# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIANG MAI BẨM SINH Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

**Nguyễn Thùy Ngân[1], Trần Hữu Đạt[2*], Lê Thị Hà[2], Nguyễn Thị Thu Thái[1]**
*[1]Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên*
*[2]Bệnh viện Nhi Trung ương*

**TÓM TẮT**

***Mục tiêu:*** *Đánh giá kết quả điều trị giang mai bẩm sinh ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Sơ sinh-Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2022-2026.*

***Phương pháp:*** *Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 61 bệnh nhi được chẩn đoán mắc giang mai bẩm sinh tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2026.*

***Kết quả:*** *Trong 61 trẻ, tỷ lệ tử vong chiếm 6,6%; 49,2% trẻ cần điều trị thở máy và 23,0% cần điều trị với thuốc vận mạch. Sau điều trị, các biểu hiện lâm sàng, số lượng bạch cầu, tiểu cầu và CRP cải thiện rõ rệt. Tuy nhiên, 58,5% trẻ tại thời điểm ra viện còn tổn thương cơ quan, đặc biệt là tổn thương gan (52,8%).*

***Kết luận:*** *Ở trẻ sơ sinh mắc giang giang mai bẩm sinh, điều trị với Penicillin giúp cải thiện rõ rệt các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng. Tuy nhiên, bệnh gây gánh nặng hồi sức cao và tình trạng tổn thương cơ quan còn tồn tại khi xuất viện. Cần tăng cường sàng lọc trước sinh để điều trị kịp thời và xây dựng kế hoạch theo dõi đa chuyên khoa dài hạn sau xuất viện cho nhóm trẻ có tổn thương cơ quan.*

***Từ khóa:*** *Giang mai bẩm sinh, nhiễm khuẩn, trẻ sơ sinh.*

## TREATMENT OUTCOMES OF CONGENITAL SYPHILIS IN NEONATES AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Nguyen Thuy Ngan[1], Tran Huu Dat[2*], Le Thi Ha[2], Nguyen Thi Thu Thai[1]**
*[1]Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy*
*[2]Vietnam National Children's Hospital*

**Objective:** To assess the treatment outcomes of congenital syphilis in neonates at the VietNam National Children's Hospital.

**Methods:** A case-series study was conducted on 61 infants with proven or highly probable congenital syphilis admitted to the Neonatal Center, Vietnam National Children's Hospital, from January 1, 2022, to July 30, 2026.

**Results:** Among the 61 infants, the mortality rate was 6.6%; 49.2% of infants required mechanical ventilation and 23.0% required vasopressor support. Clinical manifestations, white blood cell and platelet counts, and CRP levels improved after treatment. At discharge, 58.5% of infants had at least one persistent organ injury, with liver injury being the most common (52.8%).

**Conclusion:** Penicillin therapy significantly improves clinical and laboratory outcomes in neonates with congenital syphilis. However, the disease imposes a substantial critical care

*Nhận bài: 09-9-2026; Phản biện: 21-9-2026; Chấp nhận: 20-10-2026*
*Người chịu trách nhiệm: Trần Hữu Đạt*
*Email: dattran.med@nch.gov.vn*
*Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương*

burden, with persistent organ involvement frequently observed at discharge. Enhanced prenatal screening for early treatment and multidisciplinary post-discharge follow-up for affected infants are warranted.

**Key words:** Congenital syphilis, infection, neonates.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giang mai bẩm sinh (GMBS) là bệnh lý nhiễm trùng lây truyền chủ yếu từ mẹ sang thai nhi trong thời kỳ mang thai do xoắn khuẩn Treponema pallidum gây ra. Mặc dù đây là căn bệnh có thể phòng ngừa, điều trị hiệu quả nếu phát hiện sớm và quản lý đúng đắn ở phụ nữ có thai, GMBS vẫn tiếp tục là một vấn đề y tế cộng đồng nghiêm trọng trên toàn thế giới. Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2022 ước tính có khoảng 700.000 trẻ mắc GMBS, tương ứng 523 trường hợp trên 100.000 trẻ sống và nhiễm giang mai ở mẹ liên quan đến khoảng 390.000 kết cục thai kỳ bất lợi [1,2]. Tại Hoa Kỳ, số ca mắc GMBS được báo cáo tăng gần 10 lần, từ 334 trường hợp năm 2012 lên 3.761 trường hợp năm 2022; năm 2023 CDC ghi nhận 3.882 trường hợp mắc bệnh, trong đó 252 trường hợp thai chết lưu và 27 trường hợp tử vong sơ sinh hoặc trẻ nhỏ [3].

