

7. Zhou H, Li J, Guan Y, He H, Huang Fu L. Experimental study of different dehydration methods in the process of preparing frozen brain sections. *Ibrain*. 2022;10(2): 164-171. doi:10.1002/ibra.12075
8. **Artifacts in Frozen Section Preparation.** ResearchGate. Accessed August 9, 2025. https://www.researchgate.net/publication/12502196_Artifacts_in_Frozen_Section_Preparation
9. **Decalcification of Bone: Literature Review and Practical Study of Various Decalcifying**

Agents. Methods, and Their Effects on Bone Histology: *Journal of Histotechnology*: Vol 21, No 1. Accessed August 9, 2025. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/his.1998.21.1.49>

10. El Khassawna T, Daghma DES, Stoetzel S, et al. Postembedding Decalcification of Mineralized Tissue Sections Preserves the Integrity of Implanted Biomaterials and Minimizes Number of Experimental Animals. *BioMed Res Int*. 2017;2017:2023853. doi:10.1155/2017/2023853

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI TỪ THÁNG 1/2024 ĐẾN THÁNG 07/2025

Hà Thị Nga¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga², Lê Tố Như¹,
Đặng Thành Chung³, Bùi Thị Khuyên¹, Đỗ Phương Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị trẻ sơ sinh non tháng tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội giai đoạn 01/2024 – 07/2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 214 trẻ sinh non (<37 tuần) nhập viện. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. **Kết quả:** Nhóm non muộn chiếm đa số (72,0%), tiếp đến là non vừa (13,6%), rất non (12,1%) và cực non (2,3%). Hơn một nửa trẻ có cân nặng 1500–<2500g (54,2%). Tỷ lệ sinh mổ cao (88,4%), trong khi dùng corticosteroid trước sinh còn hạn chế. Thời gian nằm viện trung vị 6 ngày. Biến chứng ít gặp (bệnh võng mạc 2,3%, điều trị ống động mạch 4,2%); không có tử vong, 6,5% phải chuyển tuyến. **Kết luận:** Trẻ sinh non tại Bệnh viện Tâm Anh chủ yếu thuộc nhóm non vừa và non muộn, có tiên lượng thuận lợi với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Tuy nhiên, cần tăng cường sử dụng corticosteroid trước sinh và chuẩn hóa hỗ trợ hô hấp không xâm nhập nhằm tiếp tục cải thiện chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: sinh non, sơ sinh, điều trị, chăm sóc

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES AMONG PRETERM NEONATES ADMITTED TO THE NEONATOLOGY DEPARTMENT, TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HANOI FROM JANUARY 2024 TO JULY 2025

Objective: To evaluate treatment outcomes of

preterm neonates at the Neonatology Department, Tam Anh General Hospital, Hanoi, from January 2024 to July 2025. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 214 preterm infants (<37 weeks) admitted during the study period. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS version 26.0. **Results:** Late preterm infants accounted for the majority (72.0%), followed by moderate preterm (13.6%), very preterm (12.1%), and extremely preterm (2.3%). More than half had a birth weight of 1500–<2500g (54.2%). Cesarean section rate was high (88.4%), while antenatal corticosteroid use remained limited. Median hospital stay was 6 days. Complications were uncommon (retinopathy of prematurity 2.3%, ductus arteriosus treatment 4.2%); no deaths were reported, and 6.5% required referral. **Conclusion:** Most preterm infants in this cohort were moderate or late preterms with favorable outcomes. Enhanced antenatal corticosteroid administration and post-discharge follow-up are recommended to further improve care quality.

