

TẠP CHÍ



Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ

Journal of Military Pharmaco-medicine

ISSN 1859-0748

*Vol 50, Số đặc biệt
Tháng 10/2025*

Số đặc biệt

**Chào mừng Hội nghị Khoa học chuyên ngành Tiết niệu, Thận học và Ghép thận
lần thứ XI của VUNA-North Việt Nam**

HỌC VIỆN QUÂN Y

MILITARY MEDICAL UNIVERSITY



TẠP CHÍ **Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ**

HỌC VIỆN QUÂN Y XUẤT BẢN

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP: PGS.TS. Nguyễn Xuân Kiên

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP: PGS.TS. Nghiêm Đức Thuận

TỔNG BIÊN TẬP: GS.TS. Trần Viết Tiến

ỦY VIÊN HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:

PGS.TS. Trần Ngọc Tuấn
PGS.TS. Nguyễn Văn Nam
GS.TS. Mai Hồng Bằng
GS.TS. Tạ Thành Văn
GS.TS. Trần Diệp Tuấn
GS.TS. Nguyễn Duy Ánh
GS.TS. Hoàng Văn Minh
GS.TSKH. Nguyễn Thế Hoàng
GS.TS. Lê Năm
GS.TS. Nguyễn Lĩnh Toàn
PGS.TS. Lê Hữu Song
PGS.TS. Phạm Xuân Phong
PGS.TS. Lương Công Thức
PGS.TS. Tạ Bá Thắng
PGS.TS. Trịnh Nam Trung
TS. Trần Quốc Việt

GS.TS. Phạm Gia Khánh
GS.TS. Nguyễn Tiến Bình
GS.TS. Lê Ngọc Thành
GS.TS. Phạm Như Hiệp
GS.TS. Nguyễn Trường Giang
GS.TS. Lê Văn Quảng
GS.TS. Nguyễn Hải Nam
GS.TS. Lâm Khánh
GS.TS. Nguyễn Như Lâm
GS.TS. Nguyễn Duy Bắc
PGS.TS. Đào Xuân Cơ
PGS.TS. Lê Văn Đông
PGS.TS. Vũ Nhất Định
PGS.TS. Trịnh Thế Sơn
TS. Chu Tiến Cường
GS.TS. Nguyễn Văn Ba

THƯ KÝ TÒA SOẠN: TS. Nguyễn Thị Hoài

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ - SỐ ĐẶC BIỆT 2025
CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHUYÊN NGÀNH TIẾT NIỆU,
THẬN HỌC VÀ GHÉP THẬN LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

MỤC LỤC

	Trang
1 Xu hướng căn nguyên vi sinh và yếu tố liên quan trong nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp tại Bệnh viện Bạch Mai (2019 - 2023) <i>Trần Thị Linh, Đỗ Đào Vũ</i> Trend in microbial etiology and associated factors in complicated urinary tract infections at Bach Mai Hospital (2019 - 2023)	5
2 Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và vi khuẩn học của nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng <i>Nguyễn Thị Ly, Nguyễn Ngọc Sáng, Vũ Văn Quang</i> Clinical epidemiology and bacteriology characteristics of urinary tract infections in children aged 2 months to 15 years at Hai Phong Pediatric Hospital	14
3 Tình trạng nhiễm trùng catheter và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên <i>Trần Tuấn Tú, Nông Thị Thanh Huyền</i> <i>Vũ Thị Huyền Linh, Trần Bích Nga</i> The status of catheter-related infections and related factors in hemodialysis patients at Thai Nguyen National Hospital	23
4 Những thách thức trong triển khai lọc màng bụng cho người bệnh cao tuổi mắc bệnh thận đa nang di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường: Báo cáo ca lâm sàng <i>Hoàng Thị Diễm, Nguyễn Thế Cường, Nguyễn Thị Thủy</i> <i>Đỗ Tất Thành, Hà Phan Hải An</i> Challenges in implementing peritoneal dialysis for elderly patients with autosomal dominant polycystic kidney disease: A clinical case report	32

	Trang
5	39
Tình trạng giảm albumin huyết tương ở bệnh nhân trên 60 tuổi lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 103 <i>Nguyễn Thị Thu Hà, Phan Bá Nghĩa</i> Hypoalbuminemia in hemodialysis patients aged over 60 years at Military Hospital 103	
6	48
Đánh giá kết quả điều trị bàng quang tăng hoạt ở người bệnh sau đột quỵ não bằng Mirabegron (beta-3 agonist) tại Bệnh viện Bạch Mai <i>Đỗ Đào Vũ</i> Evaluation of overactive bladder treatment outcomes in post-stroke patients using Mirabegron (beta-3 agonist) at Bach Mai Hospital	
7	57
Thực trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Tiết niệu Dưới, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10 - 12/2024 <i>Nguyễn Thị Thịnh, Trịnh Hoàng Anh, Nguyễn Thị Bích Mai Thị Thanh An, Nguyễn Công Định</i> Lower urinary tract infections among inpatients at the Lower Urinary Tract Department, 108 Military Central Hospital from 10 - 12/2024	
8	67
Khảo sát sức căng hai thất bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối trước và sau ghép thận <i>Phạm Vũ Thu Hà, Nguyễn Thị Thu Hà</i> Study on the biventricular strain by speckle tracking echocardiography in patients with end-stage chronic renal disease before and after kidney transplantation	
9	76
Đặc điểm ngứa và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên <i>Trần Tuấn Tú, Đặng Thị Loan, Ngô Đình Ánh Quỳnh Vũ Hồng Ly, Nguyễn Thị Phương Phạm Duy Phan, Nguyễn Thị Hà Phương</i> Characteristics of pruritus and associated factors in maintenance hemodialysis patients at Thai Nguyen National Hospital	

	Trang
10 Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi thận kích thước > 20mm bằng ống mềm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an	87
<i>Nguyễn Trần Thành, Trần Hoài Nam, Đặng Ngọc Hanh</i> <i>Đinh Ngọc Hà, Nguyễn Huy Hiệu,</i> <i>Nguyễn Thế Anh, Nguyễn Duy Hoàn</i> Initial outcomes of retrograde intrarenal surgery using a flexible ureteroscope for kidney stones > 20mm at 19-8 Hospital - Ministry of Public Security	
11 Kết quả cải thiện triệu chứng tuyến tiền liệt ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi bóc nhân qua niệu đạo với dao lưỡng cực tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	96
<i>Phạm Thanh Hải, Phạm Văn Duyệt, Đỗ Ngọc Thế</i> Results of prostate symptom improvement in patients with benign prostatic hyperplasia treated with transurethral enucleation using bipolar energy at 108 Military Central Hospital	
12 Tắc nghẽn đường tiểu dưới do phì đại tiền liệt tuyến ở bệnh nhân ghép thận: Báo cáo ca lâm sàng	106
<i>Lê Nguyên Vũ, Lương Thanh Tú</i> <i>Ngô Đậu Quyền, Trần Minh Tuấn</i> <i>Phạm Thanh Hải, Đỗ Trường Thành</i> Lower urinary tract obstruction due to benign prostatic hyperplasia in kidney transplant recipients: A clinical case report	
13 Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang thận tại Bệnh viện E từ năm 2021 - 2025	115
<i>Nguyễn Đình Liên, Phạm Quang Khải, Nguyễn Hùng Thịnh</i> Evaluation of the effectiveness of laparoscopic renal cyst unroofing at E Hospital in 2021 - 2025	

