

- characteristics and endoscopic treatment of hematospermia with postcoital hematuria. BMC Urol. 2020;20:78. doi:10.1186/s12894-020-00646-x
3. **Trịnh Kiên Cường, Nguyễn Quang.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị chảy máu do giãn tĩnh mạch niệu đạo. Published online 2021.
 4. **Saito S.** Posterior urethral hemangioma: one of the unknown causes of hematuria and/or hematospermia. Urology. 2008;71(1):168.e11-14. doi:10.1016/j.urology.2007.09.058
 5. **Regragui S, Slaoui A, Karmouni T, El Khader K, Koutani A, Attia Al.** Urethral hemangioma: case report and review of the literature. Pan Afr Med J. 2016;23:96. doi:10.11604/pamj.2016.23.96.8700
 6. **Kurt A. McCammon, e.a.** Surgery of the Penis and Urethra. In: Campbell-Walsh Urology. Vol 4. ; 2016:909-945.
 7. **Masood A, Hussain I, Khan U ullah, Masood Y, Umair M, Rehman OF.** Hemangioma of penile urethra - Treatment with intralesional triamcinolone. Urol Case Rep. 2020;35:101494. doi:10.1016/j.eucr.2020.101494
 8. **Yong F, Juan L, Jinhuan W, et al.** Urethral cavernous hemangioma: a highly misdiagnosed disease (a case report of two patients and literature review). BMC Urol. 2019;19:13. doi:10.1186/s12894-019-0441-0
 9. **De León JP, Arce J, Gausa L, Villavicencio H.** Hemangioma of the prostatic urethra: holmium laser treatment. Urol Int. 2008;80(1):108-110. doi:10.1159/000111741
 10. **O Y.** Use of Laser in the Treatment of Urethral Hemangioma. Glob J Reprod Med. 2018;3(4). doi:10.19080/

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOẠN SẢN PHẾ QUẢN PHỔI TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Thu Hằng¹, Lê Thị Hồng Hanh¹, Nguyễn Đăng Quyết¹,
Hoàng Phương Thanh¹, Bùi Thị Thúy Nhung¹, Nguyễn Phi Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Loạn sản phế quản phổi (LSPQP) là bệnh phổi mạn tính thường gặp ở trẻ sinh non, hậu quả của sự kết hợp giữa tình trạng phổi chưa trưởng thành và các yếu tố tổn thương sau sinh như thở máy, thở oxy kéo dài và viêm. Tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung Ương, nơi tuyến cuối để điều trị các bệnh lý hô hấp phức tạp ở trẻ em, bệnh lý LSPQP vẫn là 1 gánh nặng không hề nhỏ. Tỷ lệ nhập viện, tái nhập viện cao với các tình trạng nặng cần can thiệp và hỗ trợ về hô hấp cũng như đòi hỏi các chăm sóc toàn diện đối với trẻ đẻ non là những thách thức lớn với các bác sĩ hô hấp. Mục đích của nghiên cứu này là "Mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị bệnh loạn sản phế quản phổi tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2025".

Phương pháp: Chúng tôi nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhân được chẩn đoán LSPQP điều trị tại Trung tâm Hô hấp năm 2025.

Kết quả: Trong 117 trẻ, tỷ lệ nam chiếm 61,54%. Một

số đặc điểm về tiền sử sơ sinh: tuổi thai trung bình 28,56 ± 2,5 tuần, cân nặng khi sinh trung bình 1068,59 ± 358,11 gam. Thời gian thở máy sau sinh trung bình 27,62 ngày và thở oxy 39,69 ngày. LSPQP mức độ nhẹ chiếm 37,61%, trung bình 52,14% và nặng 10,26%. Thời gian nằm viện có trung vị là 32 ngày (IQR: 18–56), dao động từ 7–120 ngày. Thời gian thở oxy có trung vị là 25 ngày (khoảng tứ phân vị: 15–42 ngày), dao động từ 5–90 ngày, tỷ lệ phải thở máy không xâm nhập là 32,5% với số ngày dùng máy thở có trung vị là 10 ngày (IQR: 5–18), dao động từ 1–45 ngày, tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển hồi sức cần đến can thiệp thở máy xâm nhập là 23,1%. Tăng áp động mạch phổi gặp ở 67,52% trường hợp. Kết quả điều trị ổn định bệnh đỡ giảm là từ vong 0,87%.

