



Biểu đồ 3.1: Hài lòng sau quá trình hoạt động tình dục

Nhận xét: Tỷ lệ không hài lòng sau quá trình hoạt động tình dục chiếm 33,77%, do nhiều nguyên nhân khác nhau như không hài lòng về ham muốn tình dục, khả năng cương, thời gian xuất tinh, khoái cảm tình dục. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với các biểu hiện thay đổi chức năng tình dục đã nhận xét ở bảng 3.4 hay tỷ lệ rối loạn tình dục ở bảng 3.3. Phần nhiều nghĩ đến sự chấp nhận của đối tượng nghiên cứu về khả năng hoạt động tình dục như là một hoạt động bản năng và chưa thực sự nghĩ đến các lợi ích cũng như ảnh hưởng và tầm quan trọng của tình dục đến chất lượng cuộc sống.

IV. KẾT LUẬN

Rối loạn tình dục ở bệnh nhân nam rối loạn cơ thể hóa xuất hiện với tỷ lệ cao với biểu hiện giảm ham muốn, suy giảm chức năng cương dương, giảm thời gian xuất tinh, khó khăn khi xuất tinh, không đạt được khoái cảm. Đây đều là những vấn đề khó chia sẻ và quan trọng với nam giới ảnh hưởng đến chất lượng điều trị,

do vậy cần phải quan tâm nhiều hơn về chức năng tình dục khi điều trị các bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association and American Psychiatric Association - 2013 - Diagnostic and statistical manual of mental disorder.pdf.
2. Sexual and reproductive health and rights at the World Health Summit 2022. Accessed June 13, 2023. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/10/16/default-calendar/sexual-and-reproductive-health-and-rights-at-the-world-health-summit-2022>
3. Kaplan PM. Post-traumatic stress syndrome and sexual dysfunction. J Sex Marital Ther. 1989; 15(1):74-77. doi:10.1080/00926238908412849
4. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. Psychosom Med. 2001;63(4): 595-602. doi:10.1097/00006842-200107000-00012
5. Bùi Thanh T. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa tại Bệnh viện Bạch Mai. Thesis. 2021. Accessed June 10, 2023. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/3153>
6. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosom Med. 1998;60(2):150-155. doi:10.1097/00006842-199803000-00006
7. Hanafy S, Hamed AM, Hilmy Samy MS. Prevalence of premature ejaculation and its impact on the quality of life: Results from a sample of Egyptian patients. Andrologia. 2019;51(8):e13298. doi:10.1111/and.13298

ẢNH HƯỞNG CỦA THỜI ĐIỂM TIÊM CORTICOSTEROID TRƯỚC SINH ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ SINH NON TỪ 28 ĐẾN 34 TUẦN TUỔI THAI

Trần Thị Hoa¹, Hà Thị Lương¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh. Việc sử dụng corticosteroid trước sinh (ACS) đã được chứng minh là can thiệp hiệu quả giúp thúc đẩy trưởng thành phổi thai nhi và cải thiện kết quả điều trị của trẻ sinh non. Tuy nhiên, hiệu quả của ACS phụ thuộc chặt chẽ vào thời điểm tiêm so với thời điểm sinh, và dữ liệu nghiên cứu thực tế tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá ảnh hưởng của thời điểm tiêm corticosteroid trước sinh (ACS) đối với kết quả điều trị ở trẻ sinh non từ 28 đến 34 tuần tuổi thai. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 335 trẻ sinh non 28–34 tuần tại Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Trẻ được chia thành các nhóm dựa trên việc có tiêm corticoid trước sinh hay không và khoảng thời gian từ lúc tiêm đến khi sinh (<1 ngày, 1–7 ngày, ≥8 ngày). Các kết quả điều trị chính được so sánh giữa các nhóm bao gồm tỉ lệ tử vong sơ sinh, bệnh màng trong (RDS) cần bơm surfactant, bệnh ống động mạch lớn (PDA) cần điều trị đóng ống, và một số biến chứng khác. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tuổi thai trung bình là 31,8 tuần. Nhóm trẻ được tiêm corticoid trước sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương là 172 trẻ chiếm 51,3%. Trẻ được tiêm corticoid trong vòng 1–7 ngày trước sinh có tỷ lệ mắc RDS thấp nhất chiếm 22%, tỉ lệ này là 38,7% ở nhóm không tiêm và 32,1% ở nhóm tiêm corticoid trước sinh < 1 ngày. Những trẻ không được tiêm corticoid trước sinh có nguy cơ mắc RDS cao hơn gấp 2,2 lần so với những trẻ sử dụng ACS trong vòng 1-7 ngày (OR=0.45, 95%CI: 0.21-0.94). Nhóm trẻ không tiêm corticoid trước sinh có tỉ lệ tử