	Trang
14 Kết quả sớm nội soi qua niệu đạo cắt trọn khối u bằng laser holmium điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ kết hợp bơm Gemcitabine nội bàng quang <i>Vũ Ngọc Thắng, Nguyễn Phương Hạnh, Nguyễn Thị Thanh Huyền Nguyễn Lê Duy, Bùi Thế Bun, Đoàn Thị Chi, Lê Thị Kiều Nguyễn Thị Diễm, Bùi Thị Thùy Dung</i> Early results of transurethral endoscopic en-bloc resection of tumor using holmium laser in the treatment of non-muscle-invasive bladder cancer combined with intravesical Gemcitabine instillation	123
15 Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 <i>Đỗ Ngọc Thử, Giang Lê Duy, Nguyễn Thị Thu Hương Trần Thanh Tùng, Trần Đức Dũng</i> Survey of some clinical and paraclinical characteristics of bladder cancer patients treated with total cystectomy and urinary diversion using the Bricker method at 108 Central Military Hospital	131
16 Kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ tại Bệnh viện Quân y 175 <i>Nguyễn Văn Khẩn, Nguyễn Việt Cường, Nguyễn Phú Việt</i> Results of kidney stone treatment by ultra-mini percutaneous nephrolithotomy at Military Hospital 175	141
17 Thời điểm rút ống thông tiểu sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt: Thực trạng, kết quả tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình <i>Phan Văn Cương, Vũ Sơn, Phạm Tuấn Đạt</i> Timing of urinary catheter removal after transurethral resection of the prostate: Current situation and outcomes at Thai Binh Medical University Hospital	149

**XU HƯỚNG CĂN NGUYÊN VI SINH VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG
NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI
(2019 - 2023)**

Trần Thị Linh¹, Đỗ Đào Vũ^{1,2,3}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích căn nguyên vi sinh và yếu tố liên quan trong nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp (complicated urinary tract infections - cUTI). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 622 bệnh nhân (BN) cUTI được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2019 - 2023. **Kết quả:** Trung vị tuổi của BN là 57, nam giới chiếm 60,6%. Nguyên cơ thường gặp cUTI là bàng quang thần kinh (82%), thông tiểu (74%). Vi khuẩn chủ yếu là *E. coli* (45,8%), *K. pneumoniae* (16,4%), *E. faecalis* (6,8%). Mô hình vi sinh ổn định nhưng ngày càng đa dạng, liên quan tới giới tính và tắc nghẽn đường tiết niệu. **Kết luận:** *E. coli* và *K. pneumoniae* là hai căn nguyên Gram âm chính; *E. faecalis* phổ biến nhất trong các vi khuẩn Gram dương. Yếu tố liên quan của cUTI gồm bàng quang thần kinh, nam giới, thông tiểu. Cần theo dõi vi sinh và tuân thủ hướng dẫn điều trị kháng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm kháng thuốc.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp; Vi khuẩn; Kháng kháng sinh.

**TREND IN MICROBIAL ETIOLOGY AND ASSOCIATED FACTORS IN
COMPLICATED URINARY TRACT INFECTIONS
AT BACH MAI HOSPITAL (2019 - 2023)**

Abstract

Objectives: To analyze microbial etiology and associated factors in complicated urinary tract infections (cUTI). **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y tế Công cộng

*Tác giả liên hệ: Đỗ Đào Vũ (dodaovu@bachmai.edu.vn)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1593>

study was conducted on 622 cUTI patients at the Rehabilitation Centre, Bach Mai Hospital (2019 - 2023). **Results:** The median age was 57 years; males accounted for 60.6%. Common risk factors for cUTI included neurogenic bladder (82%) and catheterization (74%). The main pathogens were *E. coli* (45.8%), *K. pneumoniae* (16.4%), and *E. faecalis* (6.8%). The microbial patterns were stable but increasingly diverse, associated with gender and urinary obstruction. **Conclusion:** *E. coli* and *K. pneumoniae* are the two predominant Gram-negative pathogens, while *E. faecalis* was the most frequent among Gram-positive bacteria. Key factors related to cUTI include neurogenic bladder, male gender, and catheterization. Continuous monitoring of microbiology and adherence to antibiotic treatment guidelines are essential to improve therapeutic outcomes and reduce antimicrobial resistance.

Keywords: Complicated urinary tract infection; Bacteria; Antimicrobial resistance.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (urinary tract infections - UTI) là một trong những bệnh lý nhiễm khuẩn phổ biến nhất trên toàn thế giới, gặp ở cả cộng đồng và bệnh viện. Bệnh không chỉ làm gia tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Tại Hoa Kỳ, tổng chi phí y tế liên quan đến UTI ước tính khoảng 2,8 tỷ đô la mỗi năm [2]. UTI được chia thành hai nhóm chính, không phức tạp (uncomplicated urinary tract infections - uUTI) và phức tạp. Trong đó, cUTI thường gặp ở các trường hợp có bất thường về cấu trúc, chức năng đường tiết niệu hoặc các yếu tố liên quan đến vật chủ như bệnh lý nền, tình trạng miễn dịch, đặt ống thông tiểu kéo dài... Những yếu tố này khiến việc chẩn đoán và điều trị trở nên khó khăn hơn, nguy

cơ tái phát và biến chứng cũng cao hơn so với uUTI. Về vi sinh, mặc dù *E. Coli* vẫn là tác nhân gây bệnh thường gặp nhất trong cUTI, nhưng hiện nay đã ghi nhận sự gia tăng đáng kể của các vi khuẩn khác như *K. pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *E. faecalis* và *Staphylococcus spp* [1]. Theo dõi và phân tích sự thay đổi trong cơ cấu vi sinh gây bệnh có ý nghĩa quan trọng giúp các bác sỹ lâm sàng lựa chọn kháng sinh hợp lý, hạn chế sử dụng kháng sinh phổ rộng không cần thiết, từ đó giảm nguy cơ kháng thuốc, tiết kiệm chi phí điều trị. Tại Việt Nam, việc cập nhật thường xuyên dữ liệu vi sinh tại từng cơ sở y tế, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương như Bệnh viện Bạch Mai, là rất cần thiết để đưa ra các khuyến nghị điều trị phù hợp. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả xu hướng căn nguyên vi sinh gây cUTI và một số*

yếu tố phức tạp liên quan tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2019 - 2023.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm mẫu nước tiểu của 622 BN điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai, có kết quả nuôi cấy dương tính tại Khoa Vi sinh, giai đoạn 2019 - 2023.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng có kết quả cấy nước tiểu dương tính; BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cUTI theo Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU) năm 2021 [3].

** Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin; các mẫu bệnh trùng lặp từ cùng một BN sẽ bị loại trừ; mẫu chứa hơn hai tác nhân gây bệnh được coi là dấu hiệu của sự nhiễm bẩn.

** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:* Từ tháng 10/2024 - 10/2025 tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

** Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện, có 662 mẫu đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

** Tiêu chuẩn chẩn đoán:* cUTI là UTI kèm yếu tố nguy cơ (nam giới, thai kỳ, bất thường đường tiểu, thông tiểu, bệnh thận mạn, suy giảm miễn dịch) [4].

** Các biến số và chỉ số nghiên cứu:* Các đặc điểm nghiên cứu gồm tuổi, giới tính, tiền sử (UTI, nhập viện, dùng kháng sinh trong 3 tháng), bất thường hệ tiết niệu (bàng quang thần kinh, tắc nghẽn/hẹp đường tiểu), và can thiệp niệu (đặt thông tiểu, thủ thuật tiết niệu). Bệnh đồng mắc ghi nhận gồm đái tháo đường và bệnh thận mạn. Vi khuẩn phân lập từ nuôi cấy nước tiểu được chia thành 5 nhóm: *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis* và nhóm khác. Biến độc lập: Các yếu tố nhân khẩu, tiền sử, bệnh lý và thủ thuật; biến phụ thuộc là nhóm vi khuẩn.

** Xử lý và phân tích số liệu:* Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0, với thống kê mô tả và kiểm định Chi-square; $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Bạch Mai phê duyệt theo Quyết định số 7087/QĐ-BM ngày 30 tháng 12 năm 2024. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Bạch Mai cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung và một số yếu tố nguy cơ ở BN cUTI.

