

SỬ DỤNG CHỈ SỐ LÂM SÀNG, BIOMARKER ĐỂ CHỈ ĐỊNH KHÁNG SINH HỢP LÝ CHO TRẺ SƠ SINH DƯỚI 34 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lại Thị Hồng Nhung¹, Lê Minh Trác²,
Nguyễn Đức Trung¹, Trần Đức Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số lâm sàng, biomarker để chỉ định kháng sinh hợp lý cho trẻ sơ sinh dưới 34 tuần nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm có sử dụng kháng sinh ngay sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 192 trẻ sơ sinh dưới 34 tuần nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm theo NICE 2021 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình 30,3 tuần, phần lớn rất non và cực non, cân nặng < 1500 gram, có 56,3% nam và 43,8% nữ. Các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm ngay sau đẻ thường gặp là các triệu chứng về hô hấp, tiêu hóa và thần kinh bao gồm thở nhanh (94,3%), rút lõm lồng ngực (94,8%), bú kém (100%), giảm trương lực cơ (50%). Đặc điểm cận lâm sàng ngay sau đẻ không đặc hiệu bao gồm bạch cầu tăng (2,1%), bạch cầu giảm (6,3%), tiểu cầu giảm (1,6%), CRP ≥ 10 mg/L (1%), PH toan (89,1%). Cây máu dương tính (chiếm 0,5%). Tỷ lệ cắt kháng sinh trong vòng 3 ngày, 5 ngày và 7 ngày lần lượt là 54,2%; 76,6% và 92,9%. Liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu là Ampicillin và Aminoglycoside chiếm 100%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa diễn biến lâm sàng, CRP và cấy máu với khả năng cắt kháng sinh sớm. Nhóm lâm sàng tốt, CRP âm tính, cấy máu âm tính có tỷ lệ cắt kháng sinh sớm rất cao (97,5%). **Kết luận:** Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ngay sau đẻ không đặc hiệu cho NKSSS. Kết hợp đánh giá lâm sàng, CRP và cấy máu giúp quyết định cắt kháng sinh an toàn cho trẻ sơ sinh dưới 34 tuần nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm, trẻ sơ sinh non tháng, chỉ số lâm sàng, biomarker.

SUMMARY

USE OF CLINICAL INDICATORS AND BIOMARKERS FOR ANTIBIOTIC PRESCRIPTION IN PRETERM INFANTS UNDER 34 WEEKS AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate clinical indicators and biomarkers to appropriately prescribe antibiotics for newborns under 34 weeks of gestation with suspected early neonatal infection who received antibiotics immediately after birth at the Central Obstetrics

Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 192 newborns under 34 weeks of gestation with suspected early neonatal infection according to NICE 2021 at the neonatal center - Central Obstetrics Hospital. **Results:** Average gestational age 30.3 weeks, most of them were very premature and extremely premature, weighing < 1500 grams, 56.3% were male and 43.8% were female. Common clinical symptoms immediately after birth were respiratory, digestive and neurological symptoms including rapid breathing (94.3%), chest retraction (94.8%), poor feeding (100%), and decreased muscle tone (50%). Nonspecific clinical features immediately after birth included leukocytosis (2.1%), leukopenia (6.3%), thrombocytopenia (1.6%), CRP ≥ 10 mg/L (1%), acidosis (89.1%). There was 1 positive blood culture (0.5%). The rate of antibiotic discontinuation within 3 days, 5 days and 7 days was 54.2%; 76.6% and 92.9%, respectively. Initial empirical antibiotic therapy was Ampicillin and Aminoglycoside, accounting for 100%. There was a close correlation between clinical progression and CRP results with the ability to discontinue antibiotics early. The group with good clinical condition, negative CRP, and negative blood culture had a very high rate of early antibiotic discontinuation (97.5%). **Conclusion:** Clinical and paraclinical features immediately after birth are not specific for NKSSS. Combining clinical assessment and CRP and blood culture results helps decide on safe antibiotic withdrawal for infants under 34 weeks with suspected early neonatal sepsis.

Keywords: Early-onset neonatal sepsis, preterm infants, clinical signs, biomarkers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm (NKSSS) là tình trạng nhiễm trùng xuất hiện trước 72 giờ sau sinh, do tác nhân vi khuẩn có nguồn gốc từ mẹ lây truyền cho con theo đường mẹ - thai hoặc trong quá trình chuyển dạ.