Keywords: preterm, neonate, treatment, care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non được định nghĩa là trẻ chào đời trước 37 tuần thai—là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh và gây ra nhiều biến chứng ngắn và dài hạn về cả thể chất và tâm thần, đặc biệt ở nhóm rất non (< 32 tuần). Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 13 triệu trẻ sinh non, và khoảng 1 triệu trẻ trong số này không thể qua khỏi do các biến chứng liên quan đến non tháng.¹ Trong số đó, các trẻ sinh cực non (dưới 28 tuần tuổi) và rất non (28–31 tuần tuổi) có nguy cơ cao mắc các rối loạn nghiêm trọng như hội chứng suy hô hấp, xuất huyết nội sọ, hoại tử ruột, nhiễm khuẩn huyết, và các vấn đề về thần kinh vận động hoặc thị giác sau này. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non ước

¹Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội

²Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh Viện Đa khoa Hòa Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Nga

Email: dr.ngaha@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

tính khoảng 94/1000 trẻ sinh sống tương đương với mặt bằng chung của các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình trong khu vực Đông Nam Á. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong sơ sinh do sinh non tại Việt Nam thấp hơn đáng kể (4,3 so với 8,8 trên 1000 trẻ sinh sống trong khu vực).² Mặc dù ngành y tế đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc trẻ sinh non, song vẫn còn những khác biệt đáng kể về khả năng tiếp cận các can thiệp chuyên sâu giữa các tuyến bệnh viện, cũng như giữa khu vực công và tư. Việc triển khai các chiến lược chăm sóc tích cực như kẹp rốn muộn, hỗ trợ hô hấp sớm không xâm lấn, nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần, và kiểm soát nhiễm khuẩn ngay từ giờ đầu sau sinh ("giờ vàng") được chứng minh là có tác động rõ rệt đến tỷ lệ sống còn và chất lượng sống của trẻ sinh non. Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, là đơn vị nòng cốt trong chăm sóc trẻ sơ sinh đặc biệt, đặc biệt là nhóm sinh non và cực non. Khoa trang bị đầy đủ lồng ấp chức năng cao, máy thở không xâm lấn, hệ thống nuôi dưỡng tĩnh mạch – trung tâm, phòng cách ly vô khuẩn và thực hiện nghiêm ngặt quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn quốc tế. Bài báo này nhằm mô tả thực trạng chăm sóc trẻ sinh non tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội trong giai đoạn 2024–2025, tập trung vào các biện pháp can thiệp, tần suất biến chứng và kết quả điều trị, từ đó làm cơ sở đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tất cả các trẻ sinh non (<37 tuần) được nhập viện và điều trị tại khoa sơ sinh trong thời gian nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

• Trẻ sinh đủ tháng hoặc trẻ sinh non nhưng có hồ sơ thiếu dữ liệu quan trọng.

• Trẻ sinh non nhập viện nhưng tử vong trong vòng < 6 giờ và chưa có can thiệp điều trị đầy đủ.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

2.3. Thời gian nghiên cứu: thực hiện từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 07 năm 2025

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 214 trẻ sinh non điều trị tại Khoa Sơ sinh - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong thời gian nghiên cứu

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia

nghiên cứu

2.5. Các biến số/chỉ số nghiên cứu: tuổi thai, giới tính, cân nặng khi sinh, phương thức sinh, thời gian điều trị, điều trị của trẻ sinh non (bơm surfactan, thở máy xâm nhập, không xâm nhập, oxy), kết quả điều trị, biến chứng, và một số điều trị khác.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh nhóm sử dụng test Chi-square hoặc t-test với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành và có sự ủng hộ của lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội và Hội đồng Khoa học Trường đại học Y Hà Nội, có sự đồng ý của gia đình bệnh nhân. Việc tiến hành nghiên cứu này không gây nguy hại gì đến các đối tượng nghiên cứu và toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2025, chúng tôi thu thập được 214 trẻ sinh non đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu, chiếm 32,8% trong tổng số 652 trẻ sơ sinh nhập Khoa sơ sinh Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh Hà Nội trong thời gian đó.

Bảng 1. Phân loại trẻ đẻ non theo tuổi thai (n=214)

	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cực non (<28 tuần)	5	2,3
Rất non (≥ 28 và <32 tuần)	26	12,1
Non vừa (≥ 32 và <34)	29	13,6
Non muộn (≥ 34 và <37)	154	72,0
Tổng	214	100

Nhận xét: Trẻ non muộn chiếm tỷ lệ cao nhất (72,0%), tiếp đến là nhóm rất non (13,6%). Nhóm cực non chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,3%).