Biểu hiện của GMBS rất đa dạng, từ không triệu chứng đến bệnh cảnh nặng với tổn thương đa cơ quan. Penicillin vẫn là lựa chọn điều trị hiệu quả, đặc biệt khi bệnh được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Các nghiên cứu cho thấy phần lớn trẻ mắc GMBS có đáp ứng thuận lợi sau điều trị, với sự cải thiện các biểu hiện lâm sàng và xu hướng giảm hiệu giá kháng thể; tuy nhiên, một số trẻ vẫn có biểu hiện bệnh kéo dài hoặc di chứng [4,5]. Do đó, việc theo dõi diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng sau điều trị là cần thiết để đánh giá đáp ứng và tiên lượng bệnh ở trẻ mắc GMBS.

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị GMBS ở trẻ sơ sinh còn hạn chế. Bệnh viện Nhi Trung ương là cơ sở chuyên khoa nhi tuyến cuối, tiếp nhận nhiều trẻ mắc GMBS từ nhiều địa phương với mức độ biểu hiện bệnh đa dạng. Việc đánh giá đặc điểm bệnh và kết quả điều trị tại Trung tâm Sơ sinh có thể cung cấp thêm bằng chứng thực tế tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh mắc giang mai bẩm sinh tại Trung tâm sơ sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2026.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### *2.1. Đối tượng nghiên cứu*

Trẻ sơ sinh nhập viện và điều trị tại Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu, xác nhận phơi nhiễm từ mẹ (mẹ có xét nghiệm huyết thanh giang mai dương tính hoặc trẻ có TPHA huyết thanh dương tính). Đối tượng được phân loại theo quyết định 2323/QĐ-BYT năm 2025 gồm:

(1) Trẻ mắc/nguy cơ cao mắc giang mai bẩm sinh: có biểu hiện lâm sàng phù hợp với giang mai bẩm sinh và/ hoặc RPR của con ≥ 4 lần RPR mẹ.

(2) Trẻ có nguy cơ mắc giang mai bẩm sinh: trẻ không có triệu chứng rõ ràng, mẹ mắc giang mai không được điều trị, hoặc điều trị không đúng đủ theo phác đồ penicillin.

### *2.2. Thiết kế nghiên cứu*

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu kết hợp tiến cứu

### *2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu*

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 7/2026.

### *2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

### *2.5. Biến số nghiên cứu*

Biến số lâm sàng, cận lâm sàng được đánh giá tại hai thời điểm: Trước và sau khi kết thúc phác đồ điều trị kháng sinh Penicillin. Khi ra viện, tổn thương cơ quan còn tồn tại (ở nhóm sống ra viện) được ghi nhận gồm gan (tăng men gan hoặc gan to); thận (tăng creatinin/ure huyết thanh hoặc

bất thường nước tiểu); thần kinh (biến đổi dịch não tủy, tổn thương trên siêu âm thóp chưa thoái triển); xương (tổn thương xương trên X-quang xương dài chưa lành).

### *2.6. Xử lý và phân tích số liệu*

Số liệu được nhập bằng phần mềm REDCAP và phân tích bằng SPSS 27.0. So sánh triệu chứng trước và sau điều trị bằng McNemar exact test với biến tỷ lệ, Wilcoxon test với biến định lượng không phân phối chuẩn và Paired Samples t-test với các biến định lượng phân phối chuẩn. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩ thống kê $p < 0,05$.