Theo báo cáo năm 2022 của Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm có khoảng 2,3 triệu trẻ tử vong trong tháng đầu sau sinh, trong đó có đến hơn một phần ba xảy ra trong 24 giờ đầu tiên và gần ba phần tư xảy ra trong tuần đầu tiên của cuộc sống [9]. Một trong các lý do gây tử vong thường gặp nhất là nhiễm khuẩn sơ sinh. Tỷ lệ mắc NKSSS là 6 trường hợp trên 1000 trẻ sơ sinh sinh ra ở tuần thai < 34 tuần [8].

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của NKSSS không đặc hiệu, kết quả cấy máu dương tính thấp. Do đó, việc chẩn đoán NKSSS gặp

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Hồng Nhung

Email: lainhung1197.tlckpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

hiều khó khăn, khó phát hiện, diễn tiến nặng và tử vong nhanh chóng. Điều đó có thể làm cho việc điều trị trở nên quá mức và không cần thiết.

Từ thực tế đó, để cân bằng giữa vấn đề quyết định điều trị kháng sinh ngay khi nghi ngờ NKSSS ở trẻ đẻ non để giảm biến chứng với nguy cơ lạm dụng kháng sinh trong những trường hợp không cần thiết. Chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu "Sử dụng chỉ số lâm sàng, biomarker để chỉ định kháng sinh hợp lý cho trẻ sơ sinh dưới 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sơ sinh dưới 34 tuần ≤ 72 giờ tuổi sinh ra tại khoa Sản và điều trị tại trung tâm sơ sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương được chẩn đoán nghi ngờ NKSSS theo NICE 2021 trong khoảng thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán nghi ngờ NKSSS theo NICE 2021 [6]. Trẻ có ≥ 1 dấu hiệu cờ đỏ hoặc ≥ 2 yếu tố nguy cơ hay dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ NKSS theo NICE 2021 và được sử dụng kháng sinh ngay sau đẻ.

**Các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh sớm*

Yếu tố nguy cơ cao: Nghi ngờ hoặc xác định nhiễm khuẩn ở trẻ còn lại trong trường hợp đa thai. Các yếu tố nguy cơ khác: Nhiễm khuẩn do liên cầu khuẩn nhóm B xâm nhập ở con trước hoặc có ký sinh liên cầu khuẩn nhóm B, nhiễm trùng đường tiểu hoặc nhiễm trùng ở lần mang thai này. Sinh non tự nhiên < 37 tuần. Xác định ối vỡ sớm lớn hơn 18 giờ ở trẻ sơ sinh non tháng. Xác định ối vỡ non > 24 giờ ở trẻ sơ sinh đủ tháng. Sốt trước sinh > 38°C nếu nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng do vi khuẩn. Lâm sàng chẩn đoán viêm màng ối.

** Triệu chứng lâm sàng gợi ý*

Triệu chứng báo động: Ngưng thở, co giật, cần hồi sức tim phổi, cần thở máy, có các dấu hiệu của sốc. Các triệu chứng khác: Thay đổi hành vi hoặc không phản ứng. Thay đổi trương lực cơ (Ví dụ: mềm nhũn). Khó khăn khi cho ăn (Ví dụ: Bỏ bú). Không dung nạp được thức ăn (bao gồm: nôn, dịch dư dạ dày nhiều và bụng chướng). Rối loạn tần số tim (nhịp tim chậm hoặc nhanh). Các dấu hiệu của suy hô hấp (bao gồm: thở rên, co kéo, thở nhanh). Giảm oxy máu (Ví dụ: tím trung tâm hoặc giảm độ oxy máu). Tăng áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh. Vàng da trong 24 giờ sau sinh. Các dấu hiệu của bệnh não sơ sinh. Rối loạn thân nhiệt (thấp hơn 36°C hoặc cao hơn 38°C) không do yếu tố môi trường.

Chảy máu nhiều không rõ nguyên nhân, giảm tiểu cầu hoặc rối loạn đông máu. Thay đổi nồng độ Glucose máu (hạ hoặc tăng đường huyết). Toan chuyển hóa (Kiềm thâm hụt ≥ 10 mmol/L).