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hoa

Email: tranthihoa13111990@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

vong cao hơn gấp 5.55 lần so với nhóm trẻ có tiêm (OR=0,18, 95%CI: 0,04-0,83). Việc tiêm corticoid trước sinh còn giúp giảm nguy cơ PDA (OR=0,11; 95%CI: 0,01-0,92). Tiêm ACS quá sớm (≥ 8 ngày), hoặc quá muộn (< 1 ngày) đều làm giảm hiệu quả bảo vệ của corticoid. **Kết luận:** Tiêm corticosteroid trước sinh trong khoảng 1-7 ngày trước sinh non từ 28-34 tuần tuổi thai mang lại hiệu quả tối ưu trong việc giảm biến chứng hô hấp và tử vong sơ sinh. Việc dự đoán chính xác thời điểm sinh non và lập kế hoạch tiêm corticosteroid hợp lý cần được chú trọng trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** corticosteroid trước sinh, sinh non, hội chứng suy hô hấp sơ sinh, còn ống động mạch, bệnh màng trong

SUMMARY

EFFECT OF TIMING OF ANTENATAL CORTICOSTEROID INJECTION ON TREATMENT OUTCOMES IN PRETERM INFANTS BORN BETWEEN 28 AND 34 WEEKS OF GESTATION

Background: Preterm birth remains a leading cause of neonatal mortality and morbidity. The administration of antenatal corticosteroids (ACS) has been proven to be an effective intervention that promotes fetal lung maturation and improves outcomes for preterm infants. However, the effectiveness of ACS is closely related to the timing of administration relative to delivery, and real-world data from Vietnam remain limited. **Objective:** To evaluate the impact of the timing of antenatal corticosteroid (ACS) administration on treatment outcomes in preterm infants born between 28 and 34 weeks of gestation. **Methods:** A retrospective study was conducted on 335 preterm infants born between 28 and 34 weeks of gestation at the Neonatal Center, National Hospital of Obstetrics and Gynecology. Infants were categorized based on ACS administration status and the interval between administration and delivery (< 1 day, 1-7 days, ≥ 8 days). Primary outcomes compared between groups included neonatal mortality rate, respiratory distress syndrome (RDS) requiring surfactant administration, patent ductus arteriosus (PDA) requiring treatment, and other complications. **Results:** The mean gestational age was 31.8 weeks. Among the participants, 172 infants (51.3%) received ACS at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. Infants who received ACS within 1-7 days prior to delivery had the lowest incidence of RDS (22%), compared to 38.7% in the non-ACS group and 32.1% in the group receiving ACS < 1 day before birth. Infants who did not receive ACS had a 2.2-fold higher risk of developing RDS compared to those who received ACS within 1-7 days (OR=0.45, 95%CI: 0.21-0.94). Preterm infants who did not receive antenatal corticosteroids had a 5.55-fold higher mortality rate compared to those who received antenatal corticosteroids (OR=0.18, 95%CI: 0.04-0.83). Additionally, ACS administration was associated with a reduced risk of PDA (OR=0.11; 95%CI: 0.01-0.92). Administration of ACS either too early (≥ 8 days) or too late (< 1 day) resulted in diminished protective effects. **Conclusions:** Administration of corticosteroids within 1-7 days prior to preterm birth

