

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Quang Khôi¹, Nguyễn Kiến Mậu¹,
Võ Đức Trí¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm cytomegalovirus (CMV) ở trẻ sơ sinh có thể dẫn đến các di chứng nghiêm trọng, đặc biệt là ảnh hưởng đến thính lực và sự phát triển thần kinh. Trong một số trường hợp, nhiễm CMV có thể gây suy hô hấp nặng, giảm tiểu cầu nặng và tổn thương gan không đáp ứng với điều trị thông thường, làm tăng nguy cơ tử vong hoặc các biến chứng lâu dài. Hiểu biết các đặc điểm của nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh đóng vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phần trăm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả điều trị nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, đặc biệt là đối với nhóm nhiễm CMV mức độ trung bình đến nặng. **Phương pháp:** Mô tả loạt ca từ 01/01/2022 đến 31/03/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, với việc sử dụng CMV DNA trong nước tiểu để xác định chẩn đoán và chỉ định điều trị cho nhóm trẻ sơ sinh nhiễm CMV có mức độ từ trung bình đến nặng. **Kết quả:** Có 42 trường hợp nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh trong thời gian nghiên cứu. Tuổi thai có trung vị 30,0 tuần (27,0 – 33,0 tuần), cân nặng lúc sinh có trung vị 1165,0g (1000,0 – 1800,0 g), tỷ lệ trẻ sinh non là 85,7%. Triệu chứng lâm sàng chính là vàng da (45,2%), bất thường thính lực (40,5%), gan to (26,2%), và tật đầu nhỏ (23,8%). Bất thường cận lâm sàng chính là giảm tiểu cầu (69,0%), tăng men gan (57,1%), tăng bilirubin trực tiếp (47,6%) và giảm neutrophil (28,6%). Trong đó tỷ lệ suy hô hấp nặng phải thở máy chiếm 31%, giảm tiểu cầu nặng (dưới $50 \times 10^9/L$) ghi nhận ở 33,3% trường hợp. Giá trị trung vị của tải lượng CMV DNA trong nước tiểu là $3,5 \times 10^5$ bản sao/ml ($6,9 \times 10^4 - 2,0 \times 10^6$). Tỷ lệ trẻ được điều trị bằng thuốc kháng virus là 85,7%, với thời gian điều trị trung vị là 42,0 ngày; trong đó, 36,1% trẻ gặp biến chứng liên quan thuốc kháng virus. Tỷ lệ tử vong là 14,3%, phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh. **Kết luận:** Nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng CMV DNA trong nước tiểu để xác định chẩn đoán và chỉ định điều trị cho nhóm nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh với mức độ bệnh từ trung bình đến nặng, giúp tối ưu hóa việc quản lý và theo dõi các trẻ nguy cơ biến chứng cao, bao gồm suy hô hấp, giảm tiểu cầu nặng, giảm thính lực, tổn thương gan không đáp ứng điều trị thông thường. **Từ khóa:** nhiễm cytomegalovirus (CMV), trẻ sơ sinh.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN NEWBORNS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Cytomegalovirus (CMV) infection in neonates can result in severe sequelae, particularly involving hearing impairment and neurodevelopmental delay. In certain cases, CMV infection may lead to severe respiratory failure, profound thrombocytopenia, and poorly responsive hepatic injury to conventional therapy, thereby increasing the risk of mortality or long-term complications. A thorough understanding of the characteristics of CMV infection in neonates is essential for clinical practice. **Objectives:** To determine the percentage of clinical features, laboratory findings, and treatment outcomes of CMV infection in neonates at Children's Hospital 1, especially in cases of moderate to severe CMV infection. **Methods:** Case series from January 1, 2022, to March 31, 2025, at Children's Hospital 1, utilizing urinary CMV DNA for diagnosis and administering treatment exclusively to neonates with moderate to severe CMV infection. **Results:** There were 42 cases of CMV infection in neonates during the study period. The median gestational age was 30,0 weeks (27,0 – 33,0 weeks), median birth weight was 1165 g (1000 – 1800 g), and the proportion of preterm infants was 85,7%. The main clinical symptoms were jaundice (45,2%), hearing impairment (40,5%), hepatomegaly (26,2%), and microcephaly (23,8%). The main laboratory findings were thrombocytopenia (69,0%), elevated liver enzymes (57,1%), direct hyperbilirubinemia (47,6%), and neutropenia (28,6%). Among these, severe respiratory failure requiring mechanical ventilation accounted for 31%, while severe thrombocytopenia ($< 50 \times 10^9/L$) was observed in 33,3% of cases. The median urinary CMV DNA load was $3,5 \times 10^5$ copies/mL ($6,9 \times 10^4 - 2,0 \times 10^6$). Antiviral therapy was administered in 85,7% of neonates, with a median treatment duration of 42,0 days; among them, 36,1% experienced antiviral-related complications. The mortality rate was 14,3%, reflecting the severity of the disease. **Conclusion:** This study highlights the importance of utilizing urinary CMV DNA for diagnostic confirmation and restricting antiviral therapy to neonates with moderate to severe CMV infection, thereby optimizing the management and monitoring of infants at high risk for complications, including respiratory failure, severe thrombocytopenia, hearing loss, and poorly responsive hepatic injury. **Keywords:** cytomegalovirus (CMV) infection, neonates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

