

2 khá cao, chiếm 48%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của tác giả Trần Thị Nga có tỷ lệ MAU (+) là 55,5% [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Đức Minh (2022) có tỷ lệ MAU (+) là 24,3% [7]. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ MAU (+) giữa các xét nghiệm là do đặc điểm dân số nghiên cứu khác nhau, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp xét nghiệm, thêm vào đó là sự khác biệt về thời điểm lấy mẫu và các yếu tố gây nhiễu.

ACR (albumin/creatinin) là chỉ số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao dùng để sàng lọc và theo dõi biến chứng thận mạn tính do ĐTĐ. So với xét nghiệm microalbumin đơn thuần, ACR phản ánh chính xác hơn, vì được đánh giá thông qua công thức hiệu chỉnh theo nồng độ creatinin niệu. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số ACR (+) chiếm 24,0% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Nga (2020) có tỷ lệ ACR (+) là 21,2%, tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lê Quang Toàn và cộng sự (2021), tác giả Nguyễn Thị Thu với tỷ lệ ACR (+) lần lượt là 35,0%, 63,4% [4], [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Nam giới chiếm ưu thế hơn so với nữ giới là 57,6% và 42,4%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có độ >60 tuổi chiếm 68%, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 77,6%.

Nồng độ microalbumin niệu có trung vị là 26,2mg/L, nồng độ creatinin niệu trung vị là 6,78mg/dL, chỉ số ACR có trung vị là 2,44mg/mmol.

Tỷ lệ microalbumin niệu dương tính MAU (+) chiếm 48% và ACR (+) chiếm 24%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kê Thị Lan Anh, Phạm Thị Lương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa nội 3, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp - Hải Phòng". *Tạp chí Y học Việt Nam* 2021; 503 (số đặc biệt): 386-394.
2. **Nguyễn Hồng Chương, Phan Quang Toàn, Huỳnh Minh Chính, cộng sự.** Nghiên cứu tình hình, một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại huyện Bàu Bàng Bình Dương năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2024; 6(1):209-214.
3. **Phạm Đức Minh.** Nồng độ microalbumin niệu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú". *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* 2022; 18(5+6): 55-61.
4. **Trần Thị Nga.** Nghiên cứu giá trị xét nghiệm microalbumin và chỉ số microalbumin/creatinin ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên trong chẩn đoán biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Cà Mau 2019-2020 [Luận văn Thạc sĩ], Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2022.
5. **Nguyễn Thị Thu.** Khảo sát chỉ số uACR ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An năm 2024". *Tạp chí Y Dược Đại học Y khoa Vinh* 2024; 1(1): 19-24.
6. **Lê Quang Toàn, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa.** Khảo sát biến chứng thận sớm bằng chỉ số albumin/creatinin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chưa đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu. *Tạp chí Nội tiết và đái tháo đường* 2021; 50: 171-177.
7. **American Diabetes Association.** 11. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes -2021. *Diabetes Care* 2021; 44 (1):S151-S167.
8. **WHO, Diabets.**2024.

HIỆU QUẢ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG ỒI VỠ NON TUỔI THAI 28-34 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Nguyễn Xuân Vũ^{1,2}, Nguyễn Thị Kim Oanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối, tỷ lệ lên thang kháng sinh sau giai đoạn dự phòng, tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm và các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

hồi cứu trên 281 hồ sơ bệnh án thai đơn, ối vỡ non 28–34 tuần tại Bệnh viện Hùng Vương (01/2023–05/2024). Tất cả thai phụ được điều trị kháng sinh dự phòng ampicillin-sulbactam phối hợp azithromycin. Hồ sơ bệnh án được phân tích để ghi nhận các trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ối, lên thang kháng sinh và nhiễm trùng sơ sinh sớm. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm được đánh giá bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối là 24,9%, chủ yếu do bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L không kèm sốt. Tỷ lệ lên thang kháng sinh là 11% và tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm là 16,4%. Năm yếu tố liên quan độc lập đến nhiễm trùng sơ sinh sớm: bạch cầu trên 15 K/ μ L lúc nhập viện, bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L trong quá trình theo dõi, sốt, nước ối bất thường khi sinh và cân nặng sơ sinh dưới 2000 g. **Kết luận:**