Tiêu chuẩn loại trừ: Các dấu hiệu của bệnh xuất hiện > 3 ngày sau đẻ. Trẻ có các bệnh lý bẩm sinh nặng ảnh hưởng đến chức năng sống.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức

$$\text{tính cỡ mẫu: } n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{d^2}}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có. $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. α : Là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$. p: Tỷ lệ NKSSS theo nghiên cứu của Võ Hữu Đức về đặc điểm NKSSS tại đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh, bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang từ 01/2015 đến 12/2016 là 5,55% [2]. $q = 1 - p$. d: Độ chính xác mong muốn, chọn $d = 0,05$.

Theo công thức, thay số vào ta có:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,0555(1 - 0,0555)}{0,05^2} = 80,55$$

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần có là 81 bệnh nhân.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Biến số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Cân nặng, tuổi thai, giới tính.

- Biến số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Thân nhiệt, hô hấp, thần kinh, tuần hoàn, tiêu hóa, da niêm mạc, bạch cầu, tiểu cầu, CRP, PH, cấy máu.

- Biến số đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng: Lâm sàng tốt/không thay đổi/xấu, cấy máu âm tính/dương tính, CRP âm tính/dương tính, kết quả điều trị cắt kháng sinh/không cắt kháng sinh.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương (số 22/CN-PSTW) chấp nhận và thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025, chúng tôi thu thập được 192 bệnh nhân.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=192)

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Mean
Cân nặng khi sinh (gram)	<1500	109	56,8
	≥1500	83	43,2
Tuổi thai (tuần)	<28	59	30,8
	28-<32	117	60,9
	32-<34	16	8,3
Giới tính	Nam	108	56,3
	Nữ	84	43,8

Nhận xét: Trẻ có cân nặng < 1500 gram chiếm tỷ lệ cao hơn (56,8%), cân nặng trung bình 1384,4 gram, tuổi thai trung bình là 30,3 tuần. Tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Đa số là trẻ đẻ rất non và cực non (91,7%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngay sau đẻ (n=192)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thân nhiệt	Bình thường	192	100
	Thở nhanh	181	94,3
Hô hấp	Rút lõm lồng ngực	182	94,8
	Giảm SpO2	113	58,9
	Thở rên	112	58,3
	Giảm trương lực cơ	96	50
Thần kinh	Tăng trương lực cơ	1	0,5
	Sử dụng thuốc vận mạch	1	0,5
Tuần hoàn	Nhịp tim nhanh	2	1,0
	Bú kém	192	100
Tiêu hóa	Bú kém	192	100
Da, niêm mạc	Xuất huyết dưới da	9	4,7
	>30 G/L	4	2,1
Bạch cầu	5-30 G/L	176	91,7
	<5 G/L	12	6,3
	≥100 G/L	189	98,4
Tiểu cầu	<100 G/L	3	1,6
	≥10 mg/L	2	1,0
CRP	<10 mg/L	190	99

PH	<7,35	171	89,1
	7,35-7,45	17	8,9
	>7,45	2	1,0
Cây máu	Dương tính	1	0,5

Nhận xét: Đặc điểm lâm sàng chủ yếu gặp ở cơ quan hô hấp, tiêu hóa và thần kinh. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là thở nhanh (94,3%), rút lõm lồng ngực (94,8%), bú kém (100%), giảm trương lực cơ (50%). Triệu chứng cận lâm sàng không đặc hiệu bao gồm bạch cầu tăng (2,1%), bạch cầu giảm (6,3%), tiểu cầu giảm (1,6%), CRP ≥ 10 mg/L (1%), PH toan (89,1%). Cây máu dương tính (0,5%).

Bảng 3: Tỷ lệ cắt kháng sinh (n=192)

Thời gian dùng kháng sinh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤3 ngày	104	54,2
≤5 ngày	147	76,6
≤7 ngày	177	92,2

Nhận xét: Tỷ lệ cắt kháng sinh sớm cao, trong vòng 3 ngày là 54,2%; 5 ngày là 76,6%; 7 ngày là 92,2%.

Bảng 4: Liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu (n = 192)

Liệu pháp kháng sinh	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Ampicillin + Gentamycin	155	80,7
Ampicillin + Amikacin	37	19,3

Nhận xét: 100% bệnh nhân được sử dụng phác đồ 2 kháng sinh (Ampicillin và Aminoglycoside).