Cytomegalovirus (CMV), thuộc họ Herpesviridae, là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh^[6]. Nhiễm CMV bẩm sinh xảy ra khi virus được truyền từ mẹ sang thai nhi trong quá trình mang thai. Nhiễm CMV sau sinh có thể có nguồn gốc từ mẹ hay không. Nguồn lây nhiễm CMV hàng đầu sau sinh là qua sữa mẹ và chế phẩm máu. Ở trẻ sơ sinh, bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm CMV thường không đặc hiệu và nhiều trường hợp không có triệu chứng; tuy nhiên, một số trẻ có thể diễn tiến nặng với suy hô hấp cần thở máy, giảm tiểu cầu nghiêm trọng và tổn thương gan kém đáp ứng điều trị, làm tăng nguy cơ tử vong cũng như để lại di chứng lâu dài như bất thường về thính lực và phát triển thần kinh^[2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy sàng lọc và chẩn đoán dựa trên nước tiểu có độ nhạy và độ đặc hiệu cao^[7]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm của nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sơ sinh, nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 03 năm 2025, được chẩn đoán nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh theo Phác đồ Điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1, khi có kết quả PCR CMV nước tiểu dương tính. Tiêu chuẩn loại trừ: tử vong trong vòng 24 giờ sau nhập khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/01/2022 đến 31/03/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh tại 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 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận có 42 trường hợp nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2022 đến 31/03/2025 với các kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số ca (%) hoặc
-------------------	----------------

(N = 42)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Giới tính	
Nam	25 (59,5%)
Nữ	17 (40,5%)
Phương pháp sinh	
Đẻ thường	20 (47,6%)
Đẻ mổ	22 (52,4%)
Tuổi thai (tuần)	30,0 (27,0 – 33,0)
Phân loại tuổi thai	
Đủ tháng (≥ 37 tuần)	6 (14,3%)
Non muộn (34 – <37 tuần)	4 (9,5%)
Non vừa (32 – < 34 tuần)	7 (16,7%)
Rất non (28 – <32 tuần)	14 (33,3%)
Cực non (26 – <28 tuần)	9 (21,4%)
Tuổi thai cực thấp (< 26 tuần)	2 (4,8%)
Cân nặng lúc sinh (gram)	1165,0 (1000,0 – 1800,0)
Cân nặng lúc sinh so với tuổi thai	
Lớn cân so với tuổi thai (LGA)	2 (4,8%)
Phù hợp so với tuổi thai (AGA)	26 (61,9%)
Nhẹ cân so với tuổi thai (SGA)	14 (33,3%)
Phương pháp sinh	
Thường	20 (47,6%)
Mổ	22 (52,4%)
Bất thường tiền sản	
Tiền sản giật	1 (2,4%)
Bất thường nước ối	1 (2,4%)
Chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR)	4 (9,5%)
Khác	5 (11,9%)
Không có	31 (73,8%)
Dinh dưỡng	
Sữa mẹ	32 (76,2%)
Sữa công thức	10 (23,4%)
Tiền căn truyền máu	
Có	35 (83,3%)
Không	7 (16,7%)
Vòng đầu lúc nhập khoa	30,0 (28,0 – 32,0)
Biểu hiện lâm sàng	
Tật đầu nhỏ	10 (23,8%)
Hạch to	0 (0,0%)
Gan to	11 (26,2%)
Lách to	7 (16,7%)
Xuất huyết da niêm	8 (19,1%)
Vàng da	19 (45,2%)
Viêm phổi	28 (66,7%)
Bất thường thính lực	17 (40,5%)
Viêm võng mạc	2 (4,8%)