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Vũ

Email: bsxuanvu@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

Tăng bạch cầu đơn thuần là dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối thường gặp sau ối vỡ non và là yếu tố dự báo độc lập của nhiễm trùng sơ sinh sớm. Theo dõi và chỉ định lên thang kháng sinh hợp lý sau giai đoạn dự phòng có thể cải thiện kết cục cho mẹ và trẻ, đồng thời nâng cao hiệu quả quản lý sử dụng kháng sinh.

Từ khóa: ối vỡ non, nghi ngờ nhiễm trùng ối, lên thang kháng sinh, nhiễm trùng sơ sinh sớm.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT 28 – 34 WEEKS' GESTATION AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objective: To determine the rates of suspected chorioamnionitis, antibiotic escalation, and early-onset neonatal infection (EONI) in the management of preterm premature rupture of membranes (PPROM) and to identify factors associated with EONI.

Methods: A retrospective study was conducted at Hung Vuong Hospital (January 2023–May 2024) on 281 singleton pregnancies with PPRM at 28–34 weeks, all managed with prophylactic ampicillin-sulbactam and azithromycin. Medical records were analyzed for suspected chorioamnionitis, antibiotic escalation, and EONI, and independent predictors were assessed using multivariable logistic regression.

Results: The rate of suspected chorioamnionitis was 24.9%, mainly characterized by leukocytosis defined as greater than 15 K/ μ L without fever. Antibiotic escalation occurred in 11% and EONI in 16.4%. Multivariable analysis identified five independent predictors of EONI: leukocyte count greater than 15 K/ μ L at admission, an increase in leukocyte count above 15 K/ μ L during follow-up, maternal fever, abnormal amniotic fluid at delivery, and neonatal birthweight below 2000 g. **Conclusion:** Isolated maternal leukocytosis is a common sign of suspected chorioamnionitis after PPRM and an independent predictor of EONI. Close monitoring and timely escalation to therapeutic antibiotics after prophylaxis may improve maternal and neonatal outcomes while enhancing antibiotic stewardship.

Keywords: PPRM, suspected chorioamnionitis, antibiotic escalation, EONI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ối vỡ non trên thai non tháng làm gia tăng nguy cơ nhiễm trùng ở mẹ và trẻ sơ sinh. Kháng sinh dự phòng trong bối cảnh này là chỉ định bắt buộc, tuy nhiên các khuyến cáo hiện vẫn còn khác biệt về loại thuốc và thời gian sử dụng. Từ năm 2020, Bệnh viện Hùng Vương đã áp dụng phác đồ ampicillin-sulbactam phối hợp azithromycin, nhưng hiệu quả của phác đồ này đối với nhiễm trùng ối, nhu cầu lên thang kháng sinh và nhiễm trùng sơ sinh sớm chưa được đánh giá một cách hệ thống. Bên cạnh đó, chẩn đoán nhiễm trùng ối trong bối cảnh ối vỡ non còn nhiều thách thức: số lượng bạch cầu tăng có thể do sinh lý thai kỳ hoặc do sử dụng

corticosteroid trong hỗ trợ trưởng thành phổi thai nhi, trong khi nuôi cấy dịch ối ở kênh cổ tử cung dễ bị tạp nhiễm. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là:

1. Xác định tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối, tỷ lệ lên thang kháng sinh sau giai đoạn dự phòng và tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm trong bối cảnh ối vỡ non.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm ở thai phụ ối vỡ non 28-34 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án có chẩn đoán ối vỡ non, tuổi thai từ 28-34 tuần lúc nhập viện, có điều trị bảo tồn kéo dài thai kỳ tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2023-2024.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có sử dụng kháng sinh dự phòng: ampicillin-sulbactam 1,5g (tiêm tĩnh mạch chậm) x 4 lần/ngày trong 2 ngày đầu + azithromycin 1g uống liều duy nhất. Trong 5 ngày tiếp theo: ampicillin-sulbactam 375 mg (uống) x 2 lần/ngày.