Từ khóa: Loạn sản phế quản phổi, trẻ sinh non, tăng áp động mạch phổi.

SUMMARY

SOME EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF BRONCHOPULMONARY DYSFUNCTION AT THE RESPIRATORY CENTER OF THE NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL IN 2025

Objectives: Bronchopulmonary dysplasia (BPD) is a common chronic lung disease in preterm infants, resulting from the combination of immature lung development and postnatal lung injuries such as mechanical ventilation, prolonged oxygen therapy, and inflammation. At the

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Tác giả chính: Hoàng Thị Thu Hằng
Email: hoangthuhangnhp@gmail.com

Mã bài: N768

Ngày nhận bài: 3/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 10/5/2026

Respiratory Center of the Vietnam National Children's Hospital, a national tertiary referral center for the management of complex pediatric respiratory diseases, BPD remains a considerable healthcare burden. High rates of hospitalization and rehospitalization, severe respiratory conditions requiring intensive respiratory support, and the need for comprehensive long-term care in premature infants continue to pose major challenges for pediatric pulmonologists. This study aimed to "Describe several epidemiological and clinical characteristics, as well as treatment outcomes, of bronchopulmonary dysplasia at the Respiratory Center of Vietnam National Children's Hospital in 2025."

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 117 patients diagnosed with BPD and treated at the Respiratory Center in 2025.

Results: Among the 117 patients, males accounted for 61.54%. Regarding neonatal history, the mean gestational age was 28.56 ± 2.5 weeks and the mean birth weight was 1068.59 ± 358.11 grams. The mean duration of postnatal mechanical ventilation was 27.62 days, while the mean duration of oxygen therapy was 39.69 days. Mild BPD accounted for 37.61% of cases, moderate BPD for 52.14%, and severe BPD for 10.26%. The hospitalization rate associated with respiratory syncytial virus (RSV) infection was 47.1%. The median length of hospital stay was 32 days (IQR: 18–56), ranging from 7 to 120 days. The median duration of oxygen therapy was 25 days (IQR: 15–42), ranging from 5 to 90 days. The rate of non-invasive ventilation use was 32.5%, with a median ventilation duration of 10 days (IQR: 5–18), ranging from 1 to 45 days. The proportion of patients requiring transfer to the intensive care unit for invasive mechanical ventilation was 23.1%. Pulmonary hypertension was identified in 67.52% of cases. Treatment outcomes showed clinical stabilization and improvement in the majority of patients, while the mortality rate was 0.87%.

Keywords: bronchopulmonary dysplasia, preterm infants, pulmonary hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn sản phế quản phổi (LSPQP) là một trong những bệnh lý mạn tính thường gặp ở trẻ sinh non. Sự phát triển của hệ hô hấp sơ sinh đã làm tăng tỷ lệ sống của trẻ sinh non, tuy nhiên kéo theo đó là gia tăng tỷ lệ LSPQP và các biến chứng lâu dài. Bệnh không chỉ ảnh hưởng đến chức năng hô hấp mà còn liên quan đến nhiều hậu quả như chậm phát triển thể chất, thần kinh và tăng nguy cơ mắc tăng áp động mạch phổi (TADMP). Việc hiểu rõ đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị có ý nghĩa quan trọng trong quản lý và tiên lượng bệnh.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về LSPQP còn hạn chế, trong khi đó việc quản lý nội trú bệnh nhân tại các trung tâm hô hấp còn gặp nhiều thách thức do thiếu dữ liệu đặc thù. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm

sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân loạn sản phế quản phổi, góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho việc tối ưu hóa quản lý và điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 117 trẻ được chẩn đoán LSPQP nhập viện điều trị tại Trung tâm Hô hấp trong năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ được chẩn đoán LSPQP theo tiêu chuẩn NICHD 2019¹: Trẻ sinh non còn cần bất kỳ hình thức hỗ trợ hô hấp nào tại 36 tuần tuổi thai hiệu chỉnh sẽ được chẩn đoán là LSPQP, và phân loại các mức độ:

LSPQP nhẹ (độ 1):

Thở oxy qua Cannula mũi $\leq 2\text{L/phút}$

LSPQP trung bình (độ 2):

Thở oxy qua Cannula mũi $> 2\text{L/ph}$ hoặc các hình thức hỗ trợ thở máy không xâm nhập.