between 28 and 34 weeks of gestation provides optimal benefits in reducing respiratory complications and neonatal mortality. Accurate prediction of preterm birth and appropriate timing of corticosteroid administration are essential to maximize clinical outcomes. **Keywords:** antenatal corticosteroids, preterm birth, respiratory distress syndrome, patent ductus arteriosus, hyaline membrane disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh trên toàn thế giới. Các biến chứng nghiêm trọng thường gặp ở nhóm trẻ này bao gồm hội chứng suy hô hấp sơ sinh (RDS), còn ống động mạch (PDA), loạn sản phế quản phổi (BPD) và nhiễm trùng sơ sinh. Việc sử dụng corticosteroid trước sinh (ACS) đã được chứng minh là biện pháp can thiệp hiệu quả giúp thúc đẩy quá trình trưởng thành phổi thai nhi và giảm đáng kể tỷ lệ mắc RDS, xuất huyết trong não thất (IVH), BPD cũng như tử vong sơ sinh. Tuy nhiên, hiệu quả của ACS phụ thuộc chặt chẽ vào thời điểm tiêm, với hiệu quả tối ưu đạt được khi tiêm corticoid trong khoảng 1-7 ngày trước sinh. Các nghiên cứu gần đây, như của Fuma et al. (2024) và Battarbee et al. (2020), đã khẳng định rằng việc tiêm ACS trong khoảng thời gian này giúp giảm rõ rệt tỷ lệ RDS và tử vong.

Tại Việt Nam, dữ liệu nghiên cứu thực tế về hiệu quả và thời điểm tiêm ACS còn hạn chế, trong khi tỷ lệ sinh non vẫn ở mức cao và thực hành lâm sàng giữa các cơ sở y tế còn nhiều khác biệt. Do đó, việc đánh giá hiệu quả tiêm corticoid trước sinh trong điều kiện thực tế tại Việt Nam là cần thiết, nhằm tối ưu hóa lợi ích cho trẻ sinh non. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. So sánh kết quả điều trị giữa nhóm trẻ sinh non có và không được tiêm corticoid trước sinh
2. Phân tích mối liên quan giữa thời điểm tiêm corticosteroid trước sinh và kết quả điều trị trẻ sơ sinh non tháng, nhằm xác định khoảng thời gian tối ưu để tiêm corticosteroid trước sinh trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của trẻ sinh non tại Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là tất cả bệnh nhân đẻ non từ 28 tuần đến 34 tuần sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian từ 1/10/2024 đến ngày 28/02/2025, có dữ liệu về việc tiêm corticoid

trước sinh hay không và thời điểm tiêm.

Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: không được tiêm corticoid trước sinh và có được tiêm corticoid trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Trong nhóm có được tiêm corticoid trước sinh, bệnh nhân được chia thành 3 nhóm dựa vào thời điểm tiêm corticoid trước sinh: <1 ngày, 1-7 ngày và ≥ 8 ngày.

Bệnh nhân được phân tích các yếu tố bao gồm tuổi thai lúc sinh, giới tính, cân nặng lúc sinh, tỉ lệ tử vong sơ sinh, biến chứng RDS cần bơm surfactant, bệnh phổi mạn (BPD), nhiễm trùng huyết sơ sinh có cấy máu dương tính, còn ống động mạch (PDA) cần điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật, bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non (ROP) nặng cần điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bảng 1: Thông tin chung của trẻ trong nghiên cứu