- Sinh con tại bệnh viện Hùng Vương

- Đơn thai

- Tuổi thai phụ ≥ 18 tuổi

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai đa dị tật
- Nghi ngờ nhiễm trùng ối lúc nhập viện
- Đang điều trị với kháng sinh khác
- Bệnh nhân dị ứng với phác đồ kháng sinh dự phòng

2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (1-p)p}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$ (ứng với KTC 95% của phân phối chuẩn)

- d là sai số ước tính, d = 0,05

- n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần có

- p là tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm sau ối vỡ non trên thai non tháng

Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở thai kỳ ối vỡ non trên thai non tháng theo nghiên cứu của Thitiporn Siriyunnabood và cộng sự (2022)¹ với p = 0,24, cỡ mẫu tính được là 281 trường hợp.

2.4. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong giai đoạn từ tháng 01/2023 đến 05/2024. Hồ sơ được trích lục tại phòng lưu trữ bệnh án, dựa trên hệ thống Hsoft.

Tiêu chuẩn đánh giá. Nghi ngờ nhiễm trùng ối (ACOG 2022): Thai phụ có chẩn đoán nghi ngờ nhiễm trùng ối nếu có 1 trong 3 tiêu chí:

- Sốt đơn độc
- Sốt cộng 1 trong 3 tiêu chí (bạch cầu >15 K/ μ L, tim thai >160 lần/phút, chảy dịch giống mủ từ cổ tử cung).

- Không sốt nhưng có các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng liên quan đến nhiễm trùng (tăng bạch cầu, đau đáy tử cung, dịch ối chảy ra từ âm đạo hồi hoặc giống mủ).

Nhiễm trùng sơ sinh sớm (Bộ Y Tế Việt Nam 2015): Là tình trạng nhiễm trùng xảy ra trong 72 giờ đầu sau sinh. Nếu trẻ thuộc 1 trong 3 trường hợp sau đây là trẻ có chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh:

- Trường hợp 1: lâm sàng và cận lâm sàng đều có dấu hiệu nhiễm trùng
- Trường hợp 2: chỉ có lâm sàng có dấu hiệu nhiễm trùng
- Trường hợp 3: lâm sàng nghi ngờ và cận lâm sàng có dấu hiệu nhiễm trùng

Lên thang kháng sinh: Chuyển sang kháng sinh điều trị có phổ kháng khuẩn rộng hơn khi thai phụ ối vỡ non có các dấu hiệu liên quan đến nhiễm trùng như sốt, bạch cầu tăng, đau đáy tử cung, dịch âm đạo giống mủ, có mùi hôi hoặc lý do khác.

Phân tích dữ liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. Hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm, các biến có $p < 0,05$ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để kiểm soát yếu tố gây nhiễu. Kết quả được biểu thị bằng Odds ratio (OR) với khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Hội đồng Khoa học Công Nghệ Bệnh Viện Hùng Vương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối, tỷ lệ lên thang kháng sinh và tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm

3.1.1. Tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối. Tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối trong nghiên cứu là 24,9% (KTC 95%: $24,9 \pm 6,65$). Cụ thể, trong tổng số 281 thai phụ đưa vào nghiên cứu có 70 thai phụ thỏa tiêu chí xác định nghi ngờ nhiễm trùng ối. Trong đó:

- Sốt đơn độc: 1/70 trường hợp, chiếm 1,4%.
- Sốt kèm theo bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L: 6/70 trường hợp, chiếm 8,6%.
- Không sốt nhưng có:
 - Bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L: 60/70 trường hợp, chiếm 85,7%.

- Nước ối hôi khi sinh: 3/70 trường hợp, chiếm 4,3%.

