

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TUỔI THAI TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Đặng Quốc Bửu¹, Phạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai có nguy cơ tử vong và bệnh tật cao. Trong khi nhiều nghiên cứu tại các nước phát triển đã đánh giá kết quả điều trị, dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ phần trăm các kết quả điều trị trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai nhập Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến hành từ 08/2024 đến 08/2025. **Kết quả:** Có 124 trẻ được đưa vào nghiên cứu, tuổi thai trung vị 28,6 tuần và cân nặng trung vị 1200 g; 32,3% sinh cực non. Triệu chứng thường gặp: suy hô hấp (97,6%), xuất huyết da niêm (49,2%), sốc (39,5%), chướng bụng (34,7%). Các chẩn đoán chính: bệnh màng trong (59,7%), viêm phổi (14,5%), viêm ruột hoại tử (12,9%), dị tật bẩm sinh (14,5%). Điều trị bao gồm kháng sinh (100%), thở máy không xâm lấn (86,3%), thở máy xâm lấn (74,2%), surfactant (53,2%), và đóng PDA bằng thuốc (18,5%). Tử vong 20,2%, biến chứng nặng 47,6%, loạn sản phế quản phổi 45,2%. Thời gian nằm viện trung vị 43 ngày. **Kết luận:** Trẻ sinh non dưới 32 tuần thường cần hỗ trợ hô hấp tích cực, với tỉ lệ tử vong và biến chứng cao. Cần có chiến lược can thiệp toàn diện để cải thiện kết quả điều trị. **Từ khóa:** kết quả điều trị, sơ sinh non tháng, dưới 32 tuần tuổi thai.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES FOR PRETERM INFANTS UNDER 32 WEEKS GESTATIONAL AGE AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Preterm infants born before 32 weeks face high risks of mortality and morbidity. While outcomes are well studied in developed countries, data from Vietnam remain limited. **Objectives:** To determine treatment outcomes of preterm infants < 32 weeks of gestation admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of Children's Hospital 1. **Methods:** A cross-sectional study conducted from August 2024 to August 2025. **Results:** A total of 124 infants were enrolled, median gestational age 28.6 weeks and birth weight 1200 g; 32.3% were extremely preterm. Common symptoms were respiratory failure (97.6%), petechiae/mucosal hemorrhage (49.2%), shock (39.5%), and abdominal distension (34.7%). Main diagnoses included respiratory distress syndrome (59.7%), pneumonia (14.5%), necrotizing enterocolitis

(12.9%), and congenital anomalies (14.5%). Treatments comprised antibiotics (100%), noninvasive ventilation (86.3%), invasive ventilation (74.2%), surfactant (53.2%), and pharmacological PDA closure (18.5%). Mortality was 20.2%, severe complications 47.6%, and bronchopulmonary dysplasia 45.2%. Median hospital stay was 43 days. **Conclusions:** Preterm infants < 32 weeks often required intensive respiratory support with high mortality and morbidity. Comprehensive strategies are needed to improve outcomes in this vulnerable group.

Keywords: treatment outcomes, preterm infants, under 32 weeks of gestation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sinh non, đặc biệt là những trẻ sinh rất non trước 32 tuần tuổi thai, phải đối mặt với nhiều thách thức về sức khỏe ngay từ khi chào đời, bao gồm nguy cơ cao về tử vong và bệnh tật sơ sinh. Tại các quốc gia phát triển, đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị của trẻ sinh non. Tại Việt Nam, tình trạng chăm sóc sức khỏe và kết quả điều trị cho trẻ sơ sinh non tháng vẫn đang đối mặt với nhiều thách thức. Trong những năm qua, các hướng dẫn điều trị cho trẻ sinh non đã có nhiều thay đổi trong bối cảnh hệ thống y tế đang phát triển, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả điều trị của trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai, nhập viện Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 08 năm 2024 đến tháng 08 năm 2025, được chẩn đoán và điều trị theo Phác đồ Điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tiêu chuẩn loại trừ: không có.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Với α : sai lầm loại 1, $\alpha=0,05$ nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p : tỉ lệ suy hô hấp ở trẻ sinh non trong các nghiên cứu trước đây. d : sai số cho phép chọn

