

quả này gợi ý rằng thủ thuật phá thai có thể gây tổn thương niêm mạc tử cung, tạo điều kiện cho GBS xâm nhập và những thay đổi ở niêm mạc âm đạo và cổ tử cung sau các thủ thuật can thiệp tử cung có thể tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn cư trú lâu dài. Tương đồng với nghiên cứu của Khuất Thị Hải Yến (Việt Nam, 2019) cũng ghi nhận tỷ lệ GBS cao hơn ở nhóm phụ nữ có ≥ 1 lần phá thai. Trong khi đó, nghiên cứu của Towers (Mỹ, 2017) không cho thấy mối liên quan rõ rệt, cho thấy có thể còn phụ thuộc vào điều kiện vệ sinh thủ thuật và thời gian mang thai lại sau phá thai. Đáng lưu ý, tuổi mẹ ≥ 35 không có ý nghĩa thống kê trong hồi quy đa biến ($p = 0,534$), tương tự một số nghiên cứu tại Cần Thơ và Hà Nội. Điều này cho thấy yếu tố tuổi không phải là yếu tố nguy cơ độc lập trong nhóm đối tượng nghiên cứu tại Việt Nam hiện nay. Viêm âm đạo đang điều trị không liên quan có ý nghĩa. Bạch cầu niệu (OR = 1,42; $p = 0,124$) có xu hướng liên quan nhưng chưa ý nghĩa thống kê, cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm GBS là 28,2%. GBS còn nhạy hoàn toàn với Ampicillin, Vancomycin, Linezolid nhưng kháng cao với Clindamycin, Tetracycline. Thai phụ có đái tháo đường thai kỳ tăng nguy cơ nhiễm GBS 3,03 lần ($p < 0,001$; KTC 95%: 1,89-4,83), tiền sử phá thai 2,23 lần ($p = 0,009$; KTC 95%: 1,23-4,04). Thai phụ có tiền sử sinh non tăng nguy cơ nhiễm GBS ($p < 0,001$; KTC 95%: 1,81-6,56). Một số yếu tố tuổi, tiền sử sẩy thai, viêm âm đạo, bạch cầu niệu không làm tăng tỷ lệ nhiễm GBS. Sàng lọc GBS nên được tăng cường ở nhóm thai phụ có các yếu tố nguy cơ

nêu trên, đặc biệt trong bối cảnh chưa áp dụng sàng lọc GBS đại trà tại nhiều cơ sở. Cá thể hóa điều trị dự phòng dựa trên kháng sinh đồ và tình trạng dị ứng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Updated 2020. MMWR. 2010;59(RR-10):1-36.
- World Health Organization.** Recommendations for prevention and treatment of maternal group B streptococcus disease. WHO; 2020.
- Viện Tiêu chuẩn Lâm sàng và Phòng thí nghiệm (CLSI).** Tiêu chuẩn thực hiện xét nghiệm kháng sinh đồ. Ấn bản lần thứ 34. CLSI bổ sung M100; 2024.
- Phùng Thị Lý, Nguyễn Quốc Tuấn, Trần Mạnh Linh.** Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở 35-37 tuần thai kỳ và hiệu quả của kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh. Tạp chí Phụ sản, 2020, 18.3: 19-26.
- Trần Thị Hồng, Nguyễn Thị Lan, Phạm Văn Cường và cộng sự.** Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Y học Thực hành. 2021;47(5):35-40.
- Nguyễn Văn An, Lê Thị Hồng, Trần Minh Tâm và cộng sự.** Khảo sát tình trạng mang GBS và kháng sinh đồ tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y học Dự phòng. 2022;32(2):124-130.
- Nguyễn Thị Thu Hằng.** Tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Thực hành, 2020.
- Wadilo F, et al,** Prevalence of Group B Streptococcus maternal colonization, serotype distribution, and antimicrobial resistance in SubSaharan Africa: A systematic review and metaanalysis. J Glob Antimicrob Resist, 2023. 32: p. 134-144.
- Phạm Thị Minh Hương.** Yếu tố nguy cơ nhiễm GBS và hậu quả sơ sinh. Báo cáo nghiên cứu – BV Từ Dũ, 2021.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG SURFACTANT TRONG ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Nhân Duật¹, Nguyễn Thị Xuân Hương¹,
Nguyễn Bích Hoàng², Đỗ Thu Hằng², Nguyễn Đình Tĩnh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy hô hấp cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh. Bơm Surfactant trong