3.1.2. Tỷ lệ lên thang kháng sinh

Bảng 1: Tỷ lệ lên thang kháng sinh

Nhóm	Tần số (n)	Số trường hợp lên thang kháng sinh	Tỷ lệ (%)
Điều trị bảo tồn	281	31	11
Nghi ngờ nhiễm trùng ối	70	21	30
Nuôi cấy dịch ối ở kênh cổ tử cung dương tính	54	12	22,2

Nhận xét: Tỷ lệ cần lên thang kháng sinh trong quá trình điều trị bảo tồn tương đối thấp (11%). Không phải tất cả các trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ối đều có chỉ định lên thang kháng sinh. Sau khi có kết quả nuôi cấy dịch ối cổ tử cung dương tính, chỉ 22,2% có chuyển sang kháng sinh điều trị.

3.1.3. Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm

Bảng 2: Đặc điểm trẻ sơ sinh

Đặc điểm trẻ sơ sinh	Tần số (n=281)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai khi sinh: TV 34,8 (nhỏ nhất 28,5 lớn nhất 40,5)		
28 ≤ Tuổi thai khi sinh < 32	42	14,9
32 ≤ Tuổi thai khi sinh < 34	57	20,3
34 ≤ Tuổi thai khi sinh < 37	98	34,9
Tuổi thai khi sinh ≥ 37	84	29,9
Cân nặng khi sinh: TV 2330 g (1060g-4000g)		
1000 ≤ Cân nặng khi sinh < 1500g	23	8,2
1500 ≤ Cân nặng khi sinh < 2000g	61	21,7
2000 ≤ Cân nặng khi sinh < 2500g	76	27,0
Cân nặng khi sinh ≥ 2500 g	121	43,1
Vào khoa Sơ sinh	142	50,5
Chăm sóc NICU	121	43,1
Nhiễm trùng sơ sinh sớm	46	16,4
Kết cục điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm (n=46)		
Xuất viện	42	91,3
Chuyển viện	2	4,3
Tử vong	2	4,3

Nhận xét: Trong 281 trẻ sơ sinh, có 70,1% trẻ sinh non trước 37 tuần và 43,1% có cân nặng dưới 2500 g. Tỷ lệ trẻ phải vào khoa Sơ sinh là 50,5%, trong đó 43,1% cần chăm sóc tại NICU. Đáng chú ý, có 16,4% trẻ được chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh sớm với tỷ lệ chuyển viện và tỷ lệ tử vong là 4,3%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm. Phân tích đơn biến cho thấy có 10 yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm ($p < 0,05$): thiếu ối và bạch cầu trên 11 K/ μ L

lúc nhập viện; sốt, tim thai trên 160 lần/phút, bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L, CRP trên 19 mg/L và nuôi cấy dịch ối cổ tử cung dương tính trong điều trị bảo tồn; nước ối bất thường khi sinh; tuổi thai khi sinh

dưới 37 tuần và cân nặng sơ sinh dưới 2500 g. Các yếu tố này được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố độc lập thực sự liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm.

Bảng 3: Kết quả phân tích đa biến dùng mô hình hồi quy Logistic

Số thứ tự	Các yếu tố liên quan	B	OR*	KTC*95%	p*
1	Thiếu ối	0,24	1,27	0,53-3,03	0,590
	Đa ối	0,14	1,15	0,31-4,28	0,840
2	11 $\leq$ Bạch cầu $\leq$ 15 K/ μ L (nhập viện)	0,69	1,99	0,77-5,12	0,153
	Bạch cầu trên 15 K/ μ L (nhập viện)	1,67	5,30	1,44-19,52	0,012
3	Sốt (trong điều trị bảo tồn)	2,08	8,03	1,10-58,17	0,039
4	Tim thai > 160 lần/ phút (trong điều trị bảo tồn)	3,04	20,93	0,85-517,16	0,063
5	Bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L (trong điều trị bảo tồn)	0,91	2,49	1,05-5,86	0,037
6	6 $\leq$ CRP $\leq$ 19 mg/L (trong điều trị bảo tồn)	-0,28	0,76	0,31-1,88	0,55
	CRP > 19 mg/L (trong điều trị bảo tồn)	-0,44	0,64	0,16-2,51	0,53
7	Nuôi cấy dịch ối kênh cổ tử cung âm tính	0,58	1,78	0,58-1,42	0,310
	Nuôi cấy dịch ối kênh cổ tử cung dương tính	1,10	3,01	0,90-10,07	0,073
8	Nước ối bất thường khi sinh	0,90	2,47	1,06-5,73	0,035
9	34 $\leq$ Tuổi thai khi sinh < 37	2,13	8,38	0,72-97,17	0,089
	28 $\leq$ Tuổi thai khi sinh < 34	1,55	4,69	0,47-47,13	0,189
10	2000 g $\leq$ Cân nặng khi sinh < 2500 g	1,13	3,11	0,63-15,41	0,160
	1000 g $\leq$ Cân nặng khi sinh < 2000 g	1,79	6,03	1,07-33,96	0,042