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Toàn

Email: toanped@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

d=0,10. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Tâm (năm 2020) ghi nhận tỉ lệ tử vong trẻ sinh non dưới 32 tuần là 38,5%, một nghiên cứu với bối cảnh khá tương đồng với trung tâm của chúng tôi^[1]. Chúng tôi chọn p là 38,5% với cỡ mẫu tính được theo công thức trên là N=91, phù hợp với số lượng mẫu khả thi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Nội dung nghiên cứu: Xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị trẻ sơ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai nhập Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án, sử dụng bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu: phân tích theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm STATA 17.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận có 124 trường hợp trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần tuổi thai tại Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025 với các kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng (N = 124)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Giới tính	
Nam	68 (54,8%)
Nữ	56 (45,2%)
Tuổi thai (tuần)	28,6 (27,0 – 30,4)
Phân loại tuổi thai	
Rất non (28 – <32 tuần)	84 (67,7%)
Cực non (26 – <28 tuần)	28 (22,6%)
Tuổi thai cực thấp (<26 tuần)	12 (9,7%)
Cân nặng lúc sinh(gram)	1200 (1000 – 1500)
Phân loại Cân nặng lúc sinh	
Nhẹ cân (< 2500g)	124 (100,0%)
Rất nhẹ cân (< 1500g)	90 (72,6%)
Cực nhẹ cân (<1000g)	27 (21,8%)
Cân nặng cực thấp (<750g)	7 (5,6%)
Phương pháp sinh	
Thường	73 (58,9%)
Mổ	51 (41,1%)
Tiền căn mẹ	
Tiền sản giật	15 (12,1%)
Đái tháo đường	17 (13,7%)
Vỡ ối kéo dài	5 (4,0%)
Mẹ có biểu hiện nhiễm trùng trước sinh	7 (5,6%)
Dùng Corticoid dự phòng trước sinh	23 (18,5%)
Biểu hiện lâm sàng	

Suy hô hấp	121 (97,6%)
Xuất huyết da niêm	61 (49,2%)
Sốc	49 (39,5%)
Bụng chướng	43 (34,7%)
Co giật	6 (4,8%)

Nhận xét: Tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu tương đối cân bằng, với nam chiếm ưu thế nhẹ. Về phương pháp sinh, sinh thường chiếm ưu thế so với sinh mổ. Tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ là hai bệnh lý thường gặp nhất ở thai phụ, còn tỉ lệ thai phụ có nhiễm trùng trước sinh hoặc vỡ ối kéo dài tương đối thấp. Tỉ lệ dùng corticoid dự phòng trước sinh khá thấp. Về biểu hiện lâm sàng, hầu hết trẻ nhập viện đều có suy hô hấp, phù hợp với đặc điểm sinh non. Ngoài ra, các biểu hiện khác cũng thường gặp như xuất huyết da niêm, sốc và bụng chướng. Những đặc điểm này phản ánh mức độ nặng nề và đa dạng biểu hiện bệnh lý ở trẻ sinh non.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng (N = 124)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Tăng bạch cầu (> 20x10 ⁹ /L)	34 (27,4%)
Giảm bạch cầu (< 5x10 ⁹ /L)	21 (16,9%)
Giảm neutrophil (< 1,5x10 ⁹ /L)	25 (20,1%)
Giảm tiểu cầu (< 100x10 ⁹ /L)	33 (26,6%)
CRP tăng (> 10 mg/L)	45 (36,3%)

Nhận xét: Các rối loạn huyết học gặp khá phổ biến, trong đó tăng bạch cầu và giảm tiểu cầu chiếm tỉ lệ cao. CRP tăng ở gần một nửa số trường hợp, gợi ý tình trạng viêm nhiễm là một tình trạng khá thường gặp ở đối tượng trẻ sinh non.

Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán lúc nhập khoa

Đặc điểm chẩn đoán (N = 124)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Bệnh màng trong	74 (59,7%)
Viêm phổi	18 (14,5%)
Viêm ruột hoại tử	16 (12,9%)
Dị tật bẩm sinh	18 (14,5%)

Nhận xét: Bệnh màng trong là chẩn đoán thường gặp nhất ở trẻ sinh rất non khi nhập viện, tiếp đến là tình trạng nhiễm trùng như viêm phổi và viêm ruột hoại tử. Điều này phản ánh đặc thù bệnh lý hô hấp và nhiễm trùng chiếm ưu thế trong nhóm trẻ rất non. Dị tật bẩm sinh kèm theo cũng chiếm một tỉ lệ khá cao.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm điều trị (N = 124)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Kháng sinh	124 (100,0%)
Thở máy không xâm lấn	107 (86,3%)
Thở máy xâm lấn	92 (74,2%)