điều trị suy hô hấp cấp do bệnh lý thiếu hụt chất Surfactant (như bệnh màng trong, bất hoạt Surfactant, hít phân su,...) đã được chứng minh về hiệu quả, an toàn, giúp giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong sơ sinh. Việc theo dõi sau điều trị surfactant là hết sức cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả sử dụng Surfactant trong điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả tiến cứu trên 74 trẻ sơ sinh chẩn đoán suy hô hấp cấp được bơm surfactant tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Suy hô hấp cấp sơ sinh gặp

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nhân Duật

Email: trannhanduatdhytdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

hiều ở trẻ nam, tỉ lệ nam/nữ: 1,7/1; tuổi thai trung bình là 32,0 ± 3,1 tuần và cân nặng trung bình là 1874 ± 717gam. Theo thang điểm Silverman, có 71,6% trẻ được phân loại suy hô hấp nặng lúc nhập viện. Kết quả điều trị: Tỉ lệ thành công là 71,6%, thời gian thở máy là 24,0 (0-123,9) giờ, thời gian thở CPAP sau cai máy là 114,0 (0-208,4) giờ, thời gian nằm viện trung bình của trẻ là 16,3 ± 11,9 ngày. **Kết luận:** Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao. Điều trị thành công bằng bơm Surfactant chiếm tỷ lệ 71,6%. Những trường hợp thất bại chủ yếu thuộc nhóm trẻ sơ sinh có bệnh màng trong giai đoạn IV, tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh cực thấp. **Từ khóa:** Surfactant, suy hô hấp, trẻ sơ sinh, sinh non, nhẹ cân.

SUMMARY

RESULTS OF USING SURFACTANT IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN NEONATES AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Introduction: Acute respiratory distress is the leading cause of neonatal mortality. Administration of surfactant in the treatment of acute respiratory distress caused by surfactant deficiency disorders (such as hyaline membrane disease, surfactant inactivation, meconium aspiration, etc.) has been proven to be effective and safe, contributing to a reduction in neonatal complications and mortality rates. Post-treatment monitoring following surfactant administration is essential. **Objective:** To describe the clinical characteristics and evaluate the outcomes of surfactant therapy in the treatment of acute respiratory distress in neonates at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 74 neonates diagnosed with acute respiratory distress who received surfactant therapy at the Pediatrics Center of Thai Nguyen Central Hospital from June 2024 to June 2025. **Results:** Acute respiratory distress was more common in male infants, with a male-to-female ratio of 1.7:1. The mean gestational age was 32.0 ± 3.1 weeks, and the mean birth weight was 1,874 ± 717 grams. According to the Silverman scoring system, 71.6% of the neonates were classified as having severe respiratory distress upon admission. Treatment outcomes: The success rate of surfactant therapy was 71.6%. The median duration of mechanical ventilation was 24.0 hours (range: 0–123.9 hours), followed by CPAP for a median of 114.0 hours (range: 0–208.4 hours). The average length of hospital stay was 16.3 ± 11.9 days. **Conclusion:** Severe acute respiratory distress in neonates accounts for a high proportion of cases. The success rate of surfactant therapy was 71.6%. Treatment failure was primarily observed in neonates with stage IV hyaline membrane disease, extremely low gestational age, and extremely low birth weight.

Keywords: Surfactant, respiratory distress, newborns, preterm birth, low birth weight.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp do thiếu hụt Surfactant là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng

đầu ở trẻ sơ sinh. Theo WHO (2020), tỉ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi là 37 ca tử vong trên 1000 ca sinh, khoảng 75% các trường hợp tử vong xảy ra trong tuần đầu sau sinh và khoảng một triệu trẻ sơ sinh tử vong ngay trong 24 giờ đầu, trong đó 70 - 80% do suy hô hấp¹.

Từ những năm 1990, sự thành công của điều trị surfactant thay thế phổi hợp với thông khí áp lực dương đã trở thành thường quy trong quản lý bệnh màng trong của trẻ sinh non, cực non vì việc điều trị giải quyết đặc hiệu sự thiếu hụt surfactant. Hiện nay, với sự công nhận vai trò của surfactant nội sinh bị bất hoạt trong các bệnh lý viêm phổi, hít phân su, điều trị surfactant cũng đem lại lợi ích ngắn hạn là cải thiện rất nhanh chóng chức năng thông khí phổi, giảm nhanh các chỉ số máy thở.