B: hệ số hồi quy; OR*: OR hiệu chỉnh; KTC* 95%: KTC 95% hiệu chỉnh; p*: p hiệu chỉnh

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy mô hình phù hợp với dữ liệu (kiểm định Hosmer–Lemeshow, $p = 0,739 > 0,05$) và có khả năng phân biệt tốt giữa nhóm có và không có nhiễm trùng sơ sinh sớm (AUC = 0,862; KTC 95%: 0,81–0,91; $p < 0,0001$). Ngưỡng dự đoán tối ưu xác định tại 0,131 với độ nhạy 78,3% và độ đặc hiệu 73,6%. Mô hình xác định 5 yếu tố liên quan độc lập đến nhiễm trùng sơ sinh sớm gồm: bạch cầu trên 15 K/ μ L lúc nhập viện, sốt (trong điều trị bảo tồn), bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L (trong điều trị bảo tồn), nước ối bất thường khi sinh và cân nặng sơ sinh < 2000 g.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nghi ngờ nhiễm trùng ối là 24,9% cao hơn so với Haiyan Yu² (2015: 17,8%). Sự khác biệt có thể liên quan đến phác đồ kháng sinh dự phòng, đặc điểm của quần thể nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như sự khác biệt trong thực hành lâm sàng. Đáng lưu ý, đa số trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ối trong nghiên cứu của chúng tôi được xác định dựa trên bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L mà không kèm sốt. Theo ACOG 2017, chẩn đoán nghi ngờ nhiễm trùng ối yêu cầu sốt kèm ít nhất một tiêu chí lâm sàng, trong khi bản cập nhật 2022 cho phép chẩn đoán ngay cả khi không có sốt chỉ cần có một yếu tố liên quan đến nhiễm trùng, như bạch cầu tăng. Kết quả này cho thấy tăng bạch cầu đơn thuần là một chỉ dấu quan

trọng, cần được theo dõi sát để phát hiện sớm nhiễm trùng ối trong bối cảnh ối vỡ non. Điều này cũng gợi ý rằng việc lên thang kháng sinh ở các trường hợp bạch cầu tăng đơn thuần là phù hợp và có thể góp phần cải thiện kết cục cho cả mẹ và trẻ sơ sinh.

Tỷ lệ lên thang kháng sinh sau giai đoạn dự phòng trong nghiên cứu là 11%, phản ánh hiệu quả nhất định của phác đồ ban đầu trong việc kiểm soát nhiễm trùng. Tuy nhiên, hiện chưa có hướng dẫn cụ thể về tiêu chuẩn chỉ định kháng sinh điều trị sau kháng sinh dự phòng ối vỡ non, trong khi thực tế lâm sàng thường phức tạp và khó đưa ra quyết định. Tăng bạch cầu đơn thuần là một trong những chỉ dấu được sử dụng để thay đổi phác đồ, song không phải tất cả các trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ối đều được thay đổi, chỉ khoảng một phần ba số ca. Một số sản phụ chưa kịp chỉ định kháng sinh điều trị do đã vào chuyển dạ sinh hoặc có chỉ định chấm dứt thai kỳ, khi đó quyết định sử dụng kháng sinh điều trị được cân nhắc ngay khi sinh tùy theo diễn biến lâm sàng. Ngoài ra, một số trường hợp bạch cầu tăng và trở lại bình thường có thể liên quan đến tác động của corticosteroid hoặc hiệu quả của kháng sinh dự phòng. Việc không thay đổi phác đồ kháng sinh trong các trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ối cần được theo dõi và giám sát chặt chẽ, bởi có nguy cơ bỏ sót các trường hợp cần điều trị nhưng không