Liệu pháp surfactant (cả tuyến trước)	103 (83,1%)
Liệu pháp surfactant (tại BVNĐ1)	66 (53,2%)
Đóng PDA bằng thuốc	23 (18,5%)

Nhận xét: Hầu hết trẻ cần hỗ trợ hô hấp tích cực bằng các biện pháp không xâm lấn hoặc xâm lấn, phù hợp với bệnh cảnh chính là suy hô hấp của trẻ sinh rất non. Trong đó, tỉ lệ sử dụng các biện pháp không xâm lấn rất cao, cho thấy xu hướng ngày càng ưu tiên các biện pháp ít xâm hại hơn trong chăm sóc trẻ non tháng. Tất cả các bệnh nhân đều được chỉ định kháng sinh, điều này một mặt phản ánh nguy cơ nhiễm trùng rất cao ở nhóm đối tượng này, mặt khác đặt ra nguy cơ gia tăng đề kháng kháng sinh nếu sử dụng không hợp lý. Ngoài ra, khoảng 1/5 trẻ cần điều trị đóng ống động mạch bằng thuốc, cho thấy vấn đề tồn tại ống động mạch có ảnh hưởng huyết động là một biến chứng khá phổ biến.

Bảng 5. Đặc điểm kết quả điều trị

Đặc điểm kết quả điều trị	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	
	Chung (N = 124)	Dưới 28 tuần (N = 40)
Thời gian thở máy xâm lấn (ngày)	6,0 (0 – 18,0)	13,5 (3,0 – 33,0)
Thời gian nằm viện tại BVNĐ1 (ngày)	43,0 (22,5 – 63,5)	44,0 (13,0 – 92,0)
Thời gian nằm viện tính cả điều trị tuyến trước (ngày)	49,0 (34,5 – 79,5)	59,0 (24,0 – 102,5)
Biến chứng nặng	59 (47,6%)	24 (60,0%)
Loạn sản phế quản phổi	56 (45,2%)	20 (50%)
Tử vong	25 (20,2%)	16 (40,0%)

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong và các biến chứng là rất cao ở trẻ sinh non dưới 32 tuần. Thời gian điều trị, tỉ lệ tử vong và các biến chứng đều cao hơn ở nhóm trẻ dưới 28 tuần so với dân số chung, điều này phù hợp với mức độ nặng của các bệnh lý càng tăng cao khi tuổi thai càng thấp.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, điều trị và chăm sóc trẻ sinh non, đặc biệt là nhóm dưới 32 tuần tuổi thai, vẫn còn là một thách thức lớn đối với hệ thống y tế, bởi tỉ lệ tử vong và biến chứng nghiêm trọng vẫn ở mức cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Khoa Hồi sức sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1, tỉ lệ tử vong chung ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai là 20,2%, trong đó nhóm cực non dưới 28 tuần có tỉ lệ tử vong lên tới 40,0%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước tại cùng bệnh viện nhưng cũng phản ánh xu hướng cải

thiện dần trong những năm gần đây.

Cụ thể, nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2016 trên 119 trẻ sinh non có suy hô hấp ghi nhận tỉ lệ tử vong chung 19,3%, với nhóm rất non và cực non lần lượt là 24,0% và 76,9%^[2]. Một nghiên cứu khác tại cùng đơn vị năm 2020 khảo sát 140 trẻ sinh non do bệnh màng trong cho thấy tỉ lệ tử vong còn cao hơn, lên tới 34,3%, với nhóm rất non và cực non lần lượt 38,5% và 53,8%^[1]. So với các số liệu này, kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ sống sót ở nhóm rất non và cực non đã có sự cải thiện đáng kể, phản ánh tiến bộ trong thực hành hồi sức sơ sinh tại bệnh viện trong những năm gần đây.

Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn cao khi so sánh với các quốc gia phát triển. Tại Hoa Kỳ năm 2022, Danielle M. Ely và cộng sự báo cáo tỉ suất tử vong ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai là 165,18‰, cao hơn nhiều so với trẻ đủ tháng (2,18‰), nhưng nhìn chung tỉ lệ sống sót vẫn vượt trội so với bối cảnh Việt Nam^[4]. Nghiên cứu tại Áo (2007–2020) trên 501 trẻ rất non dưới 32 tuần cho thấy tỉ lệ sống sót chung lên tới 95%, trong đó 79% sống sót mà không gặp biến chứng lớn^[5]. Ở nhóm cực non dưới 28 tuần, tỉ lệ sống sót vẫn đạt 88%, dù chỉ 51,9% không có biến chứng nghiêm trọng. Tại Thái Lan, nghiên cứu của Ruengsakulrach và cộng sự (2023) ghi nhận tỉ lệ tử vong chung 12%, giảm từ 23,3% (2015) xuống còn 7,3% (2020)^[7]. Những dữ liệu này cho thấy khoảng cách đáng kể về tỉ lệ tử vong giữa các nước phát triển, một số quốc gia trong khu vực và Việt Nam.