Bảng 2. Phân loại trẻ đẻ non theo cân nặng khi sinh (n=214)

	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cực kì nhẹ cân (<1000g)	4	1,9
Rất nhẹ cân (≥ 1000 g và <1500g)	20	9,3
Nhẹ cân (≥ 1500 và <2500g)	116	54,2
Không nhẹ cân (≥ 2500 g)	74	34,6
Tổng	214	100

Nhận xét: Phần lớn trẻ thuộc nhóm nhẹ cân (54,2%) và không nhẹ cân (34,6%). Tỷ lệ trẻ rất

nhẹ cân và cực kỳ nhẹ cân lần lượt là 9,3% và 1,9%.



Biểu đồ 1. Phân loại theo giới tính (n=214)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỉ lệ trẻ nam chiếm 60,7% cao hơn so với trẻ nữ (39,3%)



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị (n=214)

Nhận xét: Có 14/214 trẻ (chiếm 6,5%) phải chuyển tuyến trên để điều trị tiếp, không có bệnh nhân nào tử vong, xin về. Lý do chuyển tuyến chủ yếu do vấn đề về kinh tế.

Bảng 3. Điều trị trẻ đẻ non phân loại theo tuổi thai (n=214)

		<28 tuần n (%)	≥28 và <32 tuần n (%)	≥32 và <34 tuần n (%)	≥34 và <37 tuần n (%)	p
Corticoid trước sinh	Có	4 (80,0%)	19 (73,1%)	20 (69,0%)	5 (3,2%)	<0,001
	Không	1 (20%)	7 (26,9%)	9 (31,0%)	149 (96,8%)	
Đặt nội khí quản sau sinh	Có	3 (60,0%)	4 (15,4%)	0 (0%)	1 (0,6%)	<0,001
	Không	2 (40%)	22 (84,6%)	29 (100%)	153 (99,4%)	
Bơm surfactant	Có	4 (80,0%)	8 (30,8%)	1 (3,4%)	0 (0%)	<0,001
	Không	1 (20,0%)	18 (69,2%)	28 (96,6%)	154 (100%)	

Nhận xét: Trẻ sinh càng non tháng thì tỷ lệ được dùng corticosteroid trước sinh, đặt nội khí quản và bơm surfactant càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm cực non, tỷ lệ dùng corticoid, đặt NKQ và bơm surfactant lần lượt là 80%, 60% và 80%, cao hơn rõ rệt so với nhóm non muộn (3,2%; 0,6%; 0%) ($p < 0,001$).

Bảng 4. Thời gian điều trị

Thời gian	Trung bình	Trung vị	Min	Max
Điều trị	14,0±18,1	6	1	106
Thở máy xâm nhập	0,03±0,24	0	0	3
Thở máy không xâm nhập	2,1±6,8	0	0	50
Thở oxy	0,8±5,3	0	0	62

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình là 14,0 ngày, trung vị là 6 ngày. Thời gian thở máy xâm nhập và không xâm nhập đều thấp.

Bảng 5. Điều trị khác

		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Phương thức sinh	Đẻ thường	25	11,6
	Đẻ mổ	189	88,4
Điều trị ổn định mạch bằng Paracetamol	Có	9	4,2
	Không	205	95,8
Điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non	Có	5	2,3
	Không	209	97,7

Nhận xét: Tỷ lệ sinh mổ rất cao (88,4%), cho thấy xu hướng can thiệp quá mức ở thai kỳ non tháng, tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe mẹ và trẻ. Tỷ lệ điều trị ổn định mạch

(4,2%) và bệnh võng mạc (2,3%) thấp, phản ánh biến chứng hạn chế hoặc được phát hiện và xử trí sớm.

IV. BÀN LUẬN

Sinh non tiếp tục là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và di chứng lâu dài ở trẻ sơ sinh, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ non muộn (34 đến <37 tuần) chiếm đa số (72,0%), tương đồng với số liệu của Lê Minh Trắc (2012) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (62,7%) và Trường Thiệu Tiên (2024) tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế (78,1%).^{3,4} Sự gia tăng tỷ lệ non muộn trong các nghiên cứu gần đây có thể phản ánh xu hướng chủ động chấm dứt thai kỳ sớm trong các trường hợp thai kỳ nguy cơ, đồng thời cho thấy hiệu quả của việc sàng lọc, theo dõi và can thiệp kịp thời trong chăm sóc thai sản.

