

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH SỚM  
TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI TỈNH SÓC TRĂNG  
NĂM 2024-2025**

**Phan Hữu Nhu<sup>1</sup>, Bùi Quang Nghĩa<sup>2</sup>, Trần Thị Huỳnh Nhu<sup>2</sup>, Nguyễn Trường Khánh<sup>1</sup>**

1. Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: bsphanhuunhu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2025

Ngày phản biện: 16/7/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm là một tình trạng khẩn cấp y tế, phát hiện sớm và can thiệp điều trị kịp thời sẽ giúp tăng tỉ lệ sống sót và giảm thiểu biến chứng cho trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 trẻ sơ sinh  $\leq 7$  ngày tuổi nhập viện điều trị tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng được chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh. **Kết quả:** Lâm sàng ghi nhận tỉ lệ suy hô hấp là 93,8%, cơn ngưng thở là 52,1%, nôn ói, chướng bụng là 87,5%, sốc là 31,3%. Cận lâm sàng ghi nhận số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng là 52,1%, giảm là 16,7%; nồng độ CRP huyết thanh  $>10\text{mg/L}$  là 47,9%. Kết quả điều trị khỏi là 77,1%, chuyển tuyến điều trị chiếm 8,3%, tử vong là 14,6%. **Kết luận:** Trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm có dấu hiệu lâm sàng đa dạng, cận lâm sàng chưa rõ ràng. Kết quả điều trị khỏi cao, tuy nhiên có những trường hợp diễn tiến xấu trên khả năng đáp ứng của bệnh viện phải chuyển tuyến điều trị hoặc tử vong.

**Từ khóa:** Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm, Sơ sinh, Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng.

**ABSTRACT**

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND  
TREATMENT RESULTS OF EARLY NEONATAL SEPSIS AT  
SOC TRANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN IN 2024-2025**

**Phan Huu Nhu<sup>1</sup>, Bui Quang Nghia<sup>2</sup>, Tran Thi Huynh Nhu<sup>2</sup>, Nguyen Truong Khanh<sup>1</sup>**

1. Soc Trang Hospital for Women and Children

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Early neonatal sepsis was a medical emergency, early detection and timely treatment will help increase survival rate and minimize complications for newborns. **Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment results of early neonatal sepsis at Soc Trang Hospital for Women and Children in 2024-2025. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 48 newborns  $\leq 7$  days old admitted to Soc Trang Hospital for Women and Children diagnosed with neonatal sepsis. **Results:** Clinically, the rate of respiratory failure was 93.8%, apnea was 52.1%, vomiting and abdominal distension were 87.5%, shock were 31.3%. Paraclinically, the number of white blood cells in peripheral blood increased in 52.1%, decreased in 16.7%; serum CRP concentration  $>10\text{mg/L}$  was 47.9% The treatment result was 77.1%, treatment referral was 8.3%, and death was 14.6%. **Conclusion:** Infants with early neonatal sepsis had diverse

*clinical signs, unclear paraclinical signs. The treatment results were high, however there were cases where the progression was worse than the hospital's response capacity, requiring transfer to a higher level of treatment or death.*

**Keywords:** Early neonatal sepsis, Neonatal, Soc Trang Hospital for Women and Children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và di chứng nặng nề ở trẻ sơ sinh, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 3 triệu trẻ sơ sinh tử vong, trong đó các bệnh lý nhiễm trùng bao gồm nhiễm trùng huyết chiếm tỉ lệ đáng kể. Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm thường khởi phát trong vòng 72 giờ đầu sau sinh, nguyên nhân chủ yếu do vi khuẩn lây truyền từ mẹ sang con trong thai kỳ hoặc khi chuyển dạ [1]. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế, tỉ lệ tử vong sơ sinh chiếm khoảng 45% tổng số tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, trong đó nhiễm trùng sơ sinh vẫn là nguyên nhân hàng đầu. Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm thì tỉ lệ tử vong cao hoặc có nhiều biến chứng sau này. Câu hỏi đặt ra là biểu hiện của trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm là gì. Kết quả điều trị điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm thế nào. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu cụ thể sau: 1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025. 2) Đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ sơ sinh nhập viện điều trị tại Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng được chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ sơ sinh  $\leq 7$  ngày tuổi nhập viện điều trị tại Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng được chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm theo tiêu chuẩn của NICE 2021 [2].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Cha mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu. Trẻ có dị tật bẩm sinh.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang.