LSPQP nặng (độ 3):

Cần thở máy xâm lấn

Nhập viện tại Trung tâm Hô hấp trong thời gian từ tháng 1/2025-12/2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ có bệnh phổi bẩm sinh khác hoặc bệnh lý nặng ảnh hưởng đến sự phát triển.

Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025

Địa điểm: Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán LSPQP nhập viện từ 01/2025 tới 12/2025 điều trị tại Trung tâm Hô hấp – BV Nhi Trung ương.

2.2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2025, chúng tôi có 117 bệnh nhân được chẩn đoán là loạn sản phế quản phổi nhập viện chiếm tỷ lệ 1,9% trong tổng số nhập viện nội trú. Trong số đó, trẻ nam chiếm đa số (61,54%), tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1.

Bảng 3.1: Một số đặc điểm tiền sử sinh non

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Tuổi thai (tuần)	28,56 $\pm$ 2,50
Cân nặng khi sinh (gram)	1068,59 $\pm$ 358,11
Thời gian thở máy sau sinh (ngày)	27,62 $\pm$ 24,91
Thời gian thở oxy sau sinh (ngày)	39,69 $\pm$ 28,82

Nhận xét: Các trẻ LSPQP trong nghiên cứu chủ yếu sinh non rất sớm, với tuổi thai trung bình 28,56 tuần và cân nặng khi sinh 1068,59 g. Thời gian hỗ trợ hô hấp kéo dài, với thời gian thở máy trung bình 27,62 ngày và thở oxy 39,69 ngày.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm sản phụ

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sinh		
Sinh thường	71	60,68
Sinh phẫu thuật	46	39,32
Tiền sử sản phụ		
Đã từng sinh non	18	20,93
Dùng corticoid trước sinh	26	22,22
Thiếu ối	7	5,98
Viêm màng ối	11	9,4
	Trung vị	p25-p75
Tuổi của mẹ lúc mang thai (đơn vị: năm)	30	25 - 32

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sinh thường cao hơn sinh phẫu thuật (60,68% so với 39,32%). Tỷ lệ mẹ có tiền sử sinh non là 20,93%, sử dụng corticoid trước sinh là 22,22%; thiếu ối và viêm màng ối lần lượt gặp ở 5,98% và 9,4% trường hợp, tuổi mẹ trung vị là 30 tuổi (25–32 tuổi).

Bảng 3.3. Mức độ LSPQP và TAĐMP

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng loạn sản phế quản phổi		
Nhẹ	44	37,6
Trung bình	31	26,5
Nặng	42	35,9
Tình trạng tăng áp động mạch phổi		
Không	38	32,48
Nhẹ	25	21,37
Trung bình	46	39,32
Nặng	8	6,84
Điều trị tăng áp phổi	68	58,12

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mắc LSPQP nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 37,6%, 26,55, 35,9%.

Đối với TAĐMP, mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (39,32%), tiếp theo là không có tăng áp phổi (32,48%), mức độ nhẹ chiếm 21,37% và nặng chiếm 6,84%. Trong đó có 58,12% trẻ được điều trị tăng áp phổi.

Bảng 3.4. Thời gian cần hỗ trợ hô hấp trong đợt nằm viện và thời gian nằm viện

Đặc điểm	Trung vị (IQR)	Min – Max
Thời gian nằm viện (ngày)	32 (18–56)	7–120
Thời gian thở oxy (ngày)	25 (15–42)	5–90
Thời gian thở máy không xâm nhập (ngày)	10 (5–18)	1–45

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung vị là 32 ngày và dao động trong 1 khoảng lớn từ 7–120 ngày.

Thời gian thở oxy trung vị là 25 ngày, và dao động từ 15–42 ngày.

Thời gian thở máy không xâm nhập trung vị là 10 ngày, dao động từ 1–45 ngày

Bảng 3.5. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ổn định ra viện	50	42,7
Phải chuyển khoa Điều trị tích cực	27	23,1
Tử vong	2	2,6
Thở oxy tại nhà	12	10,3

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ổn định ra viện (42,7%), trong khi 23,1% trường hợp phải chuyển khoa điều trị tích cực, tỷ lệ cần thở oxy tại nhà là 10,3% và tỷ lệ tử vong là 2,6%.