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 40	155	24,92
40 - 59	179	28,78
> 59	288	46,30
Trung vị (IQR)	57 (41 - 69)	
Giới tính, n (%)		
Nam	377	60,61
Nữ	245	39,39
Tiền sử y khoa		
Tiền sử nhập viện điều trị trong 3 tháng	318	51,13
Tiền sử điều trị thuốc kháng sinh trong 3 tháng	273	43,89
Tiền sử UTI trong 3 tháng	58	9,32
Bất thường về giải phẫu và chức năng hệ tiết niệu		
Bàng quang thần kinh	510	81,99
Đặt thông tiểu	460	73,95
Bất thường đường tiểu ra	68	10,93
Can thiệp thủ thuật đường tiết niệu		
Bệnh lý đồng mắc		
Đái tháo đường	88	14,15
Bệnh thận mạn tính	40	6,43

(IQR: Khoảng tứ phân vị)

Tuổi trung vị của BN là 57 (IQR 41 - 69), tỷ lệ BN > 59 tuổi là 46,3%. Nam giới chiếm 60,61%. Tỷ lệ BN có tiền sử nhập viện trong 3 tháng là 51,13%, dùng kháng sinh trong 2 tháng trước vào viện là 43,89%, tỷ lệ mắc UTI gần đây chiếm 9,32%. Yếu tố liên quan đến cUTI bao gồm bàng quang thần kinh (81,99%), đặt

thông tiểu (73,95%), tỷ lệ bất thường tiết niệu (10,93%), tỷ lệ thủ thuật can thiệp đường tiết niệu (5,63%). Đặc điểm về bệnh nền gồm mắc đái tháo đường (14,15%), bệnh thận mạn (6,43%).

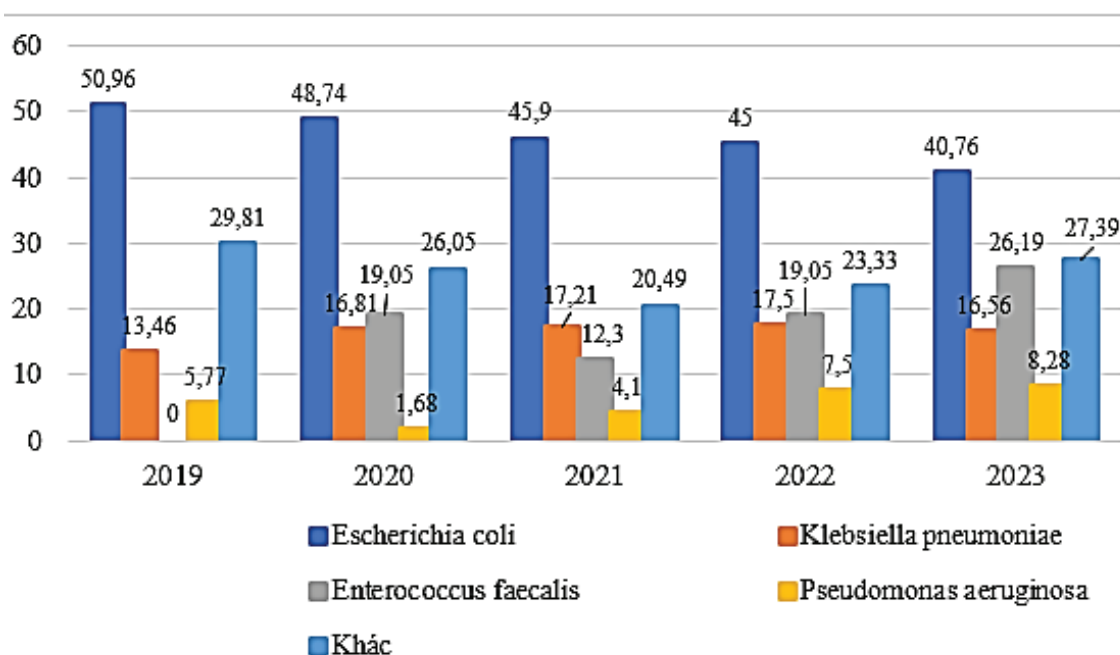
2. Căn nguyên vi sinh trong cUTI

Bảng 2. Các tác nhân vi sinh gây cUTI.

Tác nhân vi sinh gây cUTI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Escherichia coli</i>	285	45,82
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	102	16,40
<i>Enterococcus faecalis</i>	42	6,75
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	35	5,63
<i>Enterococcus sp</i>	22	3,54
<i>Proteus mirabilis</i>	21	3,38
<i>Enterobacter cloacae</i>	15	2,41
<i>Enterococcus faecium</i>	13	2,09
<i>Acinetobacter baumannii</i>	12	1,93
<i>Citrobacter freundii</i>	9	1,45
<i>Klebsiella aerogenes</i>	8	1,29
<i>Candia tropicalis</i>	6	0,96
<i>Serratia marcescens</i>	6	0,96
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	0,80
Tác nhân khác	41	6,59

(Các tác nhân khác bao gồm: *Acinetobacter pittii* (4), *Enterobacter hormaechei* (4), *Morganella morganii* (3), *Enterobacter aerogenes* (3), *Enterobacter xiangfangensis* (3), *Staphylococcus saprophyticus* (3), *Enterobacter asburiae* (2), *Klebsiella oxytoca* (2), *Acinetobacter junii* (2), *Acinetobacter baylyi* (1), *Acinetobacter nosocomialis* (1), *Aeromonas hydrophila* (1), *Alcaligenes faecalis* (1), *Burkholderia cepacia* (1), *Citrobacter koseri* (1), *Comamonas testosteroni* (1), *Enterobacter bugandensis* (1), *Enterobacter kobei* (1), *Phytobacter massiliensis* (1), *Ralstonia mannitolilytica* (1), *Pseudomonas species* (1), *Pseudomonas otitidis* (1), *Stenotrophomonas maltophilia* (1), *Streptococcus agalactiae* (1))

Trong 622 ca bệnh, *E. coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (45,82%), tiếp đến là *K. pneumoniae* (16,40%). Nhóm vi khuẩn Gram dương chủ yếu là *E. faecalis* (6,75%), cùng *Enterococci* khác (3,54 - 2,09%). Các vi khuẩn Gram âm khác gồm *P. aeruginosa* (5,63%), *P. mirabilis* (3,38%) và *E. cloacae* (2,41%). Một số tác nhân ít gặp như *A. baumannii*, *C. freundii*, *K. aerogenes*, *Candida tropicalis*, *S. marcescens* và *S. aureus* được ghi nhận; nhóm khác chiếm 6,59%.



Biểu đồ 1. Xu hướng tác nhân vi sinh trong cUTI (2019 - 2023).

(Trục hoành biểu thị thời gian theo năm, trục tung là tần suất xuất hiện các tác nhân vi sinh trong cUTI)

Xu hướng tác nhân vi sinh ở BN cUTI (2019 - 2023): *E. coli* luôn chiếm ưu thế nhưng giảm dần (50,96% → 40,76%). *K. pneumoniae* đứng thứ hai và xu hướng tăng (13,46% → 17,21%). *E. faecalis* tăng rõ rệt (0% → 26,19%), trong khi *P. aeruginosa* tăng nhẹ (5,77% → 8,28%). Nhóm vi khuẩn khác biến động, tăng cao ở năm 2020 (29,81%) và năm 2023 (27,39%).

3. Yếu tố liên quan đến căn nguyên vi sinh trong cUTI

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến căn nguyên vi sinh trong cUTI.