- **Thời gian và địa điểm:** Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu thực hiện trên 48 trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Thông tin chung:

+ Thông tin của trẻ: giới tính, cân nặng lúc sinh, tuổi thai lúc sinh, hình thức sinh.

+ Yếu tố nguy cơ: mẹ sốt trong chuyển dạ  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; vỡ ối trước chuyển dạ.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

+ Lâm sàng: hô hấp (suy hô hấp, cơn ngưng thở); tuần hoàn (nhịp tim nhanh); tiêu hóa (bú kém, bỏ bú, bụng chướng, không dung nạp đường tiêu hóa); hệ thần kinh (trẻ trể li bì, phản xạ chậm); triệu chứng khác (thân nhiệt không ổn định, sinh non thở máy, rối loạn huyết động học, sốc).

+ Cận lâm sàng: số lượng bạch cầu (giảm  $<5000 \text{ mm}^3$ ; bình thường từ  $5000 - 20.000/\text{mm}^3$ ; tăng  $>20.000/\text{mm}^3$ ); số lượng tiểu cầu (giảm  $<150.000/\text{mm}^3$ ; Bình thường  $\geq 150.000/\text{mm}^3$ ); nồng độ CRP huyết thanh ( $>10 \text{ mg/L}$  và  $\leq 10 \text{ mg/L}$ ).

**Kết quả điều trị:**

+ Kết quả điều trị (khỏi; nặng hơn, chuyển tuyến điều trị; tử vong).  
 + Ngày điều trị trung bình và ngày điều trị kháng sinh trung bình.  
 + Kháng sinh điều trị (phác đồ bậc 1 (Cefotaxim + Gentamycin); phác đồ bậc 2 (Ticarcillin + Amikacin) và phác đồ bậc 3 (Meropenem + Vancomycin)).

+ Thay đổi phác đồ điều trị (có hoặc không).

**- Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Công cụ: bảng kiểm được thiết kế dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm tại Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng.

+ Số liệu được thu thập từ thực tế và hồ sơ bệnh án.

**- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 để phân tích. Biến định tính được trình bày dạng tần số, tỉ lệ. Sử dụng phép kiểm định chi bình phương ( $\chi^2$ ) ở mức ý nghĩa thống kê  $p \leq 0,05$  để đo lường sự liên quan.

**- Đạo đức trong nghiên cứu:** Được hội đồng Y đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua, số 24.293.HV/PCT-HĐĐĐ và Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng cho phép.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025, nhóm nghiên cứu thu thập được 48 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm chung của trẻ**

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=48)

Nội dung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	
Đặc điểm ở trẻ	Giới tính	Nam	28	58,3
		Nữ	20	41,7
	Cân nặng lúc sinh	$<2500\text{g}$	24	50,0
		$\geq 2500\text{g}$	24	50,0
	Tuổi thai	$<28$ tuần	3	6,3
		Từ 28 đến dưới 32 tuần	9	18,7
		Từ 32 đến dưới 37 tuần	12	25,0
		$\geq 37$ tuần	24	50,0
	Hình thức sinh	Sinh mổ	22	45,8
		Sinh thường	26	54,2
	Mẹ sốt trong chuyển dạ $\geq 38^\circ\text{C}$	10	20,8	
	Vỡ ối trước chuyển dạ	39	81,3	

Nhận xét: Tỉ lệ nam là 58,3%. Cân nặng lúc sinh dưới 2500g là 50,0%. Trẻ có tuổi thai  $<28$  tuần là 6,3%, từ 28 đến dưới 32 tuần là 18,8%, từ 32 đến dưới 37 tuần là 25,0%. Tỉ lệ sinh mổ là 45,8%. Mẹ mắc bệnh nhiễm trùng trong thời kỳ mang thai là 2,1%, mẹ sốt trong chuyển dạ  $\geq 38^\circ\text{C}$  là 20,8% và vỡ ối trước chuyển dạ là 81,3%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

#### Lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Hô hấp	Biểu hiện suy hô hấp	45	93,8
	Cơn ngưng thở	25	52,1
Tuần hoàn	Nhịp tim nhanh	13	27,1
	Rối loạn huyết động học	12	25,0
	Dấu hiệu của sốc	15	31,3
Tiêu hóa	Không dung nạp đường tiêu hóa	42	87,5
Thần kinh	Trẻ trẻ li bì, phản xạ chậm	15	31,3
Khác	Thân nhiệt không ổn định	3	6,3
Tổng		48	100

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ có dấu hiệu suy hô hấp là cao nhất với 93,8%, nhịp tim nhanh là 27,1%, không dung nạp đường tiêu hóa là 87,5%, cơn ngưng thở là 52,1%, trẻ li bì, phản xạ chậm là 31,3%, dấu hiệu của sốc là 31,3% và các dấu hiệu khác như thân nhiệt không ổn định là 6,3%.

#### Cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Nội dung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Số lượng bạch cầu	Giảm	8	16,7
	Bình thường	15	31,3
	Tăng	25	52,1
Số lượng tiểu cầu	Giảm	22	45,8
	Bình thường	26	54,2
Nồng độ CRP huyết thanh	>10 mg/L	23	47,9
	≤10 mg/L	25	52,1
Tổng		48	100

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ có số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng là 52,1%, giảm là 16,7%; số lượng tiểu cầu trong máu ngoại vi giảm là 45,8% và có nồng độ CRP huyết thanh >10mg/L là 47,9%.

#### Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Khỏi	37	77,1
Nặng hơn, chuyển tuyến điều trị	4	8,3
Tử vong	7	14,6
Tổng	48	100

Nhận xét: Tỉ lệ điều trị khỏi là 77,1%, nặng hơn, chuyển tuyến điều trị 4 trường hợp chiếm 8,3%, tử vong là 7 trường hợp chiếm 14,6%.

Bảng 5. Số ngày điều trị và ngày điều trị kháng sinh trung bình

Nội dung	n	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Số ngày điều trị	37	16,68±10,42	7	65
Số ngày điều trị kháng sinh	37	15,76±8,08	5	51

Nhận xét: Trong 37 đối tượng điều trị khởi có số ngày điều trị trung bình là  $16,68 \pm 10,42$  ngày và số ngày điều trị kháng sinh trung bình là  $15,76 \pm 8,08$  ngày.

Bảng 6. Kháng sinh sử dụng khởi trị

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phác đồ bậc 1 (Cefotaxim + Gentamycin)	27	56,2
Phác đồ bậc 2 (Ticarcillin + Amikacin)	18	37,5
Phác đồ bậc 3 (Meropenem + Vancomycin)	3	6,3
Tổng	48	100

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ sử dụng phác đồ khởi trị bậc 1 chiếm 56,2%, bậc 2 là 37,5% và bậc 3 là 6,3%.

Bảng 7. Thay đổi kháng sinh điều trị và phác đồ thay đổi

Nội dung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thay đổi kháng sinh (n=48)	Có	34	70,8
	Không	14	29,2
Phác đồ thay đổi (n=34)	Bậc 1 lên bậc 2	14	41,2
	Bậc 1 lên bậc 2 và lên bậc 3	11	32,4
	Bậc 2 lên bậc 3	9	26,5

Nhận xét: Tỉ lệ có thay đổi kháng sinh trong điều trị là 70,8%. Thay đổi từ bậc 1 lên bậc 2 là 41,2%, bậc 1 lên bậc 2 và lên bậc 3 là 32,4%, bậc 2 lên bậc 3 là 26,5%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

#### Thông tin trẻ:

Giới tính: Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ trẻ nam nhiễm trùng huyết sơ sinh cao hơn nữ với 53,8%. Tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú ghi nhận tỉ lệ trẻ nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh đủ tháng ở nam là cao hơn với 54,1% [3]. Sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm trùng huyết giữa 2 giới được giải thích do một số bệnh lý hay gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ, ở trẻ nam có tỉ lệ trưởng thành phổi thấp hơn trẻ nữ.

Tuổi thai: Trẻ sinh non có nguy cơ cao hơn so với trẻ đủ tháng do hệ miễn dịch chưa phát triển hoàn chỉnh, kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 6,3% trẻ sinh <28 tuần (cực non), 18,8% được sinh ra khi thai từ 28 đến dưới 32 tuần (rất non), từ 32 đến dưới 37 tuần là 25,0%. Trẻ có tuổi thai càng thấp thì tình trạng bệnh chuyển biến thường nhanh và nặng hơn dẫn đến việc điều trị cũng khó khăn hơn.