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm tiền sử cho thấy phần lớn bệnh nhân là trẻ sinh cực non với tuổi thai thấp và cân nặng sơ sinh rất thấp. Đây là nhóm bệnh nhân mà trên thực tế trung tâm hô hấp thường xuyên tiếp nhận và quản lý. Trên thế giới, các nghiên cứu đa trung tâm cũng cho thấy LSPQP chủ yếu gặp ở trẻ cực non và rất nhẹ cân. Trong mạng lưới NICU Neocosur với hơn 16.000 trẻ, đối tượng nghiên cứu chủ yếu có cân nặng từ 500–1500 gam, và tuổi thai thấp là yếu tố quan trọng nhất liên quan đến loạn sản phế quản phổi¹. Tương tự, nhiều nghiên cứu hiện đại đều xác định LSPQP là bệnh lý đặc trưng của nhóm trẻ <28 tuần tuổi thai hoặc <1500 g¹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sinh

thường chiếm ưu thế (60,68%), tuy nhiên tỷ lệ sinh phẫu thuật vẫn ở mức tương đối cao (39,32%), phản ánh đặc điểm của nhóm thai kỳ có nguy cơ, nơi chỉ định can thiệp sản khoa không hiếm gặp. Kết quả này tương đồng với xu hướng ghi nhận ở các quần thể trẻ sinh non, khi các yếu tố như suy thai, tiền sản giật hoặc biến chứng thai kỳ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai¹. Về tiền sử sản phụ, tỷ lệ đã từng sinh non (20,93%) và sử dụng corticoid trước sinh (22,22%) cho thấy một phần đáng kể các trường hợp đã được nhận diện nguy cơ từ trước sinh. Đặc biệt, việc sử dụng corticoid trước sinh phản ánh thực hành sản khoa nhằm cải thiện trưởng thành phổi thai nhi, tuy nhiên tỷ lệ này chưa cao, gợi ý khả năng vẫn còn một số trường hợp chưa được can thiệp đầy đủ hoặc chuyển viện muộn. Theo khuyến cáo của American College of Obstetricians and Gynecologists, corticoid trước sinh nên được sử dụng rộng rãi ở các thai kỳ có nguy cơ sinh non nhằm giảm biến chứng hô hấp sau sinh¹.

Các yếu tố khác như thiếu ối (5,98%) và viêm màng ối (9,4%) cho thấy tỷ lệ các biến chứng nhiễm trùng hoặc bất thường nước ối trong nhóm nghiên cứu không cao. Chúng tôi thu thập thông tin qua lời khai của mẹ bệnh nhân và sổ y bạ theo dõi sản khoa, tuy nhiên có nhiều trường hợp không giữ đầy đủ hồ sơ và không còn nhớ rõ chính xác tiền sử lúc mang thai. Do đó tỷ lệ này có thể thấp hơn thực tế. Tuổi mẹ trung vị là 30 (khoảng tứ phân vị 25–32) cho thấy phần lớn sản phụ nằm trong độ tuổi sinh đẻ điển hình, không phải nhóm nguy cơ cao về tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loạn sản phế quản phổi (LSPQP) mức độ nặng chiếm 35,9%, cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ tổn thương phổi đáng kể và nguy cơ biến chứng cao. Đặc biệt, tăng áp động mạch phổi (TADMP) gặp ở 67,5% bệnh nhân, trong đó chủ yếu là mức độ trung bình (39,32%). Tỷ lệ này cao hơn nhiều báo cáo quốc tế, có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm trẻ LSPQP nặng hoặc phụ thuộc oxy kéo dài được chuyển đến từ các tuyến trước.

Nhiều nghiên cứu cho thấy TADMP là biến chứng thường gặp và tiên lượng nặng ở trẻ LSPQP. Một phân tích gộp của Al-Ghanem và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ TADMP ở trẻ LSPQP mức độ trung bình – nặng khoảng 24%, đồng thời làm tăng nguy cơ tử vong hơn 5 lần so với nhóm không có TADMP⁶. Nghiên cứu của Chen và cộng sự năm 2021 cho thấy tỷ lệ dao động từ 17–43% tùy mức độ LSPQP và tiêu chuẩn chẩn đoán⁷. Tỷ lệ TADMP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số các nghiên cứu trên thế giới, sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên

cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm bệnh nhân nặng, phụ thuộc oxy kéo dài và điều trị tại trung tâm hồi sức tuyến cuối nên nguy cơ tổn thương mạch máu phổi cao hơn. Trong nhóm TADMP, có tới 58,12% bệnh nhân cần điều trị thuốc TADMP, phản ánh gánh nặng điều trị đáng kể và cho thấy sự cần thiết của việc tầm soát, theo dõi tim phổi định kỳ ở trẻ LSPQP, đặc biệt ở nhóm bệnh nặng.