Song song với tỉ lệ tử vong, gánh nặng biến chứng dài hạn vẫn còn rất lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 45,2% trẻ sinh non dưới 32 tuần mắc loạn sản phế quản phổi (LSPQP), trong đó 20,2% ở mức độ nặng (độ III). Tỉ lệ này gần tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2024 trên nhóm trẻ cực non dưới 28 tuần, ghi nhận LSPQP ở 47,7% số ca sống sót. Trước đó, một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cũng báo cáo các biến chứng nặng đáng kể: LSPQP mức độ nặng 22,1%, tràn khí màng phổi 12,1%, viêm ruột hoại tử từ độ II 6,4%, xuất huyết não nặng 33,9%, và bệnh lý võng mạc cần điều trị 10,7%. Khi so sánh quốc tế, có thể thấy sự chênh lệch rõ rệt: nghiên cứu tại Áo cho thấy LSPQP chỉ chiếm 11,2% ở trẻ rất non <32 tuần, trong khi nhóm cực non <28 tuần là 28,5%. Các biến chứng khác như viêm ruột hoại tử cần phẫu thuật (4%), xuất huyết não nặng (4,6%), và bệnh lý võng mạc cần can thiệp (2,6%) cũng thấp hơn nhiều so với bối cảnh

trong nước. Điều này phản ánh rằng mặc dù tỉ lệ cứu sống trẻ rất non tại Việt Nam đã có cải thiện, nhưng tỉ lệ mắc biến chứng mạn tính và hậu quả lâu dài vẫn còn ở mức cao, đặt ra thách thức lớn trong quản lý và theo dõi sau xuất viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện của trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai có trung vị 43,0 ngày (22,5–63,5). Khi phân tích riêng nhóm trẻ cực non dưới 28 tuần, trung vị thời gian nằm viện là 44,0 ngày (13,0–92,0), lên đến 59,0 ngày (24,0–102,5) nếu tính cả thời gian điều trị từ tuyến trước. Điều này phản ánh rõ ràng tính chất không đồng nhất của nhóm trẻ cực non: một số trẻ tử vong sớm sau khi nhập viện chỉ vài ngày, trong khi những trẻ sống sót thường cần quá trình điều trị và chăm sóc kéo dài đến nhiều tháng. Nghiên cứu tại BVNĐ2 trên nhóm trẻ cực non ghi nhận thời gian nằm viện trung bình của trẻ sống sót lên đến 89,8 ngày, dài gần gấp đôi so với trung vị mà chúng tôi ghi nhận. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ cách báo cáo kết quả, theo đó giá trị trung bình thường bị kéo lệch bởi những trường hợp có thời gian nằm viện đặc biệt dài, trong khi trung vị phản ánh giá trị điển hình hơn của quần thể. Kết quả của chúng tôi lại khá tương đồng với dữ liệu quốc tế. Nghiên cứu của Rolnitsky trên hơn 12.000 trẻ sinh non dưới 30 tuần cho thấy trung vị thời gian nằm viện là 42 ngày (29–64 ngày), khá tương đồng với kết quả của chúng tôi^[6]. Trong khi đó, nghiên cứu của Zhu tại Trung Quốc trên nhóm trẻ cực non dưới 28 tuần báo cáo trung vị thời gian nằm viện dài hơn, lên đến 70 ngày^[8].