Về cân nặng lúc sinh, phần lớn trẻ trong nghiên cứu thuộc nhóm nhẹ cân (1500–<2500g, chiếm 54,2%), trong khi nhóm cực kỳ nhẹ cân (<1000g) chỉ chiếm 1,9%. Phân bố này phù hợp với đặc điểm tuổi thai và tiên lượng thuận lợi của nhóm non muộn – non vừa. Theo Hannah và cộng sự, dù đã có nhiều cải tiến trong chăm sóc sơ sinh, trẻ sinh cực non và cực nhẹ cân vẫn có tỷ lệ tử vong cao (30–50%) và ít nhất 20–50% số trẻ sống sót đối mặt với nguy cơ di chứng phát triển thần kinh hoặc chức năng kéo dài.⁵ Do vậy, kết quả của chúng tôi phản ánh mức độ kiểm soát tương đối tốt tại cơ sở, cho thấy năng

lực tiếp nhận và xử trí an toàn các nhóm trẻ có mức độ nhẹ đến trung bình tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ (60,7% so với 39,3%) là phù hợp với các ghi nhận trước đó về sự chênh lệch theo giới ở nhóm sinh non. Giới tính nam được xác định là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng ở trẻ sinh non, do chậm trưởng thành phổi, miễn dịch chưa hoàn thiện và đáp ứng kém với stress chu sinh.⁶ Mặc dù đã có sự cải thiện về tỷ lệ sống còn ở trẻ nam, nhiều nghiên cứu cho thấy nhóm này vẫn có nguy cơ cao hơn đối với tử vong trước xuất viện, hội chứng suy hô hấp cấp, viêm ruột hoại tử, nhiễm khuẩn máu, xuất huyết não thất nặng, bệnh võng mạc trẻ đẻ non giai đoạn nặng và loạn sản phế quản phổi nặng. Do đó, việc theo dõi sát nhóm trẻ nam, đặc biệt trong 72 giờ đầu sau sinh, là cần thiết nhằm phát hiện và xử trí sớm các biến chứng tiềm ẩn.⁶

Kết quả từ Bảng 3 cho thấy trẻ càng non tháng thì nhu cầu can thiệp y tế càng cao, với tỷ lệ sử dụng corticosteroid trước sinh, đặt nội khí quản và bơm surfactant ở nhóm cực non lần lượt là 80%, 60% và 80%, trong khi gần như không áp dụng ở nhóm non muộn (3,2%; 0,6%; 0%) ($p < 0,001$). Điều này phản ánh sự khác biệt rõ rệt về chiến lược điều trị theo tuổi thai, phù hợp với nguy cơ suy hô hấp và biến chứng sớm. Theo khuyến cáo của WHO năm 2022, các chuyên gia đã nhấn mạnh vai trò của corticosteroid trong phòng ngừa suy hô hấp ở trẻ sinh non từ 24–34 tuần.⁷ Nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai rất cao (88,4%), cho thấy xu hướng can thiệp quá mức ở thai kỳ non tháng, có thể làm tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ và trẻ.

Đa số trẻ trong nghiên cứu được hỗ trợ hô hấp không xâm nhập, với tỷ lệ đặt nội khí quản thấp (5,3%). Thời gian trung bình thở máy không xâm nhập là 2,1 ngày và thở máy xâm nhập rất thấp (0,03 ngày), phản ánh hiệu quả của chiến lược “hỗ trợ hô hấp tối thiểu” (minimal respiratory support) – một trong những trụ cột của phác đồ “giờ vàng” can thiệp trong 60 phút đầu sau sinh nhằm giảm tổn thương phổi do thông khí áp lực dương kéo dài.⁸

Một kết quả tích cực là không ghi nhận trường hợp tử vong và chỉ 6.5 % trẻ cần chuyển tuyến, cho thấy năng lực xử trí tốt tại chỗ của đơn vị. Đặc thù của cơ sở y tế tư nhân là tiếp nhận chủ yếu nhóm trẻ non vừa và non muộn – có tiên lượng thuận lợi hơn, trong khi các trường hợp sinh cực non hoặc có biến chứng nặng được chuyển tuyến kịp thời đến trung tâm hồi sức sơ sinh chuyên sâu. Chiến lược điều trị phân tầng

theo mức độ nguy cơ này không chỉ giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị mà còn đảm bảo sử dụng hợp lý nguồn lực y tế và giảm tải cho các tuyến trên.