Từ 2015, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đã áp dụng điều trị surfactant để điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. Do đó, đánh giá hiệu quả của liệu pháp surfactant trong điều trị một số bệnh lý gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh nhằm góp phần cải thiện tình trạng suy hô hấp, đưa ra khuyến cáo phù hợp là rất cần thiết. Đó chính là lý do chúng tôi tiến hành đề tài: "Kết quả sử dụng Surfactant trong điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả sử dụng Surfactant trong điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sơ sinh điều trị tại Khoa Nhi Sơ sinh - Cấp cứu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Được chẩn đoán xác định là suy hô hấp cấp và được chỉ định bơm Surfactant.

- Suy hô hấp cấp: Gồm 3 triệu chứng lâm sàng chính thay đổi nhịp thở (thở nhanh >trên 60 lần/phút hoặc thở chậm < 30 lần/phút), thở gắng sức (rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, thở rên), tím khi thở khí trời (tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, đo SpO₂ <90%). Ngoài ra còn có những triệu chứng đáng chú ý khác: nhịp tim nhanh hay chậm, thay đổi tri giác, giảm phản xạ.

- Chỉ định bơm Surfactant: Theo khuyến cáo điều trị surfactant trong bệnh lý suy hô hấp sơ sinh của Hội đồng thuận Châu Âu năm 2016 chỉ định điều trị khi tình trạng suy hô hấp ở mức độ nặng²: Hỗ trợ hô hấp (N-SIMV/SIMV/HFO) nhu cầu FiO₂ ≥ 40%; Mức độ oxy hoá máu rối loạn:

OI \geq 15.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tại thời điểm nghiên cứu bệnh nhi có các bệnh lý kèm theo: dị tật bẩm sinh nặng (tim bẩm sinh nặng, thoát vị hoành, thoát vị rốn, khe hở thành bụng), tình trạng bệnh nhân quá nặng không thể thực hiện các thủ thuật can thiệp và thăm dò.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu có chủ đích những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu, tổng số có 74 trường hợp từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025.

- **Nội dung nghiên cứu:** ghi nhận đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng. Trẻ được tiến hành bơm surfactant qua 1 phương pháp bơm surfactant qua nội khí quản. Theo dõi bệnh nhi trong 24 giờ đầu sau sinh để đánh giá kết quả chăm sóc. Tiêu chí đánh giá: nhịp thở, nhịp tim, tổn thương phổi trên X-quang, chỉ số SpO₂. Đánh giá hiệu quả sử dụng surfactant: Tiêu chuẩn thành công: Trẻ duy trì được thở CPAP với FiO₂ <60%, PEEP \leq 5cmH₂O và SpO₂ \geq 90% sau khi bơm surfactant cho đến khi cai CPAP, không phải chuyển sang thở máy trong khi thở CPAP, X-quang phổi có cải thiện độ nặng của suy hô hấp. Tiêu chuẩn thất bại: Ngừng thở dài hoặc có cơn ngừng thở >20 giây kèm chậm nhịp tim, tím tái, tăng rút lõm lồng ngực, SpO₂ <85% trên 3 lần/1giờ theo dõi liên tục.

- **Xử lý số liệu:** phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0 để tính tần số, tỉ lệ phần trăm,

kiểm định χ^2 , Fisher's exact test, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm khi sinh của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	47	63,5
	Nữ	27	36,5
Tuổi thai (tuần)	24 - <28	7	9,5
	28 - <32	29	39,2
	32 - <37	33	44,6
	\geq 37	5	6,8
Tuổi thai trung bình: 32,0 \pm 3,1 tuần; Nhỏ nhất: 25 tuần; Lớn nhất: 39 tuần			
Cân nặng (gram)	<1000	5	6,8
	1000 - <1500	16	21,6
	1500 - < 2500	35	47,3
	\geq 2500	18	24,3
Cân nặng trung bình: 1874 \pm 717 gam; Nhỏ nhất: 500 gam; Lớn nhất: 3900 gam			

Nhận xét: Trong tổng số 74 trẻ tham gia nghiên cứu có 47 trẻ nam (63,5%), có 27 trẻ nữ (36,5%), tỉ lệ nam/nữ = 1,7/1. Hầu hết nhóm trẻ can thiệp là non tháng, chiếm 93,2%, tuổi thai trung bình của nhóm can thiệp là: 32, \pm 3,1 tuần. Nhóm cân nặng 1500 - < 2500 gam chiếm tỉ lệ cao (47,3%). Nhóm trẻ <1500 gam chiếm 28,4%, cân nặng trung bình của nhóm can thiệp: 1874 \pm 717 gam.