Đặc điểm	Chung	Không tiêm ACS	Tiêm ACS < 1 ngày	Tiêm ACS 1-7 ngày	Tiêm ACS ≥ 8 ngày
	n=335	n=163	n=84	n=50	n=38
Tiêm ACS					
Có tiêm	172 (51.3)	0 (0.0)	84 (100.0)	50 (100.0)	38 (100.0)
Tuổi thai (tuần thai)	31.8 [28-34]	31.8 [28-34]	31.8 [28-34]	31.7 [28-34]	31.7 [28-34]
Khoảng cách từ lúc tiêm đến khi sinh (ngày)			0.5 [0-1]	3.9 [2-7]	18.8 [8-55]
Giới tính					
Nữ	137 (40.9)	69 (42.3)	34 (40.5)	19 (38.0)	15 (39.5)
Nam	198 (59.1)	94 (57.7)	50 (59.5)	31 (62.0)	23 (60.5)
Tuổi thai (tuần)					
28-31 tuần	127 (37.9)	61 (37.4)	31 (36.9)	20 (40.0)	15 (39.5)
32-34 tuần	208 (62.1)	102 (62.6)	53 (63.1)	30 (60.0)	23 (60.5)
Cân nặng (g)					
Từ 500-999	14 (4.2)	10 (6.1)	1 (1.2)	2 (4.0)	1 (2.6)
Từ 1000-1499	95 (28.4)	44 (27.0)	24 (28.6)	15 (30.0)	12 (31.6)
Từ 1500 trở lên	226 (67.4)	109 (66.9)	59 (70.2)	33 (66.0)	25 (65.8)

Nhận xét: Tỷ lệ tiêm corticosteroid trước sinh (ACS) là 51,3% (172/335), trong đó tỷ lệ tiêm ACS trong vòng 1-7 ngày trước sinh là 14,9% (50/335). Tuổi thai trung bình của trẻ sinh non trong nghiên cứu là ~31,8 tuần. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (59,1% so với 40,9%) và tỷ lệ trẻ có

- Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án,
- Thai nhi có dị tật bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể, có đơn đình chỉ thai nghén,
- Không có dữ liệu về việc sử dụng ACS trước sinh, và thời điểm tiêm. Thiếu dữ liệu quan trọng trong hồ sơ bệnh án.

Phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm stata 14.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 2 năm 2025, chúng tôi thu thập được 335 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Trong đó có 172 trẻ được tiêm corticoid trước sinh tại viện Phụ sản Trung ương và 163 trẻ không được tiêm corticoid trước sinh.

n (%), Trung bình [min-max]. ACS antenatal corticosteroids

tuổi thai từ 32-34 tuần (62,1%) cao hơn nhóm trẻ từ 28-31 tuần (37,9%). Và sự chênh lệch này phân bố tương tự ở các thời điểm sử dụng ACS. Phần lớn trẻ có cân nặng sau sinh từ 1500g trở lên (67,4%) và tỷ lệ trẻ có cân nặng từ dưới 1000g chiếm tỷ lệ rất thấp (4,2%).

Bảng 2: Phân bố các biến chứng sau sinh

Biến chứng	Chung	Không tiêm ACS	Tiêm ACS < 1 ngày	Tiêm ACS 1-7 ngày	Tiêm ACS ≥ 8 ngày
	n=335	n=163	n=84	n=50	n=38
RDS	117 (34.9)	63 (38.7)	27 (32.1)	11 (22.0)	16 (42.1)
BPD	14 (4.2)	8 (4.9)	1 (1.2)	2 (4.0)	3 (7.9)
ROP	9 (2.7)	5 (3.1)	3 (3.6)	0 (0.0)	1 (2.6)
Nhiễm khuẩn sơ sinh	6 (1.8)	2 (1.2)	3 (3.6)	1 (2.0)	0 (0.0)
PDA	9 (2.7)	8 (4.9)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Tử vong	12 (3.6)	10 (6.1)	2 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Ra viện	323 (96.4)	153 (93.9)	82 (97.6)	50 (100.0)	38 (100.0)

n (%), Trung bình [min-max]. ACS antenatal corticosteroids

Nhận xét: Trẻ sinh non có nguy cơ mắc nhiều biến chứng nghiêm trọng, bảng 2 mô tả phân bố các biến chứng theo các thời điểm sử dụng ACS. Tỷ lệ trẻ mắc RDS cần bơm surfactant chiếm 34,9%. Nhóm trẻ tiêm ACS trong 1-7 ngày trước sinh có tỷ lệ mắc RDS thấp nhất chiếm 22%. Các biến chứng khác như BPD, nhiễm trùng huyết sơ sinh, ROP, PDA được tìm thấy trong nghiên cứu này khá thấp (dưới 5%). Tuy vậy, các biến chứng nêu trên đều có đặc điểm

chung là tỷ lệ trẻ xảy ra biến chứng ở nhóm trẻ không sử dụng ACS cao hơn nhóm có sử dụng ACS. Tỷ lệ mắc BPD ở nhóm không tiêm ACS là 4,9%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm sử dụng ACS là 3,5% (6/172). Các biến chứng khác cũng có kết quả tương tự.