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân khá kéo dài ($43,5 \pm 24,7$ ngày), phản ánh đặc điểm bệnh lý mạn tính và diễn biến phức tạp của nhóm trẻ LSPQP. Đây không phải là những đợt điều trị ngắn hạn mà thường là quá trình theo dõi và can thiệp liên tục. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Morrow và cộng sự trên 660 trẻ LSPQP, cho thấy nhóm bệnh nhân này thường có thời gian nằm viện kéo dài do nhu cầu hỗ trợ hô hấp, dinh dưỡng và điều trị các biến chứng phối hợp⁸. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hye Mi Lee trên nhóm trẻ LSPQP tại Hàn Quốc, cho thấy trẻ mắc LSPQP mức độ nặng có thời gian nằm viện kéo dài đáng kể so với nhóm không LSPQP hoặc LSPQP nhẹ. Điều này phản ánh gánh nặng điều trị và nhu cầu chăm sóc chuyên sâu kéo dài ở nhóm bệnh nhân LSPQP⁹.

Trong quá trình điều trị tại khoa hô hấp, chỉ một phần bệnh nhân cần thở máy nhưng thời gian hỗ trợ có độ biến thiên lớn ($21,4 \pm 32,6$ ngày), cho thấy mức độ suy hô hấp giữa các trường hợp rất không đồng nhất. Các nghiên cứu về LSPQP nặng cũng ghi nhận nhiều trẻ cần hỗ trợ hô hấp xâm nhập kéo dài trong giai đoạn bệnh mạn tính, đặc biệt ở nhóm có tổn thương phổi nặng và phụ thuộc oxy kéo dài⁷.

Thời gian thở oxy trung bình của toàn bộ bệnh nhân là $25,8 \pm 11,9$ ngày, dài hơn và ít biến thiên hơn so với thời gian thở máy, phản ánh tình trạng phụ thuộc oxy kéo dài đặc trưng của bệnh phổi mạn tính. Thời gian nằm viện trung vị là 32 ngày, cho thấy nhóm bệnh nhân này thường phải điều trị nội trú kéo dài. Tỷ lệ bệnh nhân ổn định ra viện đạt 42,7%; phần lớn trẻ đã được chẩn đoán LSPQP trước đó và nhập viện do suy hô hấp, nhiễm trùng hô hấp hoặc tăng nhu cầu oxy nên khả năng hồi phục hoàn toàn trong thời gian ngắn còn hạn chế.

Tỷ lệ phải chuyển khoa Điều trị tích cực là 23,1%, cho thấy gần một phần tư bệnh nhân có diễn tiến nặng cần hỗ trợ hồi sức chuyên sâu. Điều này phản ánh đặc điểm sinh lý bệnh của trẻ LSPQP hậu sơ sinh: phổi còn tổn thương mạn tính, giảm dự trữ hô hấp, dễ mất bù khi có nhiễm trùng hô hấp hoặc tăng áp động mạch phổi kèm theo. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Erik A. Jensen cho thấy trẻ LSPQP mức độ trung bình và nặng có nguy cơ tái

nhập viện hồi sức và cần hỗ trợ hô hấp tích cực cao hơn đáng kể trong những năm đầu đời¹. Đáng chú ý, có 10,3% bệnh nhân cần thở oxy tại nhà sau xuất viện, phản ánh tình trạng phụ thuộc oxy kéo dài tại nhà ở nhóm trẻ LSPQP.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 117 trẻ loạn sản phế quản phổi điều trị tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2025 cho thấy phần lớn bệnh nhân là trẻ sinh cực non, cân nặng sơ sinh rất thấp và cần hỗ trợ hô hấp kéo dài. Tỷ lệ tăng áp động mạch phổi và nhu cầu điều trị tăng áp phổi khá cao, phản ánh mức độ nặng và nguy cơ biến chứng tim phổi ở nhóm bệnh nhân này. Thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ chuyển điều trị tích cực và phụ thuộc oxy sau xuất viện vẫn còn đáng kể. Kết quả nghiên cứu cho thấy loạn sản phế quản phổi vẫn là gánh nặng điều trị lớn, cần được theo dõi và quản lý lâu dài, đặc biệt ở nhóm bệnh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jensen EA, Dysart K, Gantz MG, McDonald S, Bamat NA, Keszler M, et al. The diagnosis of bronchopulmonary dysplasia in very preterm infants. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(6):751–759.
2. Valenzuela-Stutman, D., Marshall, G., Tapia, J.L. et al. Bronchopulmonary dysplasia: risk prediction models for very-low- birth-weight infants. *J Perinatol* 39, 1275–1281 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0430-x>