### *2.7. Đạo đức nghiên cứu*

Nghiên cứu được sự chấp thuận và thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Bệnh viện Nhi Trung ương số 827/BVNTW-HĐĐĐ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### *3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=61)

| Đặc điểm chung | Số bệnh nhân n (%) hoặc Median (Q1-Q3) |
|---|---|
| Xác định mắc/nguy cơ cao mắc GMBS | 43 (70,5) |
| Có nguy cơ mắc GMBS | 18 (29,5) |
| Giới tính nam | 40 (65,6) |
| Đẻ non <37 tuần | 39 (63,9) |
| Cân nặng khi sinh < 2.500 g | 40 (65,6) |
| Cân nặng nhỏ so với tuổi thai | 12 (19,7) |
| Tuổi nhập viện trung vị (ngày) | 1 (1-7) |

*Nhận xét:* Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Trẻ đẻ non và nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 63,9% và 65,6%). Nhập viện sớm với tuổi nhập viện trung vị 1 ngày (1-7 ngày). Phần lớn trẻ thuộc nhóm xác định mắc/nguy cơ cao mắc GMBS (70,5%).

**Bảng 2.** Đặc điểm và kết cục điều trị GMBS ở trẻ sơ sinh (n= 61)

| Đặc điểm điều trị | Số bệnh nhân n (%) hoặc Median (Q1-Q3) |
|---|---|
| Thời gian điều trị (ngày) | 10,0 (10,0 - 14,0) |
| Thời gian nằm viện (ngày) | 18,0 (10,5 - 28,0) |
| Tỷ lệ thở máy xâm nhập | 30 (49,2) |
| Sử dụng thuốc vận mạch | 14 (23,0) |
| Truyền hồng cầu | 29 (47,5) |
| Truyền tiểu cầu | 14 (23,0) |
| Truyền huyết tương tươi | 12 (19,7) |
| Kháng sinh Penicillin đơn thuần | 14 (23,0) |
| Penicillin kết hợp kháng sinh khác | 46 (75,4) |
| Kháng sinh Ceftriaxone | 1 (1,6) |
| Ra viện | 53 (86,8) |
| Tử vong | 4 (6,6) |

*Nhận xét:* Thời gian nằm viện trung vị 18,0 ngày với 49,2% trẻ cần thở máy xâm nhập và 23% sử dụng thuốc vận mạch. Phối hợp kháng sinh chiếm đa số, chiếm tỷ lệ 75,4%. Tử vong gặp trong 6,6% trường hợp.

**Bảng 3.** Thay đổi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau điều trị

| Triệu chứng | Trước điều trị | Sau điều trị | p |
|---|---|---|---|
| Suy hô hấp | 39 (63,9) | 16 (26,2) | < 0,001* |
| Bong da | 39 (63,9) | 8 (13,1) | < 0,001* |
| Gan to | 31 (50,8) | 14 (23,0) | < 0,001* |
| Chướng bụng | 24 (39,3) | 7 (11,5) | < 0,001* |
| Lách to | 20 (32,8) | 9 (14,8) | 0,001* |
| Vàng da | 19 (31,1) | 12 (19,7) | 0,039* |
| WBC (G/L) | 23,9 ± 11,2 | 13,4 ± 4,2 | < 0,001** |
| HGB (g/L) | 128,2 ± 30,0 | 118,0 ± 23,2 | 0,010** |
| PLT (G/L) | 124,0 (64,0 - 227,5) | 240,5 (157,0 - 341,8) | < 0,001** |
| AST(U/L) | 112,3 (63,4 - 272,8) | 125,8 (45,3 - 228,2) | 0,367*** |
| ALT(U/L) | 24,5 (12,25 - 87,40) | 41,1 (21,8 - 117,2) | 0,023*** |
| CRP (mg/L) | 41,0 (7,9 - 112,8) | 4,6 (1,9 - 10,4) | < 0,001*** |