Tỷ lệ trẻ tử vong trong nghiên cứu là 3,6% (12/335 trẻ), được tìm thấy nhiều nhất ở nhóm không sử dụng ACS chiếm 6.1% (10/163 trẻ).

Bảng 3: Mối liên quan giữa thời điểm tiêm corticoid trước sinh và biến chứng sau sinh

Biến chứng	OR [95%CI]		
	Tiêm ACS <1 ngày	Tiêm ACS 1-7 ngày	Tiêm ACS ≥ 8 ngày
RDS	0.75 [0.43, 1.31]	0.45 [0.21, 0.94]	1.15 [0.56, 2.36]
BPD	0.23 [0.03, 1.90]	0.81 [0.16, 3.93]	1.66 [0.42, 6.58]
ROP	1.17 [0.27, 5.02]	1 [-]	0.85 [0.10, 7.53]
Nhiễm khuẩn sơ sinh	2.98 [0.49, 18.20]	1.64 [0.14, 18.50]	1 [-]
PDA	0.23 [0.03, 1.90]	1 [-]	1 [-]
Ra viện	2.68 [0.57, 12.52]	1 [-]	1 [-]

Mô hình có nhóm không tiêm ACS là nhóm tham chiếu

Nhận xét: Nghiên cứu sử dụng hồi quy logistic để tìm hiểu mối liên quan giữa thời điểm tiêm corticoid trước sinh và các biến chứng sau sinh (lấy nhóm không tiêm ACS là nhóm tham chiếu). Qua nghiên cứu, ta tìm thấy mối liên quan giữa việc tiêm corticoid trước sinh trong 1-7 ngày với biến chứng RDS ($p < 0.05$), cụ thể, những trẻ không tiêm ACS có nguy cơ mắc RDS cao hơn gấp 2,2 lần so với những trẻ tiêm ACS trong 1-7 ngày (OR=0.45, 95%CI: 0.21-0.94).

Bảng 4: Mối liên quan giữa việc sử dụng ACS trong vòng 1-7 ngày và sau 7 ngày và các biến chứng sau sinh của trẻ trong nghiên cứu

Biến chứng	OR [95%CI]
	Tiêm ACS ≥ 8 ngày
RDS	2.58 [1.02, 6.53]
BPD	2.06 [0.33, 12.97]
ROP	1 [-]
Nhiễm khuẩn sơ sinh	1 [-]
PDA	1 [-]
Ra viện	1 [-]

Mô hình có nhóm sử dụng ACS từ 1-7 ngày là nhóm tham chiếu

Nhận xét: Bảng 4 sử dụng mô hình hồi quy logistic tìm hiểu mối liên quan giữa thời điểm sử dụng ACS (trong vòng 1-7 ngày, ≥ 8 ngày) và các biến chứng sau sinh của trẻ (lấy nhóm sử dụng ACS trong vòng 1-7 ngày là nhóm tham chiếu). Ta tìm thấy một biến chứng có mối liên quan là RDS nặng cần bơm surfactant ($p < 0.05$), cụ thể, những trẻ sử dụng ACS ≥ 8 ngày có nguy cơ mắc RDS cao hơn gấp 2,58 lần so với những trẻ tiêm ACS trong 1-7 ngày (OR=2.58,

95%CI: 1.02-6.53).