CTNC	<i>E. Coli</i>	<i>K. pneumoniae</i>	<i>P. aeruginosa</i>	<i>E. faecalis</i>	VKK	p
Giới tính						
Nam	143 (37,93)	67 (17,77)	28 (7,43)	25 (6,63)	114 (30,24)	< 0,001
Nữ	141 (57,79)	35 (14,34)	7 (2,87)	17 (6,97)	44 (18,03)	
Nhóm tuổi						
< 40	72 (25,26)	30 (19,35)	11 (7,10)	7 (4,52)	35 (22,58)	0,289
40 - 59	79 (44,13)	34 (18,99)	12 (6,70)	10 (5,59)	44 (24,58)	
> 59	134 (46,53)	38 (13,19)	12 (4,17)	25 (8,68)	79 (27,43)	
Tiền sử UTI trong 3 tháng						
Có	24 (41,38)	17 (29,31)	3 (5,17)	2 (3,45)	12 (20,69)	0,078
Không	261 (46,28)	85 (15,07)	32 (5,67)	40 (7,09)	146 (25,89)	
Tiền sử điều trị thuốc kháng sinh trong 3 tháng						
Có	110 (40,29)	48 (17,58)	18 (6,59)	25 (9,16)	72 (26,37)	0,066
Không	175 (50,14)	54 (15,47)	17 (4,87)	17 (4,87)	86 (24,64)	
Tiền sử nhập viện điều trị trong 3 tháng						
Có	141 (44,34)	49 (15,41)	16 (5,03)	23 (7,23)	89 (27,99)	0,550
Không	144 (47,37)	53 (17,43)	19 (6,25)	19 (6,25)	69 (22,70)	
cUTI liên quan ống thông						
Có	216 (46,96)	69 (15,00)	27 (5,87)	31 (6,74)	117 (25,43)	0,593
Không	69 (42,59)	33 (20,37)	8 (4,94)	11 (6,79)	41 (25,31)	
Bàng quang thần kinh						
Có	236 (46,27)	80 (15,69)	31 (6,08)	34 (6,67)	8 (7,14)	0,722
Không	49 (43,75)	22 (19,64)	4 (3,57)	8 (7,14)	129 (25,29)	
Các thủ thuật can thiệp đường niệu						
Có	12 (34,29)	7 (20)	2 (5,71)	2 (5,71)	12 (34,29)	0,63
Không	273 (46,51)	95 (16,18)	33 (5,62)	40 (6,81)	146 (24,87)	
Tắc nghẽn đường tiểu ra						
Có	265 (47,83)	90 (16,25)	30 (5,42)	34 (6,14)	135 (24,37)	0,043
Không	20 (29,41)	12 (17,65)	5 (7,35)	8 (11,76)	23 (33,82)	
Đái tháo đường						
Có	36 (40,91)	15 (17,05)	5 (5,68)	6 (6,82)	26 (29,55)	0,868
Không	249 (46,63)	87 (16,29)	30 (5,62)	36 (6,74)	132 (24,72)	
Bệnh thận						
Có	16 (40)	4 (10)	1 (2,50)	2 (5)	17 (42,50)	0,124
Không	269 (46,22)	98 (16,84)	34 (5,84)	40 (6,87)	141 (24,34)	

(CTNC: Chỉ tiêu nghiên cứu; VKK: Vi khuẩn khác)

Kết quả cho thấy giới tính và tắc nghẽn đường tiểu có liên quan ý nghĩa thống kê với căn nguyên vi sinh: Nữ giới chủ yếu nhiễm *E. coli*, nam giới thường nhiễm *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis*; nhóm không tắc nghẽn dễ nhiễm *E. faecalis* và vi khuẩn khác.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 622 BN cUIT, tuổi trung vị là 57, nhóm > 60 tuổi chiếm 46,3%, tương đồng với nghiên cứu của Li X (2017) tại Trung Quốc (61,1 tuổi; 56,1%) [5]. Nam giới chiếm 60,61%, khác với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương (2022) khi nữ giới chiếm ưu thế (65,2%) [6]. Khác biệt này có thể do đặc thù mô hình BN tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai, với tỷ lệ cao BN mắc bệnh quang thần kinh do chấn thương tủy sống, đột quỵ, phẫu thuật tuyến tiền liệt. Yếu tố nguy cơ của cUTI nổi bật là bàng quang thần kinh (81,99%) và đặt thông tiểu (73,95%), cao hơn so với tắc nghẽn đường tiểu (10,93%) hay can thiệp thủ thuật (5,63%). Trong 3 tháng trước nhập viện, 9,32% có tiền sử UTI, 51,13% từng nhập viện, 43,89% đã dùng kháng sinh, đặt catheter đường gặp với 14,15%.

2. Xu hướng căn nguyên vi sinh

Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế, chủ yếu là *E. coli* (45,82%), tiếp đến là *K. pneumoniae* (16,40%), *P. aeruginosa* (5,63%), *Enterobacter spp.* (4,66%). Trong nhóm Gram dương, *E. faecalis* phổ biến nhất (6,75%). Kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [6 - 8]. Các chủng ít gặp hơn như *A. baumannii* (1,93%), *P. mirabilis*

(3,38%) cũng được ghi nhận, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân (2024) [7]. Giai đoạn 2019 - 2023, *E. coli* giảm từ 50,96% xuống 40,76%, trong khi *P. aeruginosa* tăng từ 5,77% lên 8,28%; *E. faecalis* nổi bật từ năm 2022, tăng lên 26,19% vào năm 2023. Xu hướng này phù hợp với dữ liệu SMART (Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends) 2016 - 2017, khi *E. coli* và *K. pneumoniae* vẫn là tác nhân chính, tuy nhiên, *P. aeruginosa* gia tăng đáng kể [8]. Do đó, giám sát định kỳ mô hình vi sinh tại từng cơ sở là cần thiết để kiểm soát lạm dụng kháng sinh và kháng thuốc.

3. Yếu tố liên quan đến căn nguyên vi sinh

E. coli liên quan rõ với nữ giới (57,79% so với 37,93% ở nam, $p < 0,001$), trong khi *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis* gặp nhiều ở nam giới. Kết quả này tương tự nghiên cứu tại Trung Quốc (2024) [9], nguyên nhân do sự khác biệt về giải phẫu - sinh lý. Ngoài ra, *E. coli* liên quan đến tắc nghẽn đường niệu ($p = 0,043$), phù hợp kết quả nghiên cứu của Karikari Asafo-Adjei (2018) với *E. coli* chiếm 33,3% ở nhóm tắc nghẽn [10]. Không ghi nhận sự khác biệt về mô hình vi khuẩn theo tuổi, tiền sử UTI, dùng kháng sinh, nhập viện gần đây, bất thường cấu trúc/chức năng niệu hay can thiệp thủ thuật.

KẾT LUẬN

Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế trong cUTI, chủ yếu là *E. coli* (45,82%) và *K. pneumoniae* (16,40%); *E. faecalis* là vi khuẩn Gram dương phổ biến nhất (6,75%). Mô hình vi sinh ngày càng đa dạng, yếu tố liên quan của cUTI gồm bàng quang thần kinh, nam giới và đặt ống thông tiểu. Cần theo dõi vi sinh và tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị, giảm kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mancuso G, Midiri A, Gerace E, et al. Urinary tract infections: The current scenario and future prospects. *Pathogens*. 2023; 12(4):623.
2. McCann E, Sung AH, Ye G, et al. Contributing factors to the clinical and economic burden of patients with laboratory-confirmed carbapenem-nonsusceptible gram-negative urinary tract infections. *Clin Outcomes Res CEOR*. 2020; 12:191-200.
3. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, et al. EAU guidelines: Urological Infections: Summary of the 2024 guidelines. *European Urology*. 86(1):27-41.
4. EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2025.pdf. <<https://d56bochlupnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2025.pdf>>, accessed: 11/05/2025.
5. Li X, Chen Y, Gao W, et al. A 6-year study of complicated urinary tract

infections in southern China: prevalence, antibiotic resistance, clinical and economic outcomes. *Ther Clin Risk Manag*. 2017; 13:1479-1487.

6. Trần Thị Kim Phượng và Đặng Thị Vân Hương. Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 518(2):45-52.

7. Nguyễn Thị Vân và Phạm Khánh Liên. Đặc điểm vi khuẩn học và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn trên bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 537(2):63-70.

8. Cantón R, Loza E, Aznar J, et al. Monitoring the antimicrobial susceptibility of Gram-negative organisms involved in intraabdominal and urinary tract infections recovered during the SMART study (Spain, 2016 and 2017). *Rev Espanola Quimioter Publicacion Of Soc Espanola Quimioter*. 2019; 32(2):145-155.

9. Zhan Z-S, Shi J, Zheng Z-S, et al. Epidemiological insights into seasonal, sex-specific and age-related distribution of bacterial pathogens in urinary tract infections. *Exp Ther Med*. 2024; 27(4):140.