Nhận xét: Tuổi thai trung vị là 30,0 tuần (27,0 – 33,0 tuần), đa số là trẻ sinh non, trong

đó nhóm rất non chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%). Có 33,3% trẻ nhẹ cân so với tuổi thai. Bất thường thai kỳ trước sinh ghi nhận ở 26,2% trường hợp, thường gặp nhất là IUGR (9,5%). Về dinh dưỡng, phần lớn trẻ được nuôi có dùng sữa mẹ (76,2%). Ngoài ra có đến 83,3% trẻ có tiền căn truyền máu trước thời điểm được chẩn đoán nhiễm CMV.

Các biểu hiện lâm sàng ghi nhận đa dạng. Thường gặp nhất là vàng da (45,2%). Bất thường thính lực được ghi nhận ở 40,5% trẻ, trong khi viêm võng mạc chỉ xuất hiện ở 4,8%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng (N = 42)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Số CMV DNA bản sao trong nước tiểu	$3,5 \times 10^5$ ($6,9 \times 10^4 - 2,0 \times 10^6$)
Giảm neutrophil ($< 1,5 \times 10^9/L$)	12 (28,6%)
Nhẹ ($1,0 - 1,5 \times 10^9/L$)	6 (14,3%)
Trung bình ($0,5 - 1,0 \times 10^9/L$)	4 (9,5%)
Nặng ($< 0,5 \times 10^9/L$)	2 (4,8%)
Neutrophil ($\times 10^9/L$)	2,5 (1,2 – 3,9)
Thiếu máu	11 (26,2%)
Hemoglobin (g/dL)	9,7 (8,5 – 10,5)
Giảm tiểu cầu ($< 150 \times 10^9/L$)	29 (69,0%)
Nhẹ ($100 - 150 \times 10^9/L$)	6 (14,3%)
Trung bình ($50 - 100 \times 10^9/L$)	9 (21,4%)
Nặng ($< 50 \times 10^9/L$)	14 (33,3%)
Tiểu cầu ($\times 10^9/L$)	94,0 (31,0 – 200,0)
Tăng men gan (AST > 80U/L và/hoặc ALT > 80U/L)	24 (57,1%)
AST (U/L)	90,0 (45,0 – 205,0)
ALT (U/L)	41,0 (18,0 – 76,0)
Tăng bilirubin trực tiếp ($> 1\text{mg/dL}$)	20 (47,6%)
Bilirubin trực tiếp (mg/dL)	3,6 (0,6 – 8,1)
Bất thường trên siêu âm qua thóp	
Nang não	9 (21,4%)
Dãn não thất	2 (4,8%)
Vôi hoá nội sọ	3 (7,1%)
Bất thường chất trắng	0 (0,0%)
Không có	28 (66,7%)

Nhận xét: Các bất thường cận lâm sàng nổi bật ở trẻ nhiễm CMV gồm giảm tiểu cầu (69,0%), tăng men gan (57,1%), tăng bilirubin trực tiếp (47,6%) và bất thường trên siêu âm qua thóp (33,3%). Tải lượng CMV DNA trong nước tiểu cao, trung vị $3,5 \times 10^5$ bản sao/ml ($6,9 \times 10^4 - 2,0 \times 10^6$).

Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm chẩn đoán	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Tuổi thai tại thời điểm chẩn	6,0 (4,0 – 9,0)

đoán nhiễm CMV (tuần)	
Tỷ lệ chẩn đoán nhiễm CMV trong vòng 3 tuần tuổi đầu	9 (21,4%)
Tỷ lệ chẩn đoán nhiễm CMV trên 3 tuần tuổi	33 (78,6%)

Nhận xét: Giá trị trung vị tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán nhiễm CMV là 6,0 tuần (4,0 – 9,0 tuần), trong đó chủ yếu trẻ được chẩn đoán nhiễm CMV trên 3 tuần tuổi (78,6%)