Mặc dù tỉ lệ sống sót của trẻ sinh rất non và cực non trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cải thiện qua các năm, song tỉ lệ biến chứng vẫn còn ở mức cao. Một phần nguyên nhân có thể xuất phát từ đặc điểm chọn mẫu của nghiên cứu. Cụ thể, chúng tôi thu nhận tất cả trẻ dưới 32 tuần tuổi thai nhập Khoa Hồi sức sơ sinh, bao gồm cả trẻ được sinh ngoài cơ sở y tế, trẻ chuyển đến từ các cơ sở y tế tuyến trước, cũng như trẻ nhập viện ở nhiều thời điểm khác nhau sau sinh, bất kể có kèm bệnh lý nền hay biến chứng khi nhập viện. Do đó, dân số nghiên cứu phản ánh tình trạng bệnh lý đa dạng và thường nặng nề hơn so với các nghiên cứu quốc tế, vốn thường giới hạn ở nhóm trẻ sinh tại bệnh viện tuyến cuối, được hồi sức ngay từ phòng sinh và theo dõi từ thời điểm chào đời. Chính sự khác biệt trong cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu có thể góp phần giải thích tỉ lệ biến chứng cao, đặc biệt là các bệnh lý như loạn sản phế quản phổi, xuất huyết não thất, và nhiễm trùng

muộn. Ngoài ra, các yếu tố như tình trạng nhập viện muộn, chưa được tiếp cận surfactant hoặc corticoid trước sinh, và thiếu phương tiện hỗ trợ hô hấp ban đầu cũng có thể làm tăng nguy cơ bệnh lý nặng và tử vong. Điều này nhấn mạnh rằng số liệu của chúng tôi không chỉ phản ánh hiệu quả điều trị tại một trung tâm hồi sức sơ sinh tuyến cuối, mà còn phản ánh thực trạng quản lý trẻ sinh non trong bối cảnh hệ thống y tế đa tầng tại Việt Nam. Từ góc độ này, kết quả nghiên cứu mang tính thực tiễn cao, nhưng đồng thời cũng cho thấy hạn chế khi so sánh trực tiếp với số liệu từ các quốc gia phát triển, nơi dân số nghiên cứu thường đồng nhất hơn và được chuẩn hóa về chiến lược hồi sức phòng sinh.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có những hạn chế nhất định. Thứ nhất, do thiết kế hồi cứu nên việc thu thập dữ liệu có thể gặp thiếu sót, đặc biệt ở một số biến lâm sàng chi tiết. Thứ hai, nghiên cứu được tiến hành tại một bệnh viện tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp nặng từ tuyến trước chuyển đến, vì vậy kết quả có thể chưa hoàn toàn phản ánh đặc điểm của toàn bộ quần thể trẻ sinh non tại Việt Nam. Thứ ba, việc so sánh quốc tế còn hạn chế bởi sự khác biệt về hệ thống chăm sóc sơ sinh, tiêu chuẩn chẩn đoán và định nghĩa biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai nhập viện tại khoa Hồi sức sơ sinh có tỉ lệ tử vong và biến chứng vẫn còn cao, đặc biệt ở nhóm cực non. Các bệnh lý chính như suy hô hấp, loạn sản phế quản phổi, và viêm ruột hoại tử xuất hiện với tỉ lệ cao, đòi hỏi phải can thiệp sớm và tích cực.

Tuy đã có một số cải thiện so với các số liệu trước đây, kết quả điều trị vẫn chưa đạt kỳ vọng. Một số vấn đề có thể cải thiện, như tỉ lệ sử dụng corticoid trước sinh còn thấp, hỗ trợ hô hấp xâm lấn vẫn phổ biến. Những yếu tố này nếu được can thiệp sớm, đồng bộ từ tuyến trước đến hồi sức sau sinh, có thể góp phần cải thiện kết cục điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Thị Mỹ Chung, Nguyễn Thu Tịnh.** Kết quả và chi phí điều trị trẻ sơ sinh tuổi thai cực non tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025; 550(Chuyên đề):97-106.
2. **Phạm Thị Thanh Tâm và cs.** Tử vong, biến chứng và chi phí điều trị hội chứng nguy kịch hô hấp trẻ non tháng có sử dụng Surfactant thay thế tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2020; 24(6):191-198
3. **Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thanh Nguyên.** Tử vong và chi phí điều trị trẻ sơ sinh