3. Gad, A., Mesilhy, R., Maveli, T. et al. Outcomes of extremely preterm infants with bronchopulmonary dysplasia: a retrospective cohort study. *Sci Rep* 15, 26651 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-12066-8>
4. Thanh, B.Y.L., Lumbiganon, P., Pattanittum, P. et al. Mode of delivery and pregnancy outcomes in preterm birth: a secondary analysis of the WHO Global and Multi-country Surveys. *Sci Rep* 9, 15556 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52015-w>
5. ACOG Committee Opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation
6. Al-Ghanem, G., Shah, P., Thomas, S. et al. Bronchopulmonary dysplasia and pulmonary hypertension: a meta-analysis. *J Perinatol* 37, 414–419 (2017). <https://doi.org/10.1038/jp.2016.250>
7. Chen Y, Zhang D, Li Y, Yan A, Wang X, Hu X, Shi H, Du Y, Zhang W. Risk Factors and Outcomes of Pulmonary Hypertension in Infants With Bronchopulmonary Dysplasia: A Meta-Analysis. *Front Pediatr*. 2021 Jun 25;9:695610. doi: 10.3389/fped.2021.695610. PMID: 34249820; PMCID: PMC8267150
8. Morrow, C.B., McGrath-Morrow, S.A. & Collaco, J.M. Predictors of length of stay for initial hospitalization in infants with bronchopulmonary dysplasia. *J Perinatol* 38, 1258–1265 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0142-7>
9. Lee HM, Shin J, Kim SY, Kim SY. Factors affecting length of stay according to bronchopulmonary dysplasia severity: a nationwide cohort study in Korea. *World J Pediatr*. 2024 May;20(5):470-480. doi: 10.1007/s12519-023-00794-8. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38356035; PMCID: PMC11136859.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NÂNG MŨI THẨM MỸ CÓ SỬ DỤNG SỤN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Tấn Hùng¹, Lê Minh Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thẩm mỹ, mức độ hài lòng và biến chứng sau phẫu thuật nâng mũi có sử dụng sụn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca, kết hợp hồi cứu và tiền cứu, theo dõi 52 người bệnh được phẫu thuật tại Khoa Quốc tế, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2025. Kết quả được đánh

giá bằng thang điểm Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE), mức độ hài lòng, phân loại thẩm mỹ và biến chứng đến 6 tháng.

Kết quả: Tuổi trung bình là $28,3 \pm 6,5$; nữ chiếm 90,4%. Mổ mở được thực hiện ở 84,6%; vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân chiếm 67,3%. Điểm ROE tăng từ $33,8 \pm 10,7$ trước mổ lên $78,4 \pm 11,6$ sau 6 tháng ($p < 0,001$). Tại 6 tháng, 86,5% đạt kết quả tốt, 96,2% đạt kết quả tốt hoặc khá; 5,8% còn biến chứng hoặc di chứng và 3,8% cần can thiệp chỉnh sửa.

Kết luận: Phẫu thuật nâng mũi có sử dụng sụn cải thiện rõ kết quả tự đánh giá và đạt tỷ lệ hài lòng cao. Phần lớn biến chứng sớm giảm theo thời gian; cần tiếp tục theo dõi các bất thường hình thể và biến chứng liên quan vật liệu.

Từ khóa: Nâng mũi, sụn, hài lòng người bệnh, biến chứng sau phẫu thuật.

¹Trường Y Dược – Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Quân y 175

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Tấn Hùng

Email: bsletanhung@gmail.com

Mã bài: N769

Ngày nhận bài: 1/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 1/4/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026