** Kiểm định McNemar exact test.*
*** Kiểm định Paired Samples t-test*
**** Kiểm định Wilcoxon Signed-Rank Test*

*Nhận xét:* Sau điều trị, cả 6 triệu chứng lâm sàng đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (p < 0,05 cho mọi triệu chứng). Mức cải thiện rõ nhất ghi nhận ở bong da (31/39 trường hợp hết triệu chứng, 79,5%) và suy hô hấp (23/39, 59,0%). Về cận lâm sàng, bạch cầu giảm, tiểu cầu tăng và HGB giảm nhẹ có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Nồng độ AST thay đổi không có ý nghĩa (p = 0,367), trong khi ALT tăng, CRP giảm mạnh có ý nghĩa thống kê sau điều trị (p < 0,05).

**Bảng 4.** Tổn thương cơ quan còn tồn tại tại thời điểm ra viện

| Tổn thương cơ quan | Số bệnh nhân (n = 53) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Tổn thương gan | 28 | 52,8 |
| Tổn thương thận | 3 | 5,7 |
| Tổn thương thần kinh | 7 | 13,2 |
| Tổn thương xương | 6 | 11,3 |
| Không tổn thương | 22 | 41,5 |

** Một bệnh nhi có thể còn tồn tại cùng lúc nhiều tổn thương cơ quan khi ra viện; Phân tích trên 53 trẻ sống ra viện (loại trừ 4 trẻ tử vong và 4 trẻ chuyển viện).*

*Nhận xét:* Tại thời điểm ra viện, 58,5 % trẻ còn ít nhất một tổn thương cơ quan với tổn thương gan là thường gặp nhất (52,8%).

## IV. BÀN LUẬN

### *4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ đẻ non và nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 63,9% và 65,6%), tỷ lệ cân nặng nhỏ so với tuổi thai (SGA) chỉ chiếm 19,7%. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Dai Y. và cộng sự với tỷ lệ đẻ non chiếm 61,9%, nhẹ cân chiếm 52,4% và SGA là 19% [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ đẻ non cao hơn so với báo cáo trước tại Bệnh viện Nhi Trung ương (48,3%) [7]. Tuổi nhập viện của trẻ có trung vị 1 ngày (IQR:1-7 ngày), cho thấy phần lớn trẻ được chuyển tuyến và tiếp cận điều trị sớm.

### *4. 2. Kết quả điều trị*

Kết quả điều trị cho thấy 86,8% trẻ được ra viện, 6,6% tử vong, 49,2% cần thở máy xâm nhập

và 23,0% cần sử dụng vận mạch. Tỷ lệ tử vong thấp hơn so với báo cáo tại cùng cơ sở giai đoạn 2018-2021 (13,7%), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Lago tại Brazil (2,0%) và Lim tại Hàn Quốc (0%) [4,7,8]. Nhu cầu hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn cao cùng tỷ lệ trẻ phải phối hợp kháng sinh cao (75,4%) cho thấy gánh nặng hồi sức và nguy cơ bội nhiễm hoặc nhiễm khuẩn huyết đi kèm ở trẻ đẻ non, nhẹ cân chuyển đến tuyến cuối. Thời gian điều trị đặc hiệu có trung vị là 10 ngày (IQR:10-14 ngày), phù hợp với phác đồ điều trị penicillin khuyến cáo. Trong khi đó, thời gian nằm viện kéo dài hơn rõ rệt với trung vị 18,0 ngày (IQR: 10,5 - 28,0 ngày). Khoảng chênh lệch này có thể liên quan đến nhu cầu chăm sóc hồi sức tích cực và theo dõi các tổn thương cơ quan sau khi kết thúc điều trị đặc hiệu.