Bảng 4. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm điều trị	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Điều trị thuốc kháng virus (n = 42)	36 (85,7%)
Tỷ lệ điều trị với ganciclovir (n=36)	14 (38,9%)
Đơn lẻ ganciclovir	8 (22,2%)
Ganciclovir kết hợp với valganciclovir	6 (16,7%)
Tỷ lệ điều trị đơn lẻ valganciclovir (n=36)	22 (61,1%)
Thời gian sử dụng thuốc kháng virus (ngày)	42,0 (30,5 – 180,0)
Thời gian nằm viện (ngày)	35,5 (21,0 – 62,0)
Tỷ lệ thở máy (n = 42)	13 (31,0%)
Thời gian thở máy xâm lấn (ngày)	18,5 (11,5 – 44,0)
Tỷ lệ biến chứng điều trị thuốc kháng virus (n = 36)	13 (36,1%)
Tỷ lệ tử vong (n = 42)	6 (14,3%)

Nhận xét: Phần lớn trẻ (85,7%) được dùng thuốc kháng virus với thời gian trung vị 42,0 ngày. Thời gian nằm viện có trung vị là 35,5 ngày. Tỷ lệ tử vong chiếm 14,3% trẻ nhiễm CMV. Khoảng 31% trẻ phải thở máy xâm lấn, thời gian trung vị 18,5 ngày. Biến chứng do thuốc gặp ở 36,1% trẻ được điều trị với thuốc kháng virus.

Bảng 5. Đặc điểm biến chứng điều trị

Đặc điểm biến chứng điều trị (N = 36)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Giảm neutrophil ($< 1,5 \times 10^9/L$)	10 (27,8%)
Nhẹ ($1,0 - 1,5 \times 10^9/L$)	3 (8,3%)
Trung bình ($0,5 - 1,0 \times 10^9/L$)	5 (13,9%)
Nặng ($< 0,5 \times 10^9/L$)	2 (5,6%)
Neutrophil thấp nhất trong quá trình điều trị ($\times 10^9/L$)	2,0 (1,2 – 3,1)
Thời điểm giảm neutrophil từ ngày bắt đầu điều trị thuốc kháng virus (ngày)	16,0 (14,0 – 24,0)
Tăng men gan (AST > 80U/L và/hoặc ALT > 80U/L)	7 (19,4%)
AST cao nhất trong quá trình	86,0 (45,0 – 173,0)

điều trị (U/L)	
ALT cao nhất trong quá trình điều trị (U/L)	51,0 (25,0 – 92,0)
Thời điểm tăng men gan từ ngày bắt đầu điều trị thuốc kháng virus (ngày)	14,0 (10,0 – 15,0)
Tỷ lệ giảm liều thuốc kháng virus do biến chứng trong quá trình điều trị	1 (2,8%)
Tỷ lệ ngưng thuốc kháng virus do biến chứng trong quá trình điều trị	2 (5,6%)

Nhận xét: Trong 36 trẻ điều trị kháng virus, 25% bị giảm bạch cầu trung tính (chủ yếu mức độ nhẹ – trung bình, xuất hiện sau khoảng 15 ngày) và 19,4% tăng men gan (sau khoảng 14 ngày). Tỷ lệ phải giảm liều và ngưng thuốc lần lượt là 2,8% và 5,6%.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh là một trong những thách thức lớn đối với y tế, đặc biệt là trong việc điều trị và dự phòng các biến chứng có thể dẫn đến tử vong hoặc các vấn đề sức khỏe lâu dài. Nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện sử dụng phương pháp xét nghiệm CMV DNA trong nước tiểu nhằm tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh nhiễm CMV mức độ trung bình đến nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu khác.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trẻ sơ sinh nhiễm CMV. Nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh có thể biểu hiện từ không triệu chứng đến bệnh cảnh nặng, với các triệu chứng lâm sàng như vàng da (57,1%), gan to (40,9%), tật đầu nhỏ (33,3%), và các kết quả cận lâm sàng thường gặp như giảm tiểu cầu (77,3%) và tăng bilirubin trực tiếp (78,1%) theo nghiên cứu của Hồ Quang Minh Phúc tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu này là 97,8%, và 97,8% trẻ đã từng được truyền máu^[3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Nga tại Bệnh viện Nhi Trung ương cũng ghi nhận tỷ lệ vàng da và gan lách to cao, với 63,3% trẻ có cân nặng thấp so với tuổi thai và 50% là sinh non. Các kết quả cận lâm sàng bao gồm giảm tiểu cầu (63,3%) và tăng men gan (56,7%), trong khi 64,3% trẻ có bất thường thần kinh và 53,3% có bất thường về thính lực. Tải lượng CMV DNA máu trong nghiên cứu này có giá trị trung vị là $7,5 \times 10^4$ bản sao/ml^[5]. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Đài Loan (2023) cho thấy nhiễm CMV bẩm sinh liên quan đến trẻ sinh non (57,1%) và trẻ nhẹ cân

