẻ không bị thiếu máu.

Bạch cầu và neutrophil luôn được các nhà lâm sàng xem là một dấu hiệu giúp đánh giá tình trạng nhiễm trùng của cơ thể. Chúng tôi ghi nhận giá trị bạch cầu tăng trên $20.000/mm^3$ chiếm tỷ lệ 75,6%. Nghiên cứu của Võ Hữu Đức cho thấy 39,6% trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm có số lượng bạch cầu máu $>20.000/mm^3$ [1].

CRP là một yếu tố giúp đánh giá phản ứng viêm của cơ thể do gan sản xuất, có giá trị theo dõi đáp ứng điều trị. Chúng tôi ghi nhận có trẻ tăng CRP $\geq 10mg/l$ là 34,1%. Tỷ lệ này thấp vì trong những ngày đầu khi nhiễm trùng sơ sinh sớm chưa biểu hiện nặng giá trị CRP chưa tăng cao. CRP tăng và bạch cầu tăng là giá trị CLS thường gặp nhất, không có bệnh nhân cấy máu (+). Ở giai đoạn sơ sinh sớm, bệnh chưa tiến triển nặng, lại được điều trị kháng sinh từ ngày đầu tiên nên tỷ lệ cấy máu dương tính không có. Kết quả nghiên cứu của Trần Quốc Lợi, Nguyễn Thu Tịnh cho thấy có 29,5% trẻ NTSS sớm có CRP $\geq 10 mg/l$ [2]. Tác giả Võ Hữu Đức ghi nhận tỷ lệ tăng CRP $\geq 10mg/l$ là 87,5%, có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh và không bệnh ($p < 0,01$) [1]. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do thời điểm xét nghiệm. CRP là một protein do gan tổng hợp, thường đạt đỉnh sau 35-50 giờ, bị ảnh hưởng bởi sự trưởng thành của gan nên sự thay đổi dễ thấy ở các nhóm trẻ sinh đủ tháng, đủ cân. Do đó, một giá trị CRP bình thường tại thời điểm xét nghiệm không giúp loại trừ NTSS sớm. Vậy với 28/82 trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có CRP $\geq 10mg/l$ và 62/82 trẻ có bạch cầu $\geq 20.000/mm^3$ sẽ có 8/82 trẻ NTSS sớm tăng cả CRP và bạch cầu. Số lượng bạch cầu được xét nghiệm vào ngày đầu của bệnh trong khi CRP được xét nghiệm vào ngày thứ 2-3 khi trẻ đã được sử dụng kháng sinh. CRP tăng nhanh 6-10 giờ sau khi nhiễm khuẩn, thời gian bán hủy ngắn, giảm nhanh sau khi nhiễm khuẩn được kiểm soát. Vì thế sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn, CRP trở về âm tính nhanh.

Theo y văn, rối loạn đường huyết là một yếu tố tiên lượng trong NTSS. Tỷ lệ trẻ hạ đường huyết và tăng đường huyết trong nghiên cứu chúng tôi là 11% và 7,3%. Đa số đường huyết trẻ trong giới hạn bình thường. Theo nghiên cứu của Barbara J. Stoll và cộng sự tỷ lệ hạ đường huyết ($<40mg/l$) là 27,7% [12].

V. KẾT LUẬN

Lâm sàng và cận lâm sàng đa dạng, mức độ biểu hiện khác nhau, các triệu chứng thường gặp là hô hấp, tiêu hóa, thần kinh, toàn thân. Cận lâm sàng biểu hiện với số lượng bạch cầu tăng và CRP tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Hữu Đức, Tạ Văn Trâm (2018), Đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh, bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang từ 1/2015 đến 12/2016. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22(4), tr. 234-238.
2. Trần Quốc Lợi, Nguyễn Thu Tịnh (2022), Nồng độ procalcitonin máu ở trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 26(1), tr.168-174.
3. Nguyễn Thị Kiều Nhi (2009), Xác định các yếu tố nguy cơ mẹ liên quan bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm ở con tại khoa sản bệnh viện trường Đại học y - dược Huế. *Y học Việt Nam*, 4(2):506 - 514.
4. Nguyễn Thị Kiều Nhi (2003), Đánh giá hiệu quả việc chăm sóc sơ sinh bằng mô hình kết hợp sản - nhi tại khoa sản bệnh viện Trường Đại học Y Huế, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Huế, Huế.
5. Võ Thị Khánh Nguyệt (2010), Nghiên cứu sự biến đổi tần số tim trên điện tâm đồ bề mặt của sơ sinh bình thường và bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Huế, Huế.
6. Phan Hùng Việt, Lê Phan Ngọc Bích, Phạm Thị Ny (2019), Nghiên cứu vai trò của Procalcitonin trong chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh sớm tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Hội nghị Nhi khoa mở rộng BV Nhi đồng 2 2019*, 23 (4) tr. 217 – 224.
7. Agence nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé (2002), Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau – né. *Récommandations pour la pratique clinique*, pp. 1-15.
8. Benitz WE, Gould JB, Druzin ML (1999), “Risk factors for early-onset group B streptococcal sepsis: estimation of odds ratios by critical literature review “, *Pediatrics*, 103(6), pp.77.
9. Berardi A, Baroni L, Bacchi Reggiani ML, Ambretti S, Biasucci G, Bolognesi S, *et al* (2016), The burden of early-onset sepsis in EmiliaRomagna (Italy): a 4-year, population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29, 3126-31.
10. Belachew A, Tilahun TT (2020), Neonatal sepsis and its association with birth weight and gestational age among admitted neonates in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 20:55.
11. Giannoni E, Agyeman PKA, Stocker M, Posfay-Barbe KM, Heininger U, *et al.* (2018), Neonatal sepsis of early onset, and hospital-acquired and community-acquired late onset: A prospective population-based cohort study. *J Pediatric* (201), pp.106-114.e4.
12. Stoll BJ, Puopolo KM, Hasen NI, *et al* (2020), Early-Onset Neonatal Sepsis 2015 to 2017, the Rise of Escherichia coli, and the Need for Novel Prevention Strategies. *JAMA Pediatr*, 174(7), e200593.

(Ngày nhận bài: 17/8/2022 – Ngày duyệt đăng: 12/10/2022)