Bảng 5: Mối liên quan giữa lâm sàng, CRP và kết quả điều trị (n = 186)

Đặc điểm đánh giá	Kết quả điều trị	Cắt kháng sinh (≤5 ngày)		Không cắt kháng sinh (>5 ngày)		OR 95% CI	p
		n	%	n	%		
		Diễn biến lâm sàng	Tốt	88	45,8		
Không thay đổi	24		12,5	18	9,4		
Xấu	35		18,2	24	12,5		
CRP	Dương tính	7	3,8	18	9,7	0,043(0,011 – 0,169)	<0,001
	Âm tính	135	72,6	26	14		

Nhận xét: Nhóm CRP dương tính có tỷ lệ dùng kháng sinh cao hơn so với nhóm CRP âm tính (9,7% so với 3,8%). Nhóm diễn biến lâm sàng tốt có tỷ lệ cắt kháng sinh cao nhất (45,8%), ngược lại ở nhóm diễn biến lâm sàng không thay đổi và xấu, tỷ lệ không cắt kháng sinh cao hơn lần lượt là 9,4% và 12,5%.

Bảng 6: Đánh giá lâm sàng, CRP và cây máu trong quyết định sử dụng kháng sinh (n=186)

Đánh giá lâm sàng	Kết quả điều trị	Cắt kháng sinh (≤5 ngày)		Không cắt kháng sinh (>5 ngày)		p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
		Lâm sàng tốt, CRP âm tính, cây máu âm tính	78 (97,5)	2 (2,5)	10 (100)	
Lâm sàng tốt, CRP dương tính, cây máu âm tính	6 (85,7)	1 (14,3)	10 (100)	0 (0)	<0,001	
Lâm sàng xấu, CRP âm tính, cây máu âm tính	34 (66,7%)	17 (33,3)	10 (100)	0 (0)	<0,001	
Lâm sàng xấu, CRP dương tính, cây máu âm tính	1 (12,5)	7 (87,5)	10 (100)	0 (0)	<0,001	
Lâm sàng không đổi, CRP dương tính, cây máu âm tính	0 (0)	10 (100)	10 (100)	0 (0)	<0,001	
Lâm sàng không đổi, CRP âm tính, cây máu dương tính	0 (0)	1 (100)	10 (100)	0 (0)	>0,05	
Lâm sàng không đổi, CRP âm tính, cây máu âm tính	23 (79,3)	6 (20,7)	10 (100)	0 (0)	>0,05	

Nhận xét: Nhóm lâm sàng tốt, CRP âm tính, cấy máu âm tính có tỷ lệ cắt kháng sinh sớm rất cao (97,5%).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 192 trẻ sơ sinh <34 tuần nghi ngờ NKSSS theo NICE 2021 và có sử dụng kháng sinh ngay sau để kết quả cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1 phù hợp với một số nghiên cứu trong nước như Phan Hùng Việt là 1,18/1 [4]; Hà Thị Hồng Ân là 1,39/1 [1]. Tỷ lệ sinh mổ là 66,1%, tương tự như nghiên cứu của Kuppala là 63,6% [7], Nguyễn Huy Tuấn là 65,3% [5], nhưng cao hơn nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân là 48% do sự khác biệt về phân tuyến, bệnh viện Phụ sản Trung ương tiếp nhận nhiều thai phụ nguy cơ cao hơn nên tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn.

Kết quả bảng 1 cho thấy nhóm trẻ đẻ rất non chiếm tỷ lệ cao (60,9%), tuổi thai trung bình 30,3 tuần, chủ yếu cân nặng < 1500 gram (56,8%).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đánh giá ngay sau đẻ không đặc hiệu do bệnh cảnh lồng ghép với tình trạng non tháng gây ra và không thể phân tách. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là thở nhanh (94,3%), rút lõm lồng ngực (94,8%), bú kém (100%), giảm trương lực cơ (50%), tương tự như nghiên cứu của Hà Thị Hồng Ân 2022 bao gồm thở nhanh (91,8%); co rút ngực (89,8%); bú kém (91,8%), giảm trương lực cơ (73,5%) [1].

Về đặc điểm cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bạch cầu tăng (2,1%), bạch cầu giảm (6,3%), tiểu cầu giảm (1,6%), CRP \geq 10 mg/L (1%), PH toan (89,1%), chủ yếu là toan hô hấp. Cấy máu dương tính một trường hợp (0,5%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phan Hùng Việt với tỷ lệ bạch cầu tăng, giảm lần lượt là 2,6%; 2,6%; tỷ lệ CRP tăng là 1,3%. Tỷ lệ tiểu cầu giảm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn do ngưỡng tiểu cầu của chúng tôi thấp hơn. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 1/192 trường hợp (0,5%), tương đồng với nghiên cứu Puopolo 2018 (0,6%) [8].