3.2. Đặc điểm lâm sàng trẻ sơ sinh mắc suy hô hấp cấp được điều trị surfactant

Bảng 3.2. Các triệu chứng hô hấp theo nhóm tuổi thai

Tuổi thai	24 - <28 tuần	28 - <32 tuần	32 - <37 tuần	\geq 37 tuần	Tổng	p
Đặc điểm (n, %)						
Tím tái	7 (100)	2 (100)	30 (90,9)	4 (80)	70 (94,6)	0,171
Thở rên	5 (71,4)	29 (100)	29 (87,9)	3 (60)	66 (89,2)	0,038
PPCM	7 (100)	28 (96,6)	28 (84,8)	4 (80)	67 (90,5)	0,016
RLLN	7 (100)	28 (96,6)	32 (97)	5 (100)	72 (97,3)	0,688
Cơn ngừng thở	6 (85,7)	20 (69)	11 (33,3)	2 (40)	39 (52,7)	0,010
Giảm thông khí	7 (100)	26 (89,7)	25 (75,8)	4 (80)	62 (83,8)	0,295

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hô hấp cấp: rút lõm lồng ngực (97,3%), tím tái (94,6%) phập phồng cánh mũi (90,5%), thở rên (89,2%), cơn ngừng thở (52,7%), phổi giảm thông khí (83,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng về thở rên, phập phồng cánh mũi, cơn ngừng thở giữa các nhóm tuổi thai với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Mức độ suy hô hấp đánh giá theo thang điểm Silverman theo nhóm tuổi thai

Tuổi thai	24 - <28 tuần	28 - <32 tuần	32 - <37 tuần	\geq 37 tuần	Tổng	p
Mức độ suy hô hấp (n, %)						
Suy hô hấp nặng	7 (100)	23 (79,3)	21 (63,6)	2 (40)	53 (71,6)	$p < 0,05$
Suy hô hấp nhẹ	0 (0)	6 (20,7)	12 (36,4)	3 (60)	21 (28,4)	

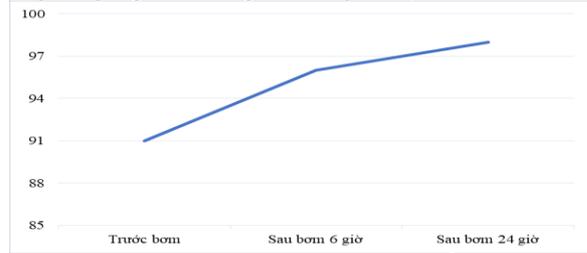
Nhận xét: Trẻ có mức độ suy hô hấp nặng chiếm tỉ lệ cao (71,6% so với 28,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh mắc suy hô hấp cấp sau điều trị surfactant

Bảng 3.4. Thay đổi nhịp tim và nhịp thở trước và sau điều trị

Đặc điểm	Thời điểm	Trước điều trị $\bar{X} \pm SD$	Sau 6 giờ $\bar{X} \pm SD$	Sau 24 giờ $\bar{X} \pm SD$	p
Nhịp thở (lần/phút)		65,3 ± 5,1	57,2 ± 2,9	55,3 ± 5,7	p < 0,001
Nhịp tim (lần/phút)		150,6 ± 99,5	144,5 ± 8,1	138,1 ± 8,2	p < 0,001

Nhận xét: Sau khi bơm Surfactant 6 giờ, tần số thở và nhịp tim trung bình đã trở về giới hạn bình thường và duy trì ổn định, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.



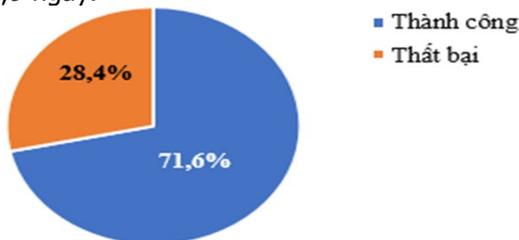
Hình 3.1. Chỉ số SpO₂ tại thời điểm trước và sau bơm Surfactant

Nhận xét: Sau khi bơm Surfactant, chỉ số SpO₂ đã tăng dần về mức bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.5. Một số đặc điểm sau bơm Surfactant