Cân nặng lúc sinh: Trẻ nhẹ cân (<2500g) thì nguy cơ nhiễm trùng huyết càng cao do hệ miễn dịch chưa hoàn chỉnh, hàng rào bảo vệ kém, chức năng gan chưa hoàn thiện,... Kết quả ghi nhận tỉ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh <2500g chiếm đến 50,0%.

**Yếu tố nguy cơ trước sinh:** Nghiên cứu ghi nhận có 20,8% mẹ sốt  $\geq 38$  độ trước sinh. Ngoài ra các yếu tố về vỡ ối sớm hay vỡ ối trước chuyển dạ cũng là những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm trùng huyết sơ sinh ở trẻ.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

#### Lâm sàng:

Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm có diễn biến rất nhanh, các triệu chứng thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý sơ sinh khác. Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến sốc nhiễm trùng và tử vong. Kết quả nghiên cứu ghi nhận

cho thấy ở trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm có nhiều biểu hiện lâm sàng như: dấu hiệu ở hệ hô hấp như suy hô hấp là cao nhất với 93,8%, cơn ngưng thở là 52,1%. Dấu hiệu nhịp tim nhanh là 27,1%, không dung nạp hệ tiêu hóa là 87,5%, ở thần kinh trẻ li bì, phản xạ chậm là 31,3% và các dấu hiệu khác như thân nhiệt không ổn định là 6,3%, sốc là 31,3%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú ghi nhận các dấu hiệu thường gặp ở trẻ như là sốt chiếm 51,8%, giảm spO<sub>2</sub> là dấu hiệu hay gặp nhất (75,3%), Rút lõm lồng ngực, thở nhanh > 60 chu kỳ/phút chiếm tỉ lệ 34% và 35,3%, tỉ lệ nhịp tim nhanh là 51,8%, 29,4% có dấu hiệu sốc nhiễm khuẩn,...[3].

#### **Cận lâm sàng:**

Số lượng bạch cầu là một trong những chỉ số quan trọng, tuy nhiên số lượng bạch cầu có thể bình thường trong nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm, vì vậy không thể loại trừ nhiễm trùng chỉ dựa vào bạch cầu. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ trẻ có số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng là 52,1%, giảm là 16,7%. Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú ghi nhận số lượng bạch cầu tăng là 41,2% và 15,4% giảm [3]. Kết quả cho thấy bạch cầu có giá trị chẩn đoán trong nhiễm trùng huyết khởi phát sớm.

Số lượng tiểu cầu là một chỉ số quan trọng, đặc biệt là trong các trường hợp nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng huyết do vi khuẩn Gram âm. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ giảm tiểu cầu 45,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú ghi nhận là 49,6% [3]. Nghiên cứu của Jana và cộng sự tại Ấn Độ cho thấy tỉ lệ giảm tiểu cầu là 50,94% [4]. Một số giả thiết cho rằng trong bệnh cảnh nhiễm trùng huyết, tổn thương nội mô kích hoạt sự loại bỏ tiểu cầu của lưới nội mô.

Một chỉ số được sử dụng để chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm là CRP, tuy nhiên cần kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm khác, CRP có độ nhạy thấp trong giai đoạn sớm do cần thời gian để tăng, nếu đo quá sớm (trong 6 giờ đầu sau sinh), CRP có thể chưa tăng dù trẻ đã nhiễm trùng. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ CRP tăng là 47,9%, tỉ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Tú (88,3%) [3].

#### **4.3. Kết quả điều trị**

Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kết quả điều trị khỏi là 77,1%, chuyển tuyến điều trị 4 trường hợp chiếm 8,3%, tử vong là 7 trường hợp chiếm 14,6%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú với kết quả điều trị có 69,4% trẻ sống, có 19 trẻ tử vong (22,4%), có 7 trẻ nặng xin về (8,2%) [3], nghiên cứu của Oyato và cộng sự tại Ethiopia ghi nhận tỉ lệ điều trị khỏi là 78,6% [5]. Nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân ghi nhận tỉ lệ tử vong và nặng xin về là 17,4% cao hơn nghiên cứu chúng tôi [6]. Ngoài phác đồ điều trị thì các trang thiết bị hỗ trợ là hết sức cần thiết để có thể điều trị thành công, những trường hợp tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có chuyển biến xấu, trẻ sinh non có cân nặng rất thấp, mặc dù đã tích cực điều trị nhưng không thể điều trị thành công.