Thời gian điều trị trung bình là 14.0 ngày, nhưng trung vị chỉ 6 ngày, cho thấy phân bố lệch – phần lớn trẻ hồi phục sớm, chỉ một số ít cần điều trị kéo dài do biến chứng nặng hoặc bệnh lý kèm theo. Đây là yếu tố quan trọng trong quản lý nguồn lực nội trú, đặc biệt với các cơ sở có số lượng giường bệnh giới hạn. Tỷ lệ biến chứng đặc hiệu như bệnh võng mạc (2,3%) và điều trị ống động mạch bằng Paracetamol (4,2%) tương đối thấp, phản ánh một phần chất lượng phát hiện sớm, sàng lọc chủ động và chăm sóc tích cực ngay từ đầu.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả trong điều trị và quản lý trẻ sinh non tại khoa Sơ sinh – Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội. Tuy nhiên, cần tiếp tục cải thiện một số yếu tố then chốt như tăng cường sử dụng corticosteroid trước sinh, chuẩn hóa chiến lược hỗ trợ hô hấp không xâm nhập, và thiết lập hệ thống theo dõi lâu dài nhằm đánh giá toàn diện các hậu quả muộn của sinh non.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn trẻ sinh non điều trị tại Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội thuộc nhóm non vừa và non muộn, có tiên lượng tốt, tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Các chiến lược chăm sóc sớm, không xâm nhập và phân tầng điều trị hợp lý đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, vẫn cần cải thiện tỷ lệ sử dụng corticosteroid trước sinh và tăng cường theo dõi lâu dài nhằm tối ưu hóa chất lượng chăm sóc trẻ sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khandre V, Potdar J, Keerti A.** Preterm Birth: An Overview. *Cureus*. 14(12):e33006. doi:10.7759/cureus.33006
2. **Child mortality and causes of death.** Accessed June 27, 2025. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>
3. **Lê Minh Trác.** Thực trạng sơ sinh thấp cân, nặng tháng đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp Chí phụ sản*. 2012; 10 (2): 98-103
4. **Trương Thiện Tiên.** Tình hình sinh non tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*. 2024; 22(3): 38-43. doi: 10.46755/ vjog. 2024.3.1779.
5. **Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett CM, Cladis F, Davis PJ.** Outcomes for extremely premature infants. *Anesth Analg*. 2015;120(6): 1337-1351. doi:10.1213/ANE.0000000000000705
6. **O'Driscoll DN, McGovern M, Greene CM, Molloy EJ.** Gender disparities in preterm neonatal outcomes. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992.

- 2018;107(9):1494-1499. doi:10.1111/apa.14390
7. **WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes.** Accessed July 4, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057296>

8. **Amuji N, Rao SA, Nagaraju PY, Suresh KG, Steven S, Shekharappa CB.** Improving the quality of care for preterm infants in the golden hour. *BMJ Open Qual.* 2025;14(1). doi:10.1136/bmjopen-2023-002277