Yếu tố	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị (khoảng tứ phân vị)
Thời gian thở oxy (giờ)	66,7±93,9	24,0 (0-123,9)
Thời gian thở CPAP (giờ)	138,3±148,9	114,0 (0-208,4)
Thời gian thở máy (giờ)	93,7±128,3	44,8 (18,4-110,6)
Thời gian nằm viện (ngày)	16,3±11,9	14,5 (4,8-26,5)

Nhận xét: Thời gian thở oxy trung bình là 66,7 ± 93,9 giờ, thời gian thở oxy kéo dài của đối tượng nghiên cứu là lớn hơn 123,9 giờ; Thời gian thở CPAP trung bình là 138,3 ± 148,9 giờ, thời gian thở CPAP kéo dài của đối tượng nghiên cứu là lớn hơn 208,4 giờ. Thời gian thở máy trung bình là 93,7 ± 128,3 giờ, thời gian thở máy kéo dài của đối tượng nghiên cứu là lớn hơn 110,6 giờ; Thời gian nằm viện trung bình là 16,3 ± 11,9 ngày.



Hình 3.2. Kết quả điều trị suy hô hấp cấp ở

trẻ sơ sinh bằng sử dụng Surfactant

Nhận xét: Trong tổng số 74 trẻ suy hô hấp cấp được điều trị bằng Surfactant có 53 trẻ cho kết quả thành công (71,6%), điều trị thất bại 21 trẻ (28,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, suy hô hấp gặp ở cả nam và nữ, tỉ lệ mắc bệnh suy hô hấp cấp ở trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ (63,5% so với 36,5%), tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1. Tỉ lệ suy hô hấp cấp ở trẻ nam cao hơn ở nữ là do sự phát triển của phospholipid của surfactant ở phổi bị chậm hơn dưới tác động của nội tiết tố nam, androgen làm giảm trưởng thành về mặt sinh học của các phospholipid⁴⁻⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả triệu chứng lâm sàng chính của trẻ sơ sinh bị suy hô hấp cấp là rút lõm lồng ngực (97,3%), tiếp đến là các dấu hiệu tím tái (94,6%), phập phồng cánh mũi (90,5%), thở rên (89,2%). Dấu hiệu rút lõm lồng ngực là do sự co rút của cơ hoành trong thời kỳ hít vào để làm tăng thể tích lồng ngực, khi trẻ thở gắng sức sẽ xuất hiện dấu hiệu này. Thở rên là dấu hiệu hay gặp ở trẻ suy hô hấp. Bình thường dây thanh âm mở ra khi thở vào và đóng lại khi thở ra để duy trì dung tích cận chức năng giúp cho phổi không xẹp hoàn toàn. Vì vậy khi có SHH trẻ phải gắng hết sức để duy trì dung tích cận chức năng cuối thì thở ra bằng cách khép dây thanh âm để giữ khí trong phổi, làm cho khí nhanh chóng lùa vào phổi ở cuối thì thở ra, đó chính là nguyên nhân tạo ra tiếng thở rên. Ở trẻ bị suy hô hấp, phổi bị xẹp do thiếu surfactant vì vậy tiếng thở rên rất thường gặp⁷. Đánh giá mức độ suy hô hấp qua điểm Silverman cho thấy suy hô hấp nặng (Silverman >5 điểm) chiếm 71,6% và suy hô hấp nhẹ (Silverman 3 - 5 điểm) chiếm 28,4%, có sự khác biệt về điểm Silverman ở các nhóm tuổi (p < 0,05). Các nghiên cứu thấy tuổi thai càng nhỏ thì SHH xuất hiện càng nặng và sớm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tần số thở và nhịp tim trung bình sau khi bơm Surfactant 6 giờ đã trở về giới hạn bình thường và duy trì ổn định, có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Điều này có thể là do tổn thương phổi và tình trạng suy hô hấp ở nhóm trẻ điều trị đã cải thiện, làm