- non tháng nhẹ cân suy hô hấp tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2017; 21(4):54-61.
- Ely DM, Driscoll AK. Infant Mortality in the United States, 2022:** Data From the Period Linked Birth/Infant Death File. National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2024; (5)
 - Konzett K, Riedl D, Blassnig-Ezeh A, Gang S, Simma B.** Outcome in very preterm infants: a population-based study from a regional center in Austria. Original Research. *Frontiers in Pediatrics*. 2024
 - Rolnitsky A, Unger S, Urbach D, Bell CM.** The price of neonatal intensive care outcomes - in-hospital costs of morbidities related to preterm birth. *Front Pediatr*. 2023; 11:1068367.
 - Thatrimontrichai A, Phatigomet M, Maneenil G, Dissaneevate S, Janjindamai W.** Risk Factors for Mortality or Major Morbidities of Very Preterm Infants: A Study from Thailand. *Am J Perinatol*. 2023; 41(10):1379-1387.
 - Zhu Z, Wang J, Chen C, Zhou J.** Hospitalization charges for extremely preterm infants: a ten-year analysis in Shanghai, China. *Journal of medical economics*. Dec 2020; 23(12):1610-1617.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, AFB ĐỜM VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐỘT BIẾN GEN RPOB TRÊN BỆNH NHÂN LAO PHỔI KHÁNG RIFAMPICIN TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI CẦN THƠ

Nguyễn Ngọc Bảo Vi¹, Trần Thanh Hùng¹, Lương Thị Mỹ Linh¹,
Bùi Thị Cẩm Thuỳ¹, Nguyễn Hồng Ngân¹, Nguyễn Xuân Mỹ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao kháng Rifampicin tiếp tục là thách thức lớn trong kiểm soát lao tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả AFB đờm và phân tích mối liên quan với đột biến rpoB trên bệnh nhân lao phổi kháng Rifampicin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 70 bệnh nhân RR-TB điều trị tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ. **Kết quả:** nhóm tuổi >40-60 chiếm cao nhất ở cả hai giới và chủ yếu là nam giới với 46,2%. Ba triệu chứng nổi bật là ho khạc kéo dài và ho ra máu (84,3%) và khó thở (78,6%); AFB đờm dương tính 55,7%. Đột biến rpoB ở bệnh nhân và liên quan có ý nghĩa với ho kéo dài (OR=8,9; p=0,004), ho ra máu (OR=5,31; p=0,025) và khó thở (OR=7,15; p=0,004); không liên quan với chán ăn sụt cân, sốt nhẹ hoặc đau ngực. **Kết luận:** Các triệu chứng như ho khạc đờm kéo dài, ho ra máu và khó thở là ba dấu hiệu hô hấp đặc trưng cùng với nam giới tuổi trung niên giúp nhận diện sớm khả năng đột biến rpoB ở bệnh nhân lao phổi kháng Rifampicin. **Từ khóa:** AFB đờm, rpoB, lao phổi kháng Rifampicin

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, SPUTUM AFB, AND THEIR ASSOCIATION WITH rpoB GENE MUTATIONS IN PATIENTS WITH RIFAMPICIN-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS AT CAN THO TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE HOSPITAL

¹Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Mỹ

Email: drnguyenxuanmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

Background: Rifampicin-resistant tuberculosis remains a major challenge in tuberculosis control in Vietnam. **Objective:** To describe the clinical characteristics and sputum AFB results and to analyse their association with rpoB mutations in patients with RR-TB. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study involving 70 patients diagnosed with Rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis who were treated at Can Tho Tuberculosis and Lung Disease Hospital. **Results:** Individuals aged over 40 to 60 constituted the largest proportion across both sexes, with males representing the majority at 46,2%. The three most common symptoms were prolonged productive cough and hemoptysis (84,3%) and dyspnea (78,6%). Sputum AFB positivity was observed in 55,7% of cases. rpoB gene mutations were found to be significantly associated with prolonged cough (OR 8.91; p=0,004), haemoptysis (OR 5,31; p=0,025) and dyspnoea (OR 7,15; p=0,004), there was no association with anorexia, weight loss, low-grade fever or chest pain. **Conclusion:** Prolonged productive cough, hemoptysis, and dyspnea are key respiratory symptoms that, when present in middle-aged male patients, may serve as early indicators of rpoB gene mutations in individuals with Rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis. **Keywords:** sputum AFB, rpoB, Rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao kháng Rifampicin (RR-TB) là một tình trạng đáng báo động do sự gia tăng nhanh chóng tại các quốc gia có gánh nặng bệnh cao như Việt Nam. Rifampicin được biết đến là một thuốc chủ lực trong phác đồ điều trị lao. Vì lẽ đó, khi xảy ra tình trạng kháng Rifampicin, hiệu quả của toàn bộ phác đồ điều trị theo tiêu chuẩn sẽ bị suy giảm rõ rệt, dẫn đến thất bại điều trị, kéo dài thời gian điều trị. Về mặt lâm sàng, bệnh