10. Asafo-Adjei K, Mensah JE, Labi A-K, et al. urinary tract infections among bladder outlet obstruction patients in Accra, Ghana: Aetiology, antibiotic resistance, and risk factors. *Diseases*. 2018; 6(3):65.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN HỌC CỦA NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Ly¹, Nguyễn Ngọc Sáng^{2*}, Vũ Văn Quang²

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, vi khuẩn (VK) học và kháng sinh đồ (KSD) của VK gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) ở bệnh nhi (BN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 202 BN từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng (BVNHP). **Kết quả:** Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 2 - 24 tháng: 85/202 (42,1%). Nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nam/nữ là 1/1,5. Triệu chứng lâm sàng gồm sốt: 152 (75,2%), tiểu rắt: 48 (23,8%), tiểu buốt: 38 (18,8%), tiểu đục: 21 (10,4%). Hẹp khít bao quy đầu ở trẻ trai là 16/81 (19,8%). Xét nghiệm nước tiểu: Bạch cầu (BC) niệu dương tính: 100%, nitrit niệu dương tính: 48 (23,8%), protein niệu: 112 (55,4%). Cây nước tiểu mọc VK: 79/202 (39,1%); trong đó *Escherichia coli* (*E.coli*): 60 (75,9%), *Enterococcus faecalis* (*E.faecalis*): 11 (13,9%), *Proteus mirabilis* (*P.mirabilis*): 3 (3,8%), *Klebsiella pneumoniae* (*K.pneumoniae*): 2 (2,5%), *Staphylococcus epidermidis* (*S.epidermidis*): 2 (2,5%) và *Pseudomonas aeruginosa* (*P.aeruginosa*): 1 (1,3%). *E.coli* có tỷ lệ kháng cao với kháng sinh (KS) thường dùng như ampicilin, amoxicilin, cephalosporin, quinolon và cotrimoxazol, nhưng còn nhạy cảm với aminoglycosid, carbapenem. **Kết luận:** NKĐTN là bệnh thường gặp, chủ yếu ở trẻ từ 2 - 24 tháng tuổi. Nữ gặp nhiều hơn nam. Sốt là triệu chứng phổ biến nhất. 100% BN có BC niệu dương tính. VK niệu chủ yếu là Gram âm trong đó phần lớn là *E.coli*. Ngoài ra còn gặp một số VK khác như *E.faecalis*, *P.mirabilis*, *K.pneumonia*, *S.epidermidis*, *P.aeruginosa*.

Từ khoá: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu; Kháng sinh đồ; Trẻ em.

¹Bệnh viện Quốc tế Green, Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Sáng (nnsang@hpmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1608>

CLINICAL EPIDEMIOLOGY AND BACTERIOLOGY CHARACTERISTICS
OF URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN AGED 2 MONTHS
TO 15 YEARS AT HAI PHONG PEDIATRIC HOSPITAL

Astract

Objectives: To describe the clinical epidemiological characteristics, bacteriology, and antimicrobial susceptibility patterns of pathogens causing urinary tract infections (UTIs). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 202 pediatric patients aged 2 months to 15 years at Hai Phong Pediatric Hospital. **Results:** The most affected age group was 2 - 24 months: 85/202 (42.1%). Female patients predominated, with a male-to-female ratio of 1:1.5. Clinical manifestations included fever in 152 cases (75.2%), urinary frequency in 48 (23.8%), dysuria in 38 (18.8%), and cloudy urine in 21 (10.4%). Phimosis in male patients was observed in 16/81 (19.8%). Urinalysis revealed leukocyturia in 100%, positive nitrite in 48 (23.8%), and proteinuria in 112 (55.4%). Positive urine cultures were obtained in 79/202 (39.1%). Identified pathogens included *Escherichia coli* (*E.coli*) in 60 (75.9%), *Enterococcus faecalis* (*E.faecalis*) in 11 (13.9%), *Proteus mirabilis* (*P.mirabilis*) in 3 (3.8%), *Klebsiella pneumoniae* (*K.pneumoniae*) in 2 (2.5%), *Staphylococcus epidermidis* (*S.epidermidis*) in 2 (2.5%), and *Pseudomonas aeruginosa* (*P.aeruginosa*) in 1 (1.3%). *E.coli* exhibited high resistance rates to commonly used antibiotics such as ampicillin, amoxicillin, cephalosporins, quinolones, and cotrimoxazole, but remained susceptible to aminoglycosides and carbapenems. **Conclusion:** UTIs are a common disease, particularly in children aged 2 - 24 months, with a higher prevalence in females. Fever was the most frequent clinical manifestation. All patients exhibited leukocyturia. Gram-negative bacteria were the predominant pathogens, especially *E.coli*. Other detected organisms included *E.faecalis*, *P.mirabilis*, *K.pneumoniae*, *S.epidermidis*, and *P.aeruginosa*.

Keywords: Urinary tract infection; Antibigram; Children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một trong những bệnh thường gặp ở trẻ em, đứng thứ ba sau nhiễm khuẩn (NK) hô hấp và tiêu hoá [1]. Tỷ lệ mắc NKĐTN hằng năm là 3%, trong đó 7% trẻ gái và

2% trẻ trai < 6 tuổi có ít nhất 1 lần NKĐTN có triệu chứng [2, 3]. Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể để lại biến chứng nguy hiểm khi trưởng thành như thiếu máu, tăng huyết áp và bệnh thận giai đoạn

cuối [2]. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và căn nguyên VK của NKĐTN thay đổi theo từng quốc gia, địa phương, tuổi, giới tính. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của NKĐTN ở BN từ 2 tháng đến 15 tuổi tại BVNHP từ ngày 01/10/2022 - 30/9/2024. Xác định căn nguyên VK và tính kháng KS.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 202 BN từ 2 tháng - 15 tuổi điều trị tại BVNHP năm 2022 - 2024 được chẩn đoán NKĐTN theo Tiêu chuẩn Hội Tiết niệu Nhi khoa châu Âu năm 2015 [4]: Lâm sàng gợi ý: Sốt, hội chứng NK, rối loạn tiểu tiện (khó tiểu, tiểu gấp, đau bụng, đau thắt lưng, ...). BC niệu ≥ 10 /vi trường (khi soi cận ly tâm độ phóng đại 400 lần) và/hoặc cấy nước tiểu mọc VK, ngưỡng dương tính phụ thuộc vào phương pháp lấy mẫu: $\geq 10^3$ CFU/mL với mẫu sonde tiểu, $\geq 10^5$ CFU/mL với mẫu nước tiểu giữa dòng hoặc ≥ 10 CFU/mL với mẫu lấy bằng chọc hút bàng quang trên xương mu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Cỡ mẫu:* 202 BN.

* *Chọn mẫu:* Thuận tiện, lấy toàn bộ BN từ 2 tháng - 15 tuổi vào điều trị tại

BVNHP từ ngày 01/10/2022 - 30/9/2024 được chẩn đoán NKĐTN.

* *Nội dung nghiên cứu:* Dịch tễ học: Tuổi, giới tính. Lâm sàng: Sốt, rối loạn tiểu tiện, triệu chứng tiêu hoá, đau bụng thắt lưng, bất thường sinh dục ngoài. Cận lâm sàng: Tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, công thức máu, CRP, ure, creatinine huyết thanh, siêu âm thận tiết niệu, chụp CT-scan ổ bụng khi có dị tật đường tiết niệu. Cấy VK được thực hiện trên môi trường thạch máu và thạch Brilliance UTI, ủ các đĩa thạch ở nhiệt độ 35 - 37°C trong tủ ẩm 18 - 24 giờ, đếm số lượng khuẩn lạc và tính ra số lượng VK trong 1mL nước tiểu. Định danh VK và làm KSĐ bằng hệ thống tự động VITEK compact.

* *Thu thập số liệu:* Mỗi BN có một bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu trong đó ghi chép đầy đủ thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị.

* *Xử lý số liệu:* Phần mềm SPSS 22.0. So sánh tỷ lệ phần trăm bằng χ^2 test, tính p. Nếu $p < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo Quyết định của đề tài số 722/QĐ-YDHP ngày 18/4/2022 của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (ĐHYDHP). Số liệu nghiên cứu được Trường ĐHYDHP cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Tuổi trung bình là $55,4 \pm 3,6$ tháng.