Bảng 5: Mối liên quan giữa việc tiêm corticoid trước sinh và biến chứng sau sinh

Biến chứng	OR [95%CI]
	Tiêm ACS
RDS	0.73 [0.46, 1.14]
BPD	0.70 [0.24, 2.06]
ROP	0.75 [0.20, 2.85]
Nhiễm khuẩn sơ sinh	1.91 [0.35, 10.61]
PDA	0.11 [0.01, 0.92]
Tử vong	0,18 [0.04, 0.83]

Mô hình có nhóm không sử dụng ACS là nhóm tham chiếu

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa việc tiêm corticoid trước sinh với biến chứng PDA và việc tử vong sơ sinh. Nhóm trẻ không tiêm ACS có nguy cơ mắc PDA cao gấp 9 lần so với nhóm trẻ tiêm ACS (OR=0.11, 95%CI: 0.01-0.92). Nhóm trẻ không được tiêm ACS có tỉ lệ tử vong cao gấp 5.55 lần so với nhóm trẻ có tiêm (OR=0,18; 95%CI: 0,04-0,83).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng việc sử dụng corticosteroid trước sinh (ACS) có tác động rõ rệt trong việc cải thiện tiên lượng trẻ sinh non từ 28 đến 34 tuần tuổi thai, đặc biệt làm giảm tỷ lệ RDS, PDA và tử vong sơ sinh. Các kết quả này phù hợp với bằng chứng từ nhiều nghiên cứu quốc tế gần đây. Cụ thể, trẻ được tiêm corticoid trong 1-7 ngày trước sinh có tỷ lệ RDS thấp hơn rõ rệt (22%) so với nhóm không tiêm (38,7%), với nguy cơ mắc RDS giảm khoảng 2,2 lần (OR=0,45; 95% CI: 0,21-0,94).

Phát hiện này nhất quán với nghiên cứu của Fuma et al. [1], khi ghi nhận hiệu quả tối ưu của ACS đối với RDS cũng trong khoảng 1–7 ngày trước sinh. Tương tự, Battarbee et al. [2] trong nghiên cứu đoàn hệ trên hơn 2000 trẻ sinh non cũng chỉ ra rằng việc tiêm ACS 2–7 ngày trước sinh làm giảm tỷ lệ RDS thấp nhất so với các khoảng thời gian khác. So sánh với các nghiên cứu khác, Melamed et al. [3] cũng chứng minh rằng việc tiêm ACS trong 2–7 ngày trước sinh giúp tỷ lệ RDS thấp nhất (51,3%), trong khi tiêm quá sớm (<2 ngày) hoặc quá muộn (≥ 14 ngày) làm tăng nguy cơ RDS cũng như các kết cục sơ sinh bất lợi. Bên cạnh đó, Morhart et al. [4] trong nghiên cứu trên nhóm trẻ 28–34 tuần cũng xác nhận rằng tiêm ACS đúng thời điểm giúp giảm tỷ lệ RDS từ 62% xuống còn 40%.

Các biến chứng khác như BPD, nhiễm trùng huyết sơ sinh, ROP, PDA được tìm thấy trong nghiên cứu này khá thấp (dưới 5%) do nghiên cứu được thực hiện trên nhóm trẻ có tuổi thai từ 28–34 tuần. Tuy vậy, các biến chứng nêu trên đều có đặc điểm chung là tỷ lệ trẻ xảy ra biến chứng ở nhóm trẻ không sử dụng ACS cao hơn nhóm có sử dụng ACS. Tỷ lệ mắc BPD ở nhóm không tiêm ACS là 4,9%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm sử dụng ACS là 3,5% (6/172). Các biến chứng khác cũng có kết quả tương tự. Nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy tiêm ACS giúp giảm nguy cơ còn ống động mạch lớn cần điều trị và giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh. Nguy cơ PDA ở nhóm không tiêm cao gấp 9 lần so với nhóm tiêm (OR=0,11; 95% CI: 0,01–0,92). Nguy cơ tử vong ở nhóm không tiêm cao gấp 5,55 lần so với nhóm tiêm (OR=0,18; 95% CI: 0,04–0,83). Điều này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây.