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH LÝ THỊ THẦN KINH DO ETHAMBUTOL TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Thu Huyền^{1,2}, Phạm Trọng Văn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, dấu hiệu lâm sàng và tổn thương thị thần kinh liên quan đến ethambutol tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh, bao gồm các bệnh nhân đang điều trị ethambutol có biểu hiện tổn thương thần kinh thị giác trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng hết 8/2025, loại trừ những trường hợp có bệnh lý thị thần kinh từ trước. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 48 bệnh nhân, trong đó nam chiếm 54,2% và nữ chiếm 45,8%. Tuổi trung bình là $54,6 \pm 14,8$ tuổi. Thời gian sử dụng ethambutol trung bình $5,83 \pm 2,66$ tháng (dao động từ 1,5 tháng đến 15 tháng). Liều dùng phổ biến nhất là 1000-1250 mg/ngày (54,2%), tiếp theo là 750-1000mg/ngày (29,1%) và ≥ 1250 mg (16,7%). Liều trung bình theo cân nặng là $19,43 \pm 2,97$ mg/kg. Thời gian mờ mắt trung bình $5,0 \pm 2,59$ tháng (sớm nhất 1 tháng, muộn nhất 14,5 tháng). Mờ mắt là biểu hiện khởi đầu điển hình ở đa số bệnh nhân chiếm tỉ lệ 93,8% trong khi rối loạn sắc giác được ghi nhận ở 6,2% bệnh nhân. **Kết luận:** Tổn thương thị thần kinh do ethambutol thường gặp ở bệnh nhân trung niên với thời gian sử dụng thuốc trung bình khoảng 6 tháng với liều xấp xỉ 20mg/kg. Mờ mắt là triệu chứng khởi phát điển hình, trong khi rối loạn sắc giác ít gặp hơn. Việc theo dõi thị lực định kỳ và phát hiện sớm các triệu chứng thị giác có ý nghĩa quan trọng nhằm hạn chế nguy cơ mất thị lực không hồi phục.

Từ khóa: Ethambutol, bệnh lý thị thần kinh do Ethambutol, ngộ độc thị thần kinh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ETHAMBUTOL-INDUCED OPTIC NEUROPATHY AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL VIETNAM

Objective: To describe the epidemiological characteristics, clinical manifestations and optic nerve involvement related to ethambutol at the National Lung Hospital. **Methods:** A cross-sectional case series

was conducted, including patients undergoing ethambutol treatment who presented with optic neuropathy between August 2024 and August 2025, excluding those with pre-existing optic nerve disease.

Results: A total of 48 patients were enrolled, with males accounting for 54.2% and females 45.8%. The mean age was 54.6 ± 14.8 years. The mean duration of ethambutol was 5.83 ± 2.66 months (range 1.5-15 months). The most common daily dose was 1000-1250 mg (54.2%), followed by 750-1000 mg (29.1%) and ≥ 1250 mg (16.7%). The mean weight-adjusted dose was 19.43 ± 2.97 mg/kg. The average time to onset of blurred vision was 5.0 ± 2.59 months (earliest 1 month, latest 14.5 months). Blurred vision was the predominant initial symptom, observed in 93.8% of patients, whereas color vision disturbances were reported in only 6.2%. **Conclusion:** Ethambutol-induced optic neuropathy was observed predominantly in middle-aged patients after an average treatment duration of approximately six months at a mean dose of ~ 20 mg/kg. Blurred vision was the most common initial symptoms, whereas color vision disturbances were less frequent. Regular ophthalmic monitoring and early recognition of visual symptoms are essential to minimize the risk of irreversible vision loss.

Keywords: Ethambutol, Ethambutol-induced optic neuropathy, toxic neuropathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân điều trị lao phải sử dụng phối hợp nhiều thuốc với thời gian điều trị kéo dài, kèm theo đó bệnh nhân thường có thể trạng suy kiệt hoặc đồng mắc nhiều bệnh lý khác.¹ Vì vậy các tác dụng không mong muốn của thuốc trong quá trình điều trị thường hay xảy ra. Ethambutol (EMB) là một thuốc điều trị lao quan trọng, nhưng có thể gây độc thị thần kinh, dẫn đến giảm thị lực, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống người bệnh. Độc tính được biết đến nhiều nhất của ethambutol là viêm thị thần kinh. Thuốc tác động vào quá trình sinh tổng hợp arabinogalactan của thành tế bào bằng cách ức chế hoạt động của enzyme arabinosyl transferase từ đó ức chế sự nhân lên của vi khuẩn lao. Mặc dù cơ chế gây độc thị thần kinh của ethambutol vẫn chưa được hiểu tường tận, nhiều giả thuyết cho rằng, EMB làm gián đoạn

¹Dại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Huyền

Email: huyentran8987@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025