Bảng 1. Phân bố NKĐTN theo giới tính và nhóm tuổi.

Nhóm tuổi (tháng)	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)
2 - 24	49 (60,5)	36 (29,8)	85 (42,1)
25 - 60	11 (13,6)	24 (19,8)	35 (17,3)
> 60	21 (25,9)	61 (50,4)	82 (40,6)
Tổng	81 (100)	121 (100)	202 (100)

NKĐTN ở trẻ nữ nhiều hơn nam. Ở nhóm tuổi 2 - 24 tháng, nam nhiều hơn nữ, nhưng ở nhóm tuổi > 60 tháng tỷ lệ nữ nhiều hơn nam.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của NKĐTN.

	Triệu chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	$\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	138	75,2
	Kèm rét run	60	29,7
	Kèm co giật	9	4,5
Rối loạn tiêu tiện	Tiểu rắt	48	23,8
	Tiểu đau/khóc khi đi tiểu	22	10,9
	Tiểu buốt	38	18,8
	Tiểu khó	6	3,0
	Tiểu đục	21	10,4
	Tiểu máu	33	16,3
Triệu chứng tiêu hoá	Nôn	50	24,8
	Tiêu chảy	38	18,8
	Ăn - bú kém	10	5,0
	Táo bón	3	1,5

Triệu chứng		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng khác Các bất thường hệ thận tiết niệu	Đau vùng thắt lưng	41	20,3
	Bàng quang thần kinh	4	2,0
	Luồng trào ngược bàng quang - niệu quản	3	1,5
	Bất sản thận phải	2	1,0
	Bất sản thận trái	1	0,5
	Thận - niệu quản đôi 2 bên	2	1,0
	Giãn đài bể thận bẩm sinh	1	0,5

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt. Ngoài ra còn các triệu chứng rối loạn tiểu tiện, rối loạn tiêu hoá. Hẹp bao quy đầu 16/81 (19,8%) BN nam. 13/202 (6,4%) BN có bất thường hệ thận tiết niệu.

* *Chỉ số cận lâm sàng:*

Bảng 3. Kết quả bạch cầu, nitrit và protein niệu.

Kết quả	BC niệu n (%)	Nitrit niệu n (%)	Protein niệu n (%)
Âm tính (-)	0 (0,0)	154 (76,2)	90 (44,6)
1+	52 (25,8)	47 (23,3)	75 (37,1)
2+	57 (28,2)	0 (0)	25 (12,4)
3+	93 (46,0)	1 (0,5)	12 (5,9)
Tổng	202 (100)	202 (100)	202 (100)

BC niệu $\geq 3+$ chiếm 46%. Nitrit niệu dương tính chỉ chiếm tỷ lệ thấp, một số BN có protein niệu.

Xét nghiệm máu: BC trung bình là $16,8 \pm 1,9 \times 10^9/L$. BC trung tính tăng gặp ở 171 BN (85,1%). CRP huyết thanh trung bình là $41,29 \pm 4,2$ mg/dL;

Siêu âm thận tiết niệu: 46/202 BN (22,8%) có bất thường, trong đó dày thành bàng quang gặp 30/46 BN (65,2%).

2. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ

Từ 202 mẫu nước tiểu cấy có 79 (39,1%) mẫu mọc VK.

Bảng 4. Tỷ lệ các VK phân lập được.

Tên VK	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
<i>E.coli</i>	60	75,9
<i>P.mirabilis</i>	3	3,8
<i>K.pneumoniae</i>	2	2,5
<i>P.aeruginosa</i>	1	1,3
<i>E.faecalis</i>	11	13,9
<i>S.epidermidis</i>	2	2,5
Tổng	79	100

VK hay gặp nhất là *E.coli*, sau đó là *E.faecalis*.

Bảng 5. Kết quả KSD của *E.coli* (n = 60).

Kháng sinh	Số BN làm KSD	Nhạy cảm (%)	Trung gian (%)	Kháng (%)
Ampicilin	57	21,1	1,8	77,2
Ampicilin + sulbactam	33	44,4	7,4	48,1
Amoxicilin + a.clavulanic	50	52,0	2,0	46,0
Cefepim	57	33,3	24,6	42,1
Cefoperazon	57	28,1	3,5	68,4
Cefotaxim	56	25,0	5,4	69,6
Ceftriaxon	57	35,1	1,8	63,2
Ceftazidim	58	37,9	15,5	46,6
Cefuroxim	59	25,4	8,5	66,1
Piperacilin	55	78,2	3,6	18,2
Meronem	54	85,2	1,9	13,0
Imipenem	55	96,4	0,0	3,6
Ciprofloxacin	55	38,2	5,5	56,4

Kháng sinh	Số BN làm KSD	Nhạy cảm (%)	Trung gian (%)	Kháng (%)
Levofloxacin	57	47,4	3,5	49,1
Amikacin	59	69,5	11,9	18,6
Tobramycin	39	1,9	63,0	7,4
Gentamycin	59	66,1	13,6	20,3
Fosfomycin	55	87,3	0,0	12,7
Cotrimoxazol	51	30,0	0,0	70,0

E.coli kháng cao với ampicilin, amoxicilin, cephalosporin, quinolon và cotrimoxazol, nhạy cảm với aminoglycosid, carbapenem.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Về dịch tễ học, BN nữ mắc NKĐTN nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,5. Tuy nhiên, nhóm tuổi 2 - 24 tháng trẻ nam nhiều hơn nữ, còn trẻ > 60 tháng thì tỷ lệ nữ nhiều hơn. Sự khác nhau phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Ngọc Sáng [5], BN từ 2 tháng đến 1 tuổi tỷ lệ nam mắc là 61,6% cao hơn nữ 38,4%. > 1 tuổi thì tỷ lệ nam 34,8% thấp hơn nữ 65,2%. Krishna Mandal và CS [6] nghiên cứu trẻ NKĐTN có sốt < 5 tuổi cũng cho thấy tỷ lệ nữ/nam là 1, 2. Kết quả tương tự tại Roma và Thổ Nhĩ Kỳ [7, 8]. NKĐTN ở trẻ gái thường gặp hơn do cấu tạo giải phẫu đường tiết niệu, lỗ niệu đạo nằm gần hậu môn nơi luôn có VK gây NKĐTN từ đoạn cuối hồi tràng, đồng thời do niệu đạo trẻ gái ngắn 3 - 4cm, cấu tạo thẳng làm cho VK dễ dàng xâm nhập vào hệ tiết niệu hơn. Ở nhóm

BN < 1 tuổi, trẻ trai mắc các dị tật tiết niệu cao hơn gái, đặc biệt là hẹp khít bao quy đầu làm ứ đọng nước tiểu và tăng tần suất mắc NKĐTN. Sau giai đoạn này, hẹp bao quy đầu giảm đi do sinh lý hoặc nhờ can thiệp do đó làm giảm nguy cơ NKĐTN.

Về triệu chứng lâm sàng, hay gặp nhất là sốt 75,2%, tiểu rất 23,8%, tiểu buốt 18,8%, tiểu đau 10,9%, tiểu khó 3,0%, và tiểu đục 10,4%. Huỳnh Thị Vũ Quỳnh nghiên cứu trên 367 BN NKĐTN [9] cho thấy BN sốt (78,25%), tiểu đục (14,3%), tiểu đau (11,5%), tiểu rất (7,9%), tiểu rặn (3,8%), nôn (18,3%), tiêu chảy (12%). Chúng tôi gặp 19,8% trẻ nam hẹp khít bao quy đầu. 13/202 BN (6,4%) có bất thường hệ thận tiết niệu, trong đó bàng quang thần kinh và luồng trào ngược bàng quang niệu quản là bất thường hệ thận - tiết niệu gặp nhiều nhất. Đây là những nguyên nhân

có thể gây ứ đọng nước tiểu tạo điều kiện thuận lợi cho VK phát triển.