Tuy nhiên, một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng là dự đoán chính xác thời điểm sinh non để tối ưu hóa hiệu quả của ACS. Frändberg et al. [5] cho thấy chỉ khoảng 41% phụ nữ sinh non nhận được ACS trong "khoảng thời gian vàng" 1–7 ngày trước sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 29,1% trẻ được tiêm corticoid trong 1–7 ngày trước sinh (50/172 trẻ). Các yếu tố như vỡ ối non, chảy máu âm đạo, hoặc dấu hiệu chuyển dạ không điển hình có thể làm sai lệch thời điểm tiêm dự kiến, làm giảm hiệu quả bảo vệ của thuốc.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận rằng tiêm ACS ≥ 8 ngày trước sinh không chỉ làm giảm tác dụng bảo vệ mà còn có thể làm tăng nguy cơ RDS so với nhóm tiêm ACS trước sinh 1–7 ngày (OR=2,58, 95%CI:1,02, 6,53). Điều này phù hợp với cơ chế sinh học được mô tả trong các nghiên cứu thực nghiệm, khi tác

dụng kích thích tổng hợp surfactant đạt đỉnh sau 48 giờ và giảm dần sau 7–8 ngày [2].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn có những hạn chế: - Cỡ mẫu nhỏ và tỷ lệ biến chứng nặng thấp, dẫn đến khoảng tin cậy rộng trong phân tích hồi quy.

- Chưa thực hiện được phân tích đa biến để kiểm soát đầy đủ các yếu tố gây nhiễu như bệnh lý mẹ, phương pháp sinh và chăm sóc sơ sinh.

- Chưa đánh giá sâu tác động lâu dài sau giai đoạn sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng việc tiêm corticosteroid trước sinh đúng thời điểm, đặc biệt trong khoảng 1–7 ngày trước sinh non, mang lại lợi ích rõ rệt trong việc làm giảm tỷ lệ RDS, PDA và tử vong sơ sinh. Những kết quả này nhất quán với các nghiên cứu quốc tế lớn gần đây.

Tuy nhiên, thách thức hiện nay là khó dự đoán chính xác thời điểm sinh non, dẫn đến tỷ lệ tiêm ACS đúng thời điểm còn thấp. Do đó, cần chú trọng các biện pháp lâm sàng nhằm nhận diện sớm nguy cơ sinh non thực sự để tối ưu hóa việc chỉ định và thời điểm tiêm corticosteroid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fuma S, Okuda T, Yamada T, Nakamura Y, Shimizu K, Takeshita T, et al. Optimal timing of antenatal corticosteroid administration in very and moderately preterm neonates: A multicenter prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):146. doi:10.1186/s12884-024-06790-x.
2. Battarbee AN, Ros ST, Esplin MS, Bicaio J, Bukowski R, Parry S, et al. Optimal timing of antenatal corticosteroid administration and preterm neonatal and early childhood outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Feb;2(1): 100077. doi: 10.1016/j.ajogmf.2019.100077. Epub 2019 Dec 17. PMID: 32905377; PMCID: PMC7469940.
3. Melamed N, Shah J, Soraisham A, Yoon EW, Lee SK, Shah PS, et al. Association Between Antenatal Corticosteroid Administration-to-Birth Interval and Outcomes of Preterm Neonates. *Obstet Gynecol*. 2015 Jun;125(6):1377-1384. doi: 10.1097/AOG.0000000000000840. PMID: 26000509.
4. Morhart P, Gärtner J, Weiss C, Stumpfe FM, Dammer U, Faschingbauer F, Fahlbusch FB, Beckmann MW, Kehl S. Influence of Timing of Antenatal Corticosteroid Administration on Morbidity of Preterm Neonates. *In Vivo*. 2022 Jul-Aug;36(4): 1777-1784. doi: 10.21873/in vivo.12891. PMID: 35738606; PMCID: PMC9301426.
5. Frändberg J, Sandblom J, Bruschettini M, Maršál K, Kristensen K. Antenatal corticosteroids: a retrospective cohort study on timing, indications and neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 Mar;97(5):591-597. doi: 10.1111/aogs.13301. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29360141.