Sau điều trị, tất cả các biểu hiện lâm sàng đều cải thiện có ý nghĩa thống kê, bao gồm triệu chứng bong da, suy hô hấp, chướng bụng và gan to. Kết quả này phù hợp với nhận định của các nghiên cứu trước rằng phần lớn trẻ GMBS có đáp ứng lâm sàng thuận lợi sau điều trị penicillin [4,8]. Về cận lâm sàng, bạch cầu và CRP giảm, trong khi số lượng tiểu cầu tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), phản ánh sự cải thiện tình trạng viêm và rối loạn huyết học sau điều trị. Ngược lại, AST không thay đổi có ý nghĩa, trong khi ALT tăng sau điều trị. Diễn biến này khác với nghiên cứu của Yang và cộng sự, AST và ALT đều giảm sau hai tuần điều trị penicillin [9]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm bệnh, thời điểm đánh giá và các can thiệp điều trị hỗ trợ. Do đó, thay đổi ALT cần được đánh giá kết hợp cùng diễn biến lâm sàng và các chỉ số chức năng gan khác.

Mặc dù các biểu hiện cấp tính cải thiện, 58,5% trẻ vẫn còn ít nhất một tổn thương cơ quan khi ra viện, trong đó tổn thương gan chiếm tỷ lệ cao (52,8%), tiếp theo là tổn thương thần kinh (13,2%). Kết quả này cho thấy đáp ứng với điều trị kháng sinh không đồng nghĩa với hồi phục hoàn cấu trúc và chức năng cơ quan. Vì vậy, theo dõi chuyên khoa dài hạn sau xuất viện với chức năng gan mật, thần kinh và phát triển tâm thần vận động là hết sức cần thiết.

Hạn chế: Nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu tương đối nhỏ (n = 61) và chỉ theo dõi đến thời điểm xuất viện khiến việc đánh giá diễn tiến dài hạn của các tổn thương cơ quan còn hạn chế. Cần có các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với thời gian theo dõi sau xuất viện dài hơn để đánh giá toàn diện kết cục lâu dài ở nhóm bệnh nhân này.

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ penicillin mang lại hiệu quả cao trong cải thiện các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng trong điều trị trẻ sơ sinh mắc giang mai bẩm sinh. Tuy nhiên, gánh nặng hồi sức sơ sinh vẫn ở mức cao (49,2% thở máy xâm nhập, 23,0% dùng vận mạch) và 58,5% trẻ còn tồn tại tổn thương cơ quan khi ra viện. Do đó, việc sàng lọc phát hiện sớm trong thai kỳ và duy trì theo dõi chuyên khoa sau xuất viện là đặc biệt cần thiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **World Health Organization**. Sexually transmitted infections: Mother-to-child transmission of syphilis. WHO; 2024-2025.
2. **World Health Organization**. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections: progress report. WHO; 2024.
3. **Centers for Disease Control and Prevention**. Sexually transmitted infections surveillance 2023. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2024.
4. **Lago EG, Vaccari A, Fiori RM**. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. Sex Transm Dis 2013;40(2):85-94.
5. **Dai Y, Zhai G, Zhang S** *et al.* The clinical characteristics and serological outcomes of infants with confirmed or suspected congenital syphilis in Shanghai, China: a hospital-based study. Front Pediatr 2022; 10:802071.
6. **Dai Y, Shi L, Wu Z, Wang X, Zhang Y, Zhu X** *et al.* The clinical characteristics and serological outcomes of infants with confirmed or suspected congenital syphilis in Shanghai, China: A hospital-based study. Front Pediatr. 2022;10: 802071.

7. **Nguyen Thi Quynh Nga, Pham Thao Nguyen**. Clinical and preclinical characteristics of neonates with congenital syphilis in the National Center of Vietnam National Children's Hospital. Tạp Chí Nghiên cứu Y học 2022;161(12E11):1-8.
8. **Lim J, Yoon SJ, Shin JE** *et al.* Outcomes of infants born to pregnant women with syphilis: a nationwide study in Korea. BMC Pediatr 2021;21(1):47.
9. **Yang H, Zhang H, Wang C** *et al.* An analysis of the clinical features of children with early congenital syphilis and syphilitic hepatitis. BMC Pediatr 2021;21(1):498.