Về cận lâm sàng, BC niệu dương tính ở 100% BN, nitrit niệu dương tính chiếm 23,8%. Huỳnh Thị Vũ Quỳnh [9] thấy BC niệu dương tính ở 82,3%, nitrit niệu dương tính 21,3%. Số lượng BC tăng trên $10 \times 10^9/L$ gặp ở 153 BN (75,7%), CRP tăng trên 10 mg/dL là 61,4%. Siêu âm hệ thận tiết niệu, chỉ ra dày thành bàng quang ở 30/202 BN, tương tự với một nghiên cứu tại Ấn Độ [6].

2. Đặc điểm VK học và KSD

Từ kết quả cấy 202 mẫu nước tiểu, có 79 (39,1%) mẫu mọc VK. Chúng tôi phân lập được 6 loại VK, thuộc 2 nhóm Gram âm và Gram dương. Trong đó VK Gram âm gặp 66 ca (83,5%). *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất: 60 (75,9%), ngoài ra còn gặp *E.faecalis*: 11 ca (13,9%); *P.mirabilis*: 3 ca (3,8%); *K.pneumoniae*: 2 ca (2,5%), *S.epidermidis*: 2 ca (2,5%) và thấp nhất là *P.aeruginosa*: 1 ca (1,3%). Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy *E.coli* là VK hàng đầu gây NKĐTN ở trẻ em [6 - 8]. Vì hệ tiêu hoá và hệ tiết niệu lại khá gần nhau (niệu đạo gần hậu môn) do đó việc VK cư trú bình thường ở đường tiêu hoá sẽ trở thành căn nguyên chủ yếu gây NKĐTN, trong đó hàng đầu là *E.coli*. VK phân lập được đã kháng ampicilin, amoxicilin/acid clavunalic 48,4 - 75,3%; Trimethoprim/sulfamethoxazol 70%,

cephalosporin từ 40 - 66,7%. Các nhóm KS còn nhạy cảm nhiều với VK gây bệnh là carapenem 84,1 - 95,2%; aminoglycosid với tỷ lệ 67,1 - 71,6%. Nghiên cứu tại Roma năm 2024 [7] thấy rằng tỷ lệ VK kháng KS cao đối với amoxicillin 100%, ampicillin/sulbactam 85,71%, trimethoprim/sulfamethoxazol 61,49%, và ampicillin 78,47%, colistin 50%.

KẾT LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, NKĐTN ở trẻ em hay gặp nhất ở độ tuổi từ 2 - 24 tháng. Nhìn chung NKĐTN gặp nhiều hơn ở nữ; tuy nhiên, ở nhóm tuổi 2 - 24 tháng, nam nhiều hơn nữ. Sốt là triệu chứng phổ biến nhất. Các triệu chứng đường tiết niệu hay gặp là tiểu rất, tiểu buốt và tiểu đục. 100% BN có BC niệu dương tính, nitrit niệu dương tính (23,8%). Số lượng BC và BC trung tính trong máu ngoại vi, CRP huyết thanh thường tăng. Có 13 BN (6,4%) dị dạng thận tiết niệu.

Về VK và KSD, Tỷ lệ cấy nước tiểu mọc VK là 39,1%. Nhiều nhất là *E.coli*, ngoài ra còn gặp các VK khác như *E.faecalis*, *P.mirabilis*, *K.pneumoniae*, *S.epidermidis* và ít gặp nhất là *P.aeruginosa*. *E.coli* có tỷ lệ kháng cao với KS thường dùng như ampicilin, amoxicilin, cephalosporin, quinolon và cotrimoxazole, nhưng còn nhạy cảm với aminoglycosid, carbapenem.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Nhiễm khuẩn tiết niệu. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. 2015:417-423.
2. Alsaywid B S and et al. UTIs in children: A narrative review of clinical practice guidelines. *Urol Ann.* 2023; 15(2):113-132.
3. Leung AKC, et al. UTIs in Children. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2019; 13(1):2-18.
4. Stein R, et al. UTIs in children: EAU/ESPU guidelines. *Eur Urol.* 2015; 67(3):546-558.
5. Nguyễn Ngọc Sáng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu Trẻ em. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2015:127-193.
6. Krishna MA, et al. Clinical and microbiological profiles of UTIs in febrile children aged six months to five years attending a tertiary care hospital in India. *Cureus.* 2024; 16(1):e51903.
7. Isac R, et al. General characteristics and current state of antibiotic resistance in pediatric UTI-A single center experience. *Antibiotics (Basel).* 2024; 13(8).
8. Samanci S. Microbial etiology and antibiotic resistance in UTIs in children; view from an area where antibiotics are overused. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2023; 27(16):7680-7687.
9. Huỳnh Thị Vũ Quỳnh và CS. Đặc điểm đề kháng KS trong NKĐTN tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2020 - 2021. *Y học Việt Nam.* 2022:94-99.

TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG CATHETER VÀ
CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU
TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Tuấn Tú^{1,2*}, Nông Thị Thanh Huyền²
Vũ Thị Huyền Linh¹, Trần Bích Nga²

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả tình trạng nhiễm trùng catheter và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân (BN) lọc máu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 BN nghi ngờ nhiễm trùng catheter tại Khoa Nội thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 01 - 8/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 60,91; tỷ lệ nam:nữ là 3,83:1. Tỷ lệ nhiễm trùng catheter là 36%, trong đó biểu hiện tại chỗ thường gặp nhất là sưng, nóng, đỏ (36,5%). Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Staphylococcus aureus* (*S.aureus*). Tăng huyết áp là bệnh lý nền phổ biến nhất (44,8%), tăng glucose máu có liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng catheter cao hơn. **Kết luận:** Cần tăng cường theo dõi tình trạng catheter và kiểm soát đường huyết để giảm nguy cơ nhiễm trùng ở BN lọc máu chu kỳ.

Từ khoá: Nhiễm trùng catheter; Lọc máu; *Staphylococcus aureus*.

THE STATUS OF CATHETER-RELATED INFECTIONS AND
RELATED FACTORS IN HEMODIALYSIS PATIENTS
AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Abstract

Objectives: To describe the incidence of catheter-related infections and associated factors in hemodialysis patients at Thai Nguyen National Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 96 patients suspected of catheter-related infection at the Department of Nephrology and Dialysis, Thai Nguyen National Hospital, from January to August 2025. **Results:** The mean age of patients was 60.91 years, with a male-to-female ratio of 3.83:1. The prevalence

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

*Tác giả liên hệ: Trần Tuấn Tú (Trantuanu@tump.edu.vn)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1604>

of catheter-related infection was 36%, with the most common local sign being swelling, warmth, and redness (36.5%). *Staphylococcus aureus* was the predominant pathogen. Hypertension was the most frequent comorbidity (44.8%), and hyperglycemia was associated with a higher risk of catheter infection. **Conclusion:** The findings highlight the need for enhanced catheter monitoring and strict glycemic control to reduce the risk of infection in hemodialysis patients.

Keywords: Catheter-related infection; Hemodialysis; *Staphylococcus aureus*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu qua catheter tĩnh mạch hai nòng là phương pháp được sử dụng phổ biến trong điều trị thay thế thận, đặc biệt ở BN suy thận cấp hoặc suy thận mạn chưa có điều kiện tạo cầu nối động - tĩnh mạch. Tuy nhiên, bên cạnh hiệu quả cấp cứu và tính tiện lợi, catheter cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ, trong đó nhiễm trùng liên quan đến catheter là một trong những biến chứng nghiêm trọng, có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, suy đa cơ quan và tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời [1, 2].

Tại Khoa Nội thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nơi tiếp nhận và điều trị số lượng lớn BN suy thận cấp và mạn, việc sử dụng catheter lọc máu là rất phổ biến, đặc biệt trong các trường hợp cần lọc máu cấp cứu. Qua thực tiễn lâm sàng, chúng tôi ghi nhận nhiều trường hợp BN có biểu hiện nghi ngờ nhiễm trùng catheter với các dấu hiệu tại chỗ như sưng, nóng, đỏ, đau tại vị trí đặt catheter và các biểu hiện toàn thân như sốt, tăng bạch cầu. Vi khuẩn *S.aureus*, tác nhân thường trú trên da, được xác định là

nguyên nhân phổ biến gây nhiễm trùng huyết liên quan đến catheter [1] .