Thời gian điều trị là chỉ báo quan trọng phản ánh mức độ nặng của bệnh, hiệu quả điều trị và tốc độ phục hồi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian điều trị trung bình là  $16,6 \pm 12,1$  ngày, cho thấy phần lớn trẻ được phát hiện và điều trị ở giai đoạn tương đối sớm. Thời gian điều trị kéo dài không chỉ làm tăng gánh nặng tài chính và áp lực tâm lý cho gia đình mà còn làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng liên quan.

Số ngày điều trị kháng sinh là một chỉ số quan trọng phản ánh quá trình điều trị cũng như hiệu quả can thiệp trong nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm. Ghi nhận số ngày điều trị kháng sinh trung bình là  $15,94 \pm 10,16$  ngày. Theo Tổ chức Y tế Thế giới đối với các trường hợp nhiễm trùng huyết sơ sinh, liệu trình kháng sinh nên kéo dài từ 7–10 ngày trong các

trường hợp nhẹ đến trung bình, và có thể kéo dài 14–21 ngày nếu nhiễm khuẩn nặng hoặc không đáp ứng sớm với điều trị [7].

Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu thường dựa trên phác đồ kinh điển hoặc kinh nghiệm lâm sàng, kết quả ghi nhận tỉ lệ trẻ sử dụng phác đồ khởi trị bậc 1 chiếm 56,2%, bậc 2 là 37,5% và bậc 3 là 6,3%. Tuy nhiên, quá trình điều trị cần theo dõi sát đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng để điều chỉnh phù hợp. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ trẻ sơ sinh bị thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị là 70,8%, một tỉ lệ tương đối cao, cho thấy khả năng kháng thuốc hoặc diễn tiến nặng làm thay đổi quyết định lâm sàng. Tỉ lệ thay đổi kháng sinh cao phản ánh nhiều yếu tố như: diễn tiến bệnh không thuận lợi, không đáp ứng điều trị ban đầu, sự xuất hiện của các dấu hiệu nhiễm trùng nặng hoặc do kháng kháng sinh. Trong nghiên cứu của tác giả Hà Đức Dũng cho thấy hầu hết các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm kháng với các kháng sinh thông thường được sử dụng trong điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương [8].

## V. KẾT LUẬN

Trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm có các dấu hiệu lâm sàng đa dạng ở hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa và thần kinh... Các cận lâm sàng chưa thật sự rõ ràng, trong đó số lượng bạch cầu, tiểu cầu và nồng độ CRP huyết thanh là các dấu hiệu chủ yếu. Kết quả điều trị ghi nhận điều trị khỏi là 77,1%, chuyển tuyến điều trị 4 trường hợp chiếm 8,3%, tử vong là 7 trường hợp chiếm 14,6% cho thấy đây vẫn là bệnh lý nặng cần được phát hiện và xử trí sớm nhằm giảm biến chứng và tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Global report on neonatal sepsis: Pathways to prevention and survival. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066081>.
  2. National Institute for Health and Care Excellence. Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment (NG195). NICE guideline. 10-60.
  3. Nguyễn Thị Ngọc Tú. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh đủ tháng tại bệnh viện nhi trung ương (2019-2021). Luận án tiến sĩ Y học. Viện sốt rét - Ký sinh trùng - côn trùng Trung Ương.
  4. Jana, J., Alam, J, Mandal S. A study of thrombocyte count in neonatal sepsis in a tertiary care hospital. *Journal of Academic Medical Sciences*. 2025. 7(1), 1112–1116, 10.47009/jamp.2025.7.1.216.
  5. Oyato, B.T., Sime, T.K., Debele, T. *et al.* Time to recovery of neonatal sepsis and its predictors in public hospitals of North Shoa Zone, Central Ethiopia. *BMC Infect Dis* 25. 2025. 113. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10525-1>.
  6. Hà Thị Hồng Ân, Trương Ngọc Phước, Trịnh Thị Hồng Cửa, Ông Huy Thanh. Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 2022. 50 (8), 210-217. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i50.147>.
  7. World Health Organization. Managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible: Guidelines and tools. Geneva: WHO.
  8. Hà Đức Dũng và Nguyễn Thị Vân. Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2020. 131(7), 93–98.
-