được điều trị kịp thời. Nuôi cấy dịch ối cổ tử cung dương tính nhưng không kèm biểu hiện nhiễm trùng cũng là thách thức, do nguy cơ dương tính giả từ tạp nhiễm. Vì vậy, quyết định lên thang kháng sinh cần dựa trên đánh giá toàn diện tình trạng lâm sàng, chỉ số viêm và kết quả vi sinh, đồng thời có sự thống nhất của nhóm chuyên gia, nhằm tối ưu hiệu quả điều trị và hạn chế nguy cơ lạm dụng kháng sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm là 16,4% gần với kết quả của Imane Ben M'Barek³ (2021: 14,5%) nhưng thấp hơn so với Thitiporn Sirivunnabood¹ (2022: 24%). Sự khác biệt có thể do không đồng nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán, tuổi thai và điều kiện chăm sóc sơ sinh tại từng cơ sở y tế. Phần lớn trẻ nhiễm trùng sơ sinh sớm trong nghiên cứu đáp ứng điều trị tốt và được xuất viện (91,3%), tuy nhiên ghi nhận 4,3% chuyển viện và 4,3% tử vong. Kết quả này cho thấy vai trò của quản lý kỹ vọng trong kéo dài thai kỳ, đồng thời đặt ra yêu cầu cần theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị để kịp thời phát hiện, xử trí sớm vấn đề nhiễm trùng cho cả mẹ và trẻ.

Phân tích hồi quy đa biến xác định năm yếu tố độc lập liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm, gồm: bạch cầu trên 15 K/ μ L lúc nhập viện, bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L trong quá trình theo dõi, sốt, nước ối bất thường khi sinh và cân nặng sơ sinh dưới 2000 g. Mô hình có độ nhạy 78,3% và độ đặc hiệu 73,6%.

Bạch cầu trên 15 K/ μ L lúc nhập viện chiếm 9,3% tổng số mẫu và duy trì ý nghĩa trong phân tích đa biến ($OR^* = 5,30$; $KTC^* 95\%: 1,44-19,52$; $p^* = 0,012$). Bạch cầu tăng trên 15 K/ μ L trong quá trình theo dõi tiếp tục cho thấy liên quan với nhiễm trùng sơ sinh sớm ($OR^* = 2,49$; $KTC^* 95\%: 1,05-5,86$; $p^* = 0,037$). Một số nghiên cứu trước đây đưa ra kết quả không nhất quán với nhau, có thể do khác biệt về tuổi thai nghiên cứu và ảnh hưởng của corticosteroid.^{1,4}

Sốt được NICE xem là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng sơ sinh sớm. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy sốt đơn độc ít giá trị dự báo và chỉ đáng tin cậy khi đi kèm bạch cầu tăng hoặc có chẩn đoán nhiễm trùng ối.⁵ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định này khi hầu hết các trường hợp sốt đều kèm bạch cầu tăng, chỉ có một trường hợp sốt đơn độc.