Kết quả bảng 4 cho thấy, 100% trường hợp được sử dụng phác đồ 2 kháng sinh ngay sau đẻ (Ampicillin và Aminoglycoside). Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây như Nguyễn Tử Sơn, phác đồ đơn độc là phác đồ phổ biến (65,5%) [3]. Nguyễn Huy Tuấn, phác đồ Ampicillin/sulbactam và aminoside được sử dụng với tỷ lệ 55,3% [5]. Điều đó cho thấy, hướng dẫn của NICE trong điều trị NKSSS được áp dụng rất nghiêm ngặt. Tỷ lệ cắt kháng sinh sớm cao đạt 54,2% trong vòng 3 ngày; 76,6% trong vòng 5 ngày, 92,9% trong vòng 7 ngày.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa diễn biến lâm sàng và kết quả CRP với quyết định cắt kháng sinh sớm. Nhóm CRP dương tính có tỷ lệ dùng kháng sinh cao hơn so với nhóm CRP âm tính (9,7% so với 3,8%). Kết quả phân tích cho thấy CRP dương tính làm giảm khả năng cắt kháng sinh sớm với OR = 0,043 (KTC 95%: 0,011 – 0,169). Tức là, nhóm có CRP dương tính làm tăng khả năng tiếp tục dùng kháng sinh gấp 23 lần so với nhóm có CRP âm tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm lâm sàng tốt, tỷ lệ cắt kháng sinh cao nhất (chiếm 45,8%); ngược lại, nhóm lâm sàng không thay đổi và xấu, tỷ lệ không cắt kháng sinh cao hơn lần lượt là 9,4% và 12,5%. Phân tích hồi quy cho thấy lâm sàng không thay đổi và xấu làm giảm khả năng cắt kháng sinh. Cụ thể, nhóm không thay đổi có OR = 0,046 (KTC 95%: 0,01 – 0,215); $p < 0,001$, nhóm xấu có OR = 0,031 (KTC 95%: 0,007 – 0,141; $p < 0,001$). Như vậy, lâm sàng không thay đổi và xấu làm tăng khả năng tiếp tục dùng kháng sinh gấp 22 lần và 32 lần so với lâm sàng tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Phân tích đánh giá lâm sàng, crp và cấy máu trong quyết định sử dụng kháng sinh trên 186 bệnh nhân được làm lại xét nghiệm sau dùng kháng sinh ban đầu cho thấy nhóm lâm sàng tốt, CRP âm tính, cấy máu âm tính có tỷ lệ cắt kháng sinh sớm rất cao (97,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả theo dõi lâm sàng sau 5 ngày cắt kháng sinh, 100% bệnh nhân ổn định.

V. KẾT LUẬN

Nghi ngờ NKSSS ở trẻ dưới 34 tuần chủ yếu xảy ra ở nhóm trẻ đẻ rất non và cực non tháng, cân nặng sơ sinh thấp với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ngay sau đẻ không đặc hiệu, diễn hình ở cơ quan hô hấp, tiêu hóa và thần kinh. Tỷ lệ cấy máu dương tính thấp (0,5%).

Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm phổi hợp 2 kháng sinh chiếm 100%, tỷ lệ cắt kháng sinh sớm rất cao, trong vòng 3 ngày đạt 54,2%; 5 ngày đạt 76,6%; 7 ngày đạt 92,9%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa diễn biến lâm sàng, kết quả CRP và cấy máu trong việc cắt kháng sinh sớm. Điều đó cho thấy, sử dụng chỉ số lâm sàng, biomarker có ý nghĩa trong việc chỉ định kháng sinh hợp lý cho trẻ sơ sinh dưới 34 tuần có nghi ngờ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Thị Hồng Ân, Trương Ngọc Phước, Trịnh Thị Hồng Cúa & 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 50, 210-217 (2022).
- Võ Hữu Đức & Tạ Văn Trâm.** 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 01/2015 đến 12/2016. Y học TP. Hồ Chí Minh 22, 234 - 238 (2018).
 - Nguyễn Tứ Sơn et al.** Thực trạng sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân sơ sinh tại một số bệnh viện trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy 18 (dbv). 18, doi:https://doi.org/10.52389/ydls.v18idbv.1987. (2023).
 - Phan Hùng Việt, Trần Thị Thùy Hương, Nguyễn Thị Thanh Bình & Phạm Thị Ny.** Mối tương quan giữa một số chỉ số huyết học và nồng độ CRP của máu cuống rốn với máu ngoại vi trong nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ sơ sinh non tháng. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế 88, 87-93 (2023).
 - Tuân, N. H. et al.** Lựa chọn kháng sinh trong bệnh lý nhiễm khuẩn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2022. Tạp chí Y học Dự phòng 33, 74-82, doi:10.51403/0868-2836/2023/1229 (2023).
 - NICE.** Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment NICE guideline [NG195], <https://www.nice.org.uk/guidance/ng195> (2021).
 - Kuppala, V. S., Meinen-Derr, J., Morrow, A. L. & Schibler, K. R.** Prolonged initial empirical antibiotic treatment is associated with adverse outcomes in premature infants. The Journal of pediatrics 159, 720-725, doi:10.1016/j.jpeds.2011.05.033 (2011).
 - Puopolo, K. M., Benitz, W. E. & Zaoutis, T. E.** Management of Neonates Born at ≤ 34 6/7 Weeks' Gestation With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. Pediatrics 142, doi:10.1542/peds.2018-2896 (2018).
 - WHO.** Newborn mortality, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality> (2022).