giảm sự gắng sức của trẻ. Kèm theo, chỉ số SpO₂ có xu hướng tốt hơn với chỉ số SpO₂ trung bình trước điều trị là 91% tăng lên 96% sau điều trị 6 giờ và 98% sau điều trị 24 giờ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo kết quả Bảng 3.5 cho thấy: nhóm thở máy sau bơm surfactant có thời gian thở máy là 44,8 (18,4 - 110,6) giờ. Thời gian thở CPAP sau cai máy là 114,0 (0 - 208,4)giờ. Hiện nay tại khoa Nhi Sơ sinh - cấp cứu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cũng đang áp dụng phương pháp bơm Surfactant INSURE do đó cũng giảm đáng kể thời gian thở máy xâm nhập, thời gian thở CPAP sau bơm. Các trẻ đẻ quá non trung tâm hô hấp chưa hoàn thiện nên thời gian hỗ trợ hô hấp sau sinh kéo dài. Mặt khác trọng lượng liên quan mật thiết với tuổi thai do đó liên quan đến sự trưởng thành của phổi cũng như các nguy cơ khác ở trẻ đẻ non do đó có thể làm cho thời gian thở máy của bệnh nhân kéo dài hơn. Thời gian nằm viện trung bình của trẻ là $16,3 \pm 11,9$ ngày, tương tự như nghiên cứu của Hoàng Thị Đoàn thì trẻ có thời gian nằm viện trung bình là $17,53 \pm 10,2$ ngày⁸.

Kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh bằng sử dụng Surfactant cho thấy 53 trẻ được điều trị thành công, chiếm tỉ lệ 71,6%, điều trị thất bại 21 trẻ (28,4%). Những trường hợp thất bại chủ yếu thuộc nhóm bệnh màng trong giai đoạn IV, có tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh thấp, cũng như điểm Silverman cao không đáp ứng với điều trị mặc dù đã được điều trị bằng

surfactant tích cực.

V. KẾT LUẬN

Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao. Điều trị thành công bằng bơm Surfactant chiếm tỷ lệ 71,6%. Những trường hợp thất bại chủ yếu thuộc nhóm trẻ sơ sinh có bệnh màng trong giai đoạn IV, tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh cực thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Satti, M. I., Ali, M. W., Irshad, A. & Shah, M. A.** Studying infant mortality: A demographic analysis based on data mining models. Open Life Sciences 18, 20220643 (2023).
2. **Sweet, D. G. et al.** European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome-2016 update. Neonatology 111, 107-125 (2017).
3. **Hương, H. T. D.** Bệnh lý phổi gây suy hô hấp sơ sinh. Sách giáo khoa nhi khoa, Nhà xuất bản y học, tr. 232-247 (2016).
4. **Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Hà Nội.** in Bài giảng Nhi khoa Vol. tập 1 tr.167 - 177 (2013).
5. **Garib, M. & al, e.** Early versus late extubation after surfactant replacement therapy for respiratory distress syndrome. Egyptian Pediatric Association Gazette 63, p.1-5 (2015).
6. **M.K, R.** in Nelson Textbook of Pediatrics p.850 - 858 (Elsevier, 2016).
7. **Bancalari, E. & Claure, N.** Weaning preterm infants from mechanical ventilation. Neonatology 94, 197-202 (2008).
8. **Đàn, H. T.** Kết quả sử dụng surfactant điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại Thái Nguyên, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên, 2017, tr. 60, (2017).

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM STREPTOCOCCUS NHÓM B TRÊN THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Vũ Hương Huyền¹, Nguyễn Hữu Trung², Phan Thị Hằng¹, Nguyễn Bảo Trị¹, Cao Thăng Long¹, Bùi Thị Kim Tuyền¹, Tô Lang Châu¹, Trần Hồng Thắm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và các yếu tố với tình trạng nhiễm Streptococcus nhóm B (GBS) trên thai phụ đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu chọn vào thai phụ có tuổi

thai từ tuần 24-28, đến khám và tầm soát ĐTĐTK từ 09/2024 đến tháng 03/2025 qua chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu thu thập số liệu thông qua bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Kết quả trên 246 thai phụ với 86 thai phụ mắc ĐTĐTK cho thấy hơn 2/3 thai phụ có độ tuổi từ 25-34 tuổi. Có mối liên quan ý nghĩa thống kê về tình trạng mắc ĐTĐTK với nhiễm GBS (RR=1,49, KTC 95% 1,03 - 2,16, $p=0,034$). Các yếu tố liên quan khác bao gồm viêm âm đạo và tiền căn ĐTĐTK. **Kết luận:** ĐTĐTK có nguy cơ dẫn đến nhiễm GBS ở thai phụ. Cần đẩy mạnh công tác sàng lọc GBS đối với những thai phụ có nguy cơ cao và kiểm soát tình trạng viêm âm đạo, tiền căn ĐTĐTK để phòng ngừa nhiễm GBS cho thai phụ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, nhiễm Streptococcus nhóm B, thai phụ

¹Bệnh viện Hùng Vương,

²Đại Học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Trị

Email: baotribvhv09@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025