Nước ối bất thường khi sinh cũng là một yếu tố có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($OR^* = 2,47$; $KTC^* 95\%: 1,06-5,73$; $p^* = 0,035$). Nhiều nghiên cứu ghi nhận nước ối nhuộm phân su liên quan đến gia tăng nguy cơ ngạt sơ sinh, nhiễm trùng huyết và nhu cầu hồi

sức sơ sinh.⁶

Cân nặng sơ sinh dưới 2000 g làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh sớm lên 6,03 lần ($KTC^* 95\%: 1,07-33,96$; $p^* = 0,042$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu, cho thấy cân nặng thấp là yếu tố dự báo quan trọng, đặc biệt ở trẻ sinh non.⁷

Nuôi cấy dịch ối cổ tử cung dương tính có liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm trong phân tích đơn biến nhưng không còn ý nghĩa trong đa biến ($p = 0,073$). Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc do nguy cơ tạp nhiễm từ đường sinh dục dưới. Vì vậy, nuôi cấy dịch ối kênh cổ tử cung nên được xem như yếu tố hỗ trợ, chưa đủ độ tin cậy để dự báo độc lập.⁸

Năm yếu tố trên là các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng phổ biến, dễ áp dụng trong thực hành. Việc theo dõi số lượng bạch cầu, tình trạng sốt, nước ối khi sinh và cân nặng sơ sinh, kết hợp kết quả vi sinh có ý nghĩa quan trọng trong dự báo nhiễm trùng sơ sinh sớm, hỗ trợ quyết định điều trị kháng sinh kịp thời và cải thiện kết cục cho trẻ trong bối cảnh ối vỡ non.

V. KẾT LUẬN

Tăng bạch cầu đơn thuần là dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối thường gặp sau ối vỡ non và là yếu tố dự báo độc lập của nhiễm trùng sơ sinh sớm. Việc theo dõi và chỉ định lên thang kháng sinh hợp lý sau giai đoạn dự phòng có thể cải thiện kết cục cho mẹ và trẻ đồng thời nâng cao hiệu quả quản lý sử dụng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sirivunnabood T, Wanitpongpan P, Yapan P.** Incidence and risk factors of neonatal sepsis in preterm premature rupture of membranes before 34 weeks of gestation. *Siriraj Med J.* 2022;74(3):169-77. doi:10.33192/Smj.2022.21.
2. **Yu H, Wang X, Gao H, You Y, Xing A.** Perinatal outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes before 34 weeks of gestation in a tertiary center in China: a retrospective review. *Biosci Trends.* 2015;9(1):35-41. doi:10.5582/bst.2014.01058.
3. **Ben M'Barek I, Landraud L, Desfrere L, et al.** Contribution of vaginal culture to predict early onset neonatal infection in preterm prelabor rupture of membranes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;261:78-84. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.04.016.
4. **Rewatkar M, Jain S, Jain M, Mohod K.** C-reactive protein and white blood cell count as predictors of maternal and neonatal infections in prelabour rupture of membranes between 34 and 41 weeks of gestation. *J Obstet Gynaecol.* 2018; 38(5): 622-8. doi:10.1080/01443615.2017.1398221.
5. **An H, Zheng W, Zhu Q, Chai Y.** A retrospective study of risk factors for early-onset neonatal sepsis with intrapartum maternal fever. *PeerJ.*

- 2022;10:e13834. doi:10.7717/peerj.13834.
6. **Tolu LB, Birara M, Teshome T, Feyissa GT.** Perinatal outcome of meconium stained amniotic fluid among labouring mothers at a teaching referral hospital in urban Ethiopia. PLoS One. 2020; 15(11): e0242025. doi:10.1371/journal.pone.0242025.
 7. **Belachew A, Tewabe T.** Neonatal sepsis and its association with birth weight and gestational age among admitted neonates in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr. 2020; 20:55. doi:10.1186/s12887-020-1949-x.
 8. **Wang Z, Xiu X, Zhong L, et al.** Significance of cervical secretion culture in predicting maternal and fetal outcome in pregnant women with premature rupture of membranes: a retrospective cohort study. Front Pharmacol. 2024;15:1328107. doi:10.3389/fphar.2024.1328107.