(42,9%), với các biểu hiện như giảm tiểu cầu (61,9%), IUGR (28,6%), và bất thường thính lực ở 35,7% trẻ. Trong khi đó, nhiễm CMV sau sinh thường biểu hiện bằng viêm gan (47,9%) và vàng da kéo dài (32,1%)^[1]. Nghiên cứu của Yamaguchi tại Nhật Bản, các tác giả sử dụng xét nghiệm CMV DNA trong nước tiểu để chẩn đoán nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh, cho thấy phương pháp này có độ nhạy và đặc hiệu cao, phát hiện được cả những trường hợp không triệu chứng. So với CMV IgM và CMV DNA trong máu, xét nghiệm này đáng tin cậy hơn, hạn chế dương tính giả và ít bị ảnh hưởng bởi các bệnh lý khác. Với hơn 23.000 trẻ sơ sinh được sàng lọc bằng nước tiểu, ghi nhận giá trị trung bình nhân của tải lượng CMV DNA trong nước tiểu là $1,8 \times 10^6$ bản sao/ml (Khoảng tin cậy 95% $8,0 \times 10^5$ – $4,0 \times 10^6$). Tải lượng virus cao có liên quan đến nguy cơ di chứng tiếp nhận và tổn thương thần kinh trung ương, khẳng định vai trò của việc sàng lọc để phát hiện sớm các biến chứng về thính lực và thần kinh^[7].

Đặc điểm điều trị và kết quả điều trị trẻ sơ sinh nhiễm CMV. Trong nghiên cứu của Hồ Quang Minh Phúc, 68,2% bệnh nhi nhiễm CMV được điều trị bằng thuốc kháng virus, với tỷ lệ biến chứng giảm bạch cầu hạt và tăng men gan lần lượt là 40,0% và 20,0%. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm này là 65,1 ngày, và tỷ lệ tử vong là 16,7%^[3]. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Mỹ vào năm 2022 đánh giá đặc điểm điều trị thuốc kháng virus ở trẻ nhiễm CMV bẩm sinh cho thấy 50,0% trẻ được điều trị kháng virus, trong đó 34% phải nhập khoa hồi sức sơ sinh và tỷ lệ tử vong là 4%. Trong số các trẻ được điều trị, 33% sử dụng ganciclovir (đơn lẻ hoặc kết hợp với valganciclovir), còn lại 67% chỉ dùng valganciclovir. Tỷ lệ giảm neutrophil ở nhóm sử dụng ganciclovir dao động từ 21,0% đến 26,0%, trong khi nhóm dùng valganciclovir có tỷ lệ giảm bạch cầu hạt là 17,0%. Kết quả cho thấy việc sử dụng ganciclovir giảm dần theo thời gian, trong khi valganciclovir ngày càng trở nên phổ biến hơn^[4]. Các nghiên cứu trước đây cũng nhấn mạnh rằng chỉ trẻ sơ sinh nhiễm CMV mức độ trung bình đến nặng mới cần điều trị thuốc kháng virus để phòng các biến chứng nặng như giảm bạch cầu hạt, hoặc tổn thương gan^[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ điều trị thuốc kháng virus cho trẻ nhiễm CMV mức độ trung bình đến nặng nhằm tối ưu hóa hiệu quả, đồng thời hạn chế tác dụng phụ và chi phí không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng CMV DNA trong nước tiểu để xác định chẩn đoán và chỉ điều trị cho nhóm nhiễm CMV ở trẻ sơ sinh với mức độ bệnh từ trung bình đến nặng, giúp tối ưu hóa việc quản lý và theo dõi các trẻ nguy cơ biến chứng cao, bao gồm suy hô hấp, giảm tiểu cầu nặng, giảm thính lực, tổn thương gan không đáp ứng điều trị thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen Y-N, Hsu K-H, Huang C-G, et al.** Clinical Characteristics of Infants with Symptomatic Congenital and Postnatal Cytomegalovirus Infection—An 11-Year Multicenter Cohort Study in Taiwan. *Children*. 2023;11(1):17.
2. **Harrison GJ. Cytomegalovirus.** In: **Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ, eds.** Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Eighth edition ed. Elsevier; 2019:1429-1450:chap 159.
3. **Hồ Quang Minh Phúc.** Đặc điểm trẻ nhiễm nhiễm Cytomegalovirus tại Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng 1. 2019.
4. **Leung J, Grosse SD, Yockey B, Lanzieri TM.** Ganciclovir and Valganciclovir Use Among Infants With Congenital Cytomegalovirus: Data From a Multicenter Electronic Health Record Dataset in the United States. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2022;11(8):379-382.
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Cao Thị Mai Lê.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm Cytomegalovirus bẩm sinh tại Trung tâm sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung Ương. Đại học Y Hà Nội. 2021.
6. **Ssentongo P, Hehnly C, Birungi P, et al.** Congenital Cytomegalovirus Infection Burden and Epidemiologic Risk Factors in Countries With Universal Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. Aug 2 2021;4(8):e2120736.
7. **Yamaguchi A, Oh-Ishi T, Arai T, et al.** Screening for seemingly healthy newborns with congenital cytomegalovirus infection by quantitative real-time polymerase chain reaction using newborn urine: an observational study. *BMJ Open*. Jan 20 2017;7(1):e013810