SỬ DỤNG SỤN VÀNH TẠI TÁI CẤU TRÚC ĐẦU MŨI TRÊN BỆNH NHÂN DI CHỨNG KHE HỞ MÔI 1 BÊN

Nguyễn Hồng Nhung^{1,2}, Chu Minh Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả tạo hình đầu mũi bằng sụn vành tai tự thân trên bệnh nhân di chứng khe hở môi vòm miệng 1 bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân di chứng khe hở môi 1 bên được tạo hình đầu mũi và trụ mũi bằng sụn vành tai tự thân. **Kết quả:** Đặc điểm di chứng mũi của các bệnh nhân khe hở môi 1 bên có trụ mũi ngắn, cánh mũi xẹp bè ngang, lỗ mũi 2 bên không đều, vách mũi nghiêng, đầu mũi rù. Sau phẫu thuật độ cao đầu mũi nhô cao hơn mũi trước phẫu thuật trung bình $2,70 \pm 2.04$ mm. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân với kết quả phẫu thuật có 43 bệnh nhân (82,63%) rất hài lòng, 9 bệnh nhân (17,37%) hài lòng và không có bệnh nhân nào không hài lòng. **Kết luận:** sụn vành tai là chất liệu phù hợp để tăng độ cao đầu mũi, cải thiện sự cong vẹo của trụ mũi và tái tạo hình thể cánh mũi trên các bệnh nhân di chứng khe hở môi 1 bên. **Từ khóa:** đầu mũi, trụ mũi, cánh mũi, khe hở môi 1 bên

SUMMARY

CONCHAE CARTILAGE FOR NASAL TIP IN A PATIENT WITH UNILATERAL CLEFT LIP SEQUELAE

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Objective: To evaluate the results of nasal tip reconstruction using autogenous auricular cartilage in patients with unilateral cleft lip and palate sequelae.

Subjects and Methods: This is a prospective, cross-sectional study conducted on 52 patients with unilateral cleft lip and palate sequelae who underwent nasal tip and columella reconstruction using autogenous auricular cartilage. The study was performed at E Hospital from December 2023 to June 2025. **Results:** The deformities observed in patients included short columella, flat and wide nasal base, asymmetric nostrils, deviated septum, and drooping nasal tip. After surgery, the nasal tip height increased by an average of 2.70 ± 2.04 mm compared to preoperative measurements. Post-surgery patient satisfaction was high, with 43 patients (82.63%) reporting being very satisfied and 9 patients (17.37%) satisfied with the results. No complications were reported in the immediate or long-term follow-up.

Conclusion: Auricular cartilage is a suitable material for increasing the height of the nasal tip, correcting columellar deformities, and reconstructing the nasal base in patients with unilateral cleft lip and palate sequelae. **Keywords:** nasal tip, columella, alar cartilage, unilateral cleft lip

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt hay gặp nhất. Các phẫu thuật thì đầu thường đóng kín được khe hở và phục hồi phần nào các chức năng của môi mũi. Tuy nhiên theo thời gian trẻ lớn lên, các biến dạng thứ phát ở mũi sẽ càng trở nên rõ rệt. Mũi là đơn vị thẩm mỹ quan trọng của khuôn mặt. Chính vì vậy