ĐÁNH GIÁ NỐT PHỔI DẠNG KÉN THEO LUNG-RADS 2022: BÁO CÁO CA BỆNH SINH THIẾT XUYỀN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Văn Ngân^{1,2}, Mai Mạnh Tam², Đặng Thành Đô^{1,2},
Chu Thị Hạnh², Vũ Văn Giáp¹, Phùng Thị Thơm²

TÓM TẮT

Nốt phổi dạng kén là một dạng tổn thương hiếm gặp, có hình ảnh học phức tạp và dễ nhầm lẫn giữa các bệnh lý lành tính và ác tính. Lung-RADS 2022 đã cập nhật tiêu chí đánh giá và phân loại các tổn thương dạng kén, giúp chuẩn hóa quy trình theo dõi và chẩn đoán sớm ung thư phổi. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 73 tuổi, phát hiện nốt mỡ dạng kén ở phổi qua chụp cắt lớp vi tính tầm soát. Nốt được phân loại theo Lung-RADS 2022 ban đầu là 4A và theo dõi bằng LDCT sau 3 tháng theo đúng hướng dẫn. Kết quả nốt không thay đổi và được phân loại lại Lung-RADS 3. Người bệnh được tư vấn tiếp tục theo dõi bằng LDCT sau 6 tháng nhưng lựa chọn sinh thiết chẩn đoán do lo lắng nhiều. Kết quả mô bệnh học sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT là adenocarcinoma thể lepidic. Ca lâm sàng minh họa áp dụng Lung-RADS 2022 trong đánh giá nốt dạng kén và vai trò của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT. Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT cho thấy độ chính xác cao, đồng thời hỗ trợ quyết định điều trị sớm. Kết hợp phân loại Lung-RADS 2022 với kỹ thuật sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và cá thể hóa điều trị đối với nốt mỡ phổi dạng kén. Mặc dù ca lâm sàng quản lý ban đầu theo Lung-RADS 2022, nhưng ở giai đoạn sàng lọc sâu đã quyết định sinh thiết sớm không theo hướng dẫn và chẩn đoán ung thư phổi giai đoạn sớm. Tuân thủ các hướng dẫn chuẩn đoán giúp hạn chế những can thiệp không cần thiết, tuy nhiên cần cá thể hóa dựa trên từng trường hợp cụ thể, đảm bảo không bỏ sót chẩn đoán ở giai đoạn sớm. **Từ khóa:** Nốt phổi dạng kén, Lung-RADS 2022; Sinh thiết xuyên thành ngực, CLVT

SUMMARY

EVALUATION OF A CYST-LIKE PULMONARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ngân

Email: nguyenvangan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

NODULE ACCORDING TO

LUNG-RADS 2022: A CASE REPORT OF CT-GUIDED TRANSTHORACIC BIOPSY

Cystic pulmonary nodules are rare lesions with complex imaging features that may be confused with both benign and malignant conditions. Lung-RADS 2022 has updated the evaluation and classification criteria for cystic lesions, standardizing follow-up protocols and facilitating early lung cancer detection. We report a case of a female patient, 73 years old, in whom a cystic pulmonary nodule was detected during CT-based lung cancer screening. The lesion was initially categorized as Lung-RADS 4A and monitored with LDCT after 3 months according to guideline recommendations. As the nodule remained unchanged, it was subsequently reclassified as Lung-RADS 3. Although the patient was advised to continue LDCT surveillance at 6 months, she opted for a diagnostic biopsy due to significant anxiety. CT-guided transthoracic needle biopsy revealed lepidic-predominant adenocarcinoma. This case highlights the application of Lung-RADS 2022 in the assessment of cystic lung nodules and demonstrates the role of CT-guided transthoracic biopsy. The procedure provided high diagnostic accuracy and enabled early treatment decisions. The integration of Lung-RADS 2022 classification with CT-guided transthoracic biopsy improves diagnostic effectiveness and supports individualized management of cystic pulmonary nodules. Although the initial management adhered to Lung-RADS 2022 recommendations, an early biopsy performed during follow-up led to the diagnosis of early-stage lung cancer. Adherence to standardized guidelines helps minimize unnecessary interventions but clinical management should be individualized to avoid missing cancers at an early stage.

Keywords: Cystic pulmonary nodules, Lung-RADS 2022, Transthoracic biopsy, CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, trong đó chẩn đoán sớm đóng vai trò then chốt nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Tầm soát bằng