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH HẠT CƠM QUANH MÓNG VÀ DƯỚI MÓNG BẰNG DUNG DỊCH KẼM SULPHAT 10%

**Đỗ Thị Kim Anh^{1,3}, Vũ Huy Lượng^{2,3},
Nguyễn Hà Phương², Nguyễn Hữu Sáu^{2,3}**

TÓM TẮT⁸⁷

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh hạt cơm quanh móng và dưới móng bằng dung dịch kẽm sulphat 10%. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng so sánh được tiến hành trên 84 người bệnh được chẩn đoán và điều trị bệnh hạt cơm quanh móng và dưới móng tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương, từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. Bệnh nhân được lấy ngẫu nhiên chia làm 2 nhóm: nhóm 1 bệnh nhân được điều trị bằng bôi dung dịch kẽm sulphat 10%, nhóm 2 bệnh nhân được điều trị bằng bôi kem imiquimod 5% trong 16 tuần. Bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm trước điều trị và sau mỗi 4 tuần trong 16 tuần. **Kết quả:** Sau 16 tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả "tốt" ở nhóm kẽm sulphat là 42,9%, tương đương với nhóm Imiquimod 5% (40,5%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Mức độ hài lòng của bệnh nhân cao (88,1%), tác dụng phụ nhẹ, chủ yếu là ngứa thoáng qua với tỷ lệ 2,4%. Chi phí điều trị bằng dung dịch kẽm sulphat thấp hơn

đáng kể so với imiquimod ($p < 0,01$). **Kết luận:** Dung dịch kẽm sulphat 10% là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn và dễ áp dụng, chi phí thấp trong điều trị hạt cơm quanh móng và dưới móng.

Từ khóa: Hiệu quả điều trị, bệnh hạt cơm, kẽm sunfat, Imiquimod.

SUMMARY

EFFICACY OF 10% ZINC SULFATE SOLUTION IN THE TREATMENT OF PERIUNGUAL AND SUBUNGUAL WARTS

Objectives: To evaluate the efficacy of 10% zinc sulfate solution in the treatment of periungual and subungual warts. **Subjects and Methods:** A controlled comparative interventional study was conducted on 84 patients diagnosed with periungual and subungual warts at the National Dermatology Hospital from September 2024 to August 2025. Patients were randomly assigned into two groups: Group 1 received topical treatment with 10% zinc sulphate solution, while Group 2 received topical treatment with 5% imiquimod cream for 16 weeks. Patients were evaluated at baseline and every 4 weeks throughout the 16-week treatment period. **Results:** After 16 weeks of treatment, the proportion of patients achieving a "good" response in the zinc sulfate group was 42.9%, comparable to that in the 5% Imiquimod group (40.5%), with no statistically significant difference between the two groups ($p > 0.05$). Patient satisfaction was high (88.1%), and

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung Ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Kim Anh

Email: kimanhdo1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025