Mặc dù nhiễm trùng catheter là biến chứng đã được biết đến, nhưng tại khu vực trung du miền núi phía Bắc, số lượng nghiên cứu mô tả cụ thể về đặc điểm lâm sàng, vi sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan còn hạn chế [3, 4]. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ như tăng glucose máu, tăng huyết áp, hoặc các bệnh lý nền khác có thể giúp nâng cao hiệu quả phòng ngừa và điều trị. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả tình trạng nhiễm trùng catheter và các yếu tố liên quan ở BN lọc máu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nhằm cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 96 BN có chỉ định lọc máu qua catheter tĩnh mạch 2 nòng tại Khoa Nội Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 - 8/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN ≥ 18 tuổi; BN có chỉ định lọc máu sử dụng catheter tĩnh mạch 2 nòng loại không có cuff; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có ổ nhiễm trùng ở nơi khác hoặc đang nghi ngờ có nhiễm trùng từ nơi khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Thuận tiện, lấy tất cả BN đang điều trị tại khoa, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin*: Người bệnh được hỏi bệnh và lấy số liệu cận lâm sàng từ hồ sơ bệnh án, các số liệu được điền đầy đủ vào phiếu thu thập số liệu.

* *Nội dung các biến số nghiên cứu*:

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi (năm), giới tính (nam/nữ), trình độ học vấn, tăng huyết áp (có/không), đái tháo đường (có/không), số lần lọc máu, số ngày lưu catheter, vị trí catheter.

- Đặc điểm tình trạng nhiễm trùng catheter: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng catheter liên quan đến lọc máu dựa theo tiêu chuẩn của KDOQI (2019) [5] gồm:

Nhiễm trùng chân ống catheter: Xung huyết, chai cứng và/hoặc đau từ ≤ 2 cm từ vị trí chân catheter. Có thể liên quan đến chảy dịch từ chân catheter. Có hoặc không có liên quan đến nhiễm trùng máu. Nếu có chảy dịch chân catheter,

dịch nên được lấy và gửi để nuôi cấy, nhuộm soi Gram và làm kháng sinh đồ;

Nhiễm trùng huyết liên quan catheter: BN có catheter tĩnh mạch 2 nòng lọc máu có biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng (sốt, ớn lạnh hoặc hạ huyết áp) và có ít nhất 1 mẫu cấy máu dương tính ở ngoại vi (từ mạch chạy thận nhân tạo hoặc từ máu tĩnh mạch ngoại biên).

- Chỉ số cận lâm sàng: Công thức máu, sinh hóa máu được lấy tại thời điểm trước lọc máu và thực hiện tại Khoa Huyết học, Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Dịch mủ chân catheter, đầu catheter và mẫu cấy máu, được thực hiện tại Khoa Vi sinh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

* *Xử lý số liệu*: Số liệu thu thập được nhập và xử lý, phân tích bằng SPSS 20.0. Các biến số được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (n, %), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) và trung vị, khoảng tứ phân vị (Median, IQR) tùy thuộc vào biến định tính hoặc biến định lượng. Mô hình hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để tìm mối liên quan. $p < 0,05$ được xác định là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên theo Quyết định số 525/GCN-HĐĐĐ ngày 11/4/2025. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát trên 96 BN đặt catheter lọc máu từ tháng 01 - 8/2025.

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	50	52,1
Nữ	46	47,9
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	60,9 $\pm$ 15,9	
Trình độ học vấn		
Tiểu học, THCS	75	78,1
THPT	8	8,3
CĐ, ĐH, sau đại học	13	13,6
Tăng huyết áp		
Không	53	55,2
Có	43	44,8
Đái tháo đường		
Không	75	78,1
Có	21	21,9
Số lần lọc máu (Median, IQR)	6 (4; 10)	
Số ngày lưu catheter (Median, IQR)	14 (8,0; 24,3)	
Vị trí catheter		
Tĩnh mạch cảnh trong	4	4,2
Tĩnh mạch đùi	92	95,8
Chỉ số cận lâm sàng		
Hemoglobin (g/L) ($\bar{X} \pm SD$)	87,8 $\pm$ 13,9	
Albumin (g/L) ($\bar{X} \pm SD$)	33,1 $\pm$ 5,2	
CRP (mg/dL) ($\bar{X} \pm SD$)	42,3 $\pm$ 43,2	
WBC (G/L) ($\bar{X} \pm SD$)	9,2 $\pm$ 4,5	
Glucose (mmol/L) (Median, IQR)	6,7 (5,6; 8,2)	

(THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông; CĐ: Cao đẳng; ĐH: Đại học)

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

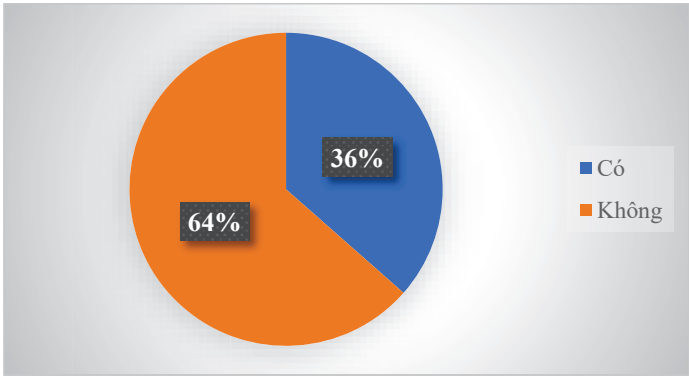
Nghiên cứu trên 96 BN, trong đó có 50 BN (52,1%) là nam giới và 46 BN (47,9%) là nữ giới. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60,9 \pm 15,9$, với độ tuổi lọc máu chu kỳ lớn nhất là 91 và nhỏ nhất là 19. Tỷ lệ BN kiểm soát tốt huyết áp chiếm 55,2%. Tỷ lệ BN đái tháo đường chiếm 21,9%. Số lần lọc máu trung bình của một catheter là 6 lần. Số ngày lưu catheter trung bình là 14 ngày. Vị trí đặt catheter hay gặp nhất là tĩnh mạch đùi chiếm 95,8%. Hemoglobin trung bình là $87,8 \pm 13,9$ g/L, Albumin là $33,1 \pm 5,0$ g/L, CRP là $42,3 \pm 43,2$ mg/dL, WBC trung bình là $9,2 \pm 4,5$ G/L, Glucose trung bình là 6,7 mmol/L.

2. Đặc điểm tình trạng nhiễm trùng liên quan đến catheter

Bảng 2. Đặc điểm tình trạng nhiễm trùng.

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm lâm sàng tại chỗ đặt catheter		
Sưng nề, nóng, đỏ	35/96	36,5
Chảy dịch, chảy mủ	18/96	18,8
Đau	8/96	8,3
Chai cứng	13/96	13,5
Triệu chứng sốt		
Có	7	7,3
Không	89	92,7
Vi khuẩn dịch mủ		
Dịch mủ	0/2	0
Vi khuẩn đầu catheter		
<i>S.aureus</i>	5/14	35,7
<i>Enterococcus faecalis</i>	1/14	7,1
Vi khuẩn trong máu		
<i>S.aureus</i>	2/4	50

Đặc điểm lâm sàng của tình trạng nhiễm trùng biểu hiện tại chỗ đặt catheter hay gặp nhất là sưng nề, nóng, đỏ (36,5%) và ít gặp nhất là đau (8,3%). Số BN nhiễm trùng liên quan đến catheter không có triệu chứng sốt chiếm đa số (92,7%). Vi khuẩn gây nhiễm trùng catheter hay gặp nhất là *S.aureus*, tại đầu catheter (35,7%) và trong máu (50%).



Hình 1. Tỷ lệ nhiễm trùng catheter lọc máu.

Trong số 96 BN nghiên cứu, tỷ lệ BN nhiễm trùng catheter lọc máu chiếm 36%, tỷ lệ BN không bị nhiễm trùng catheter chiếm 64%.

3. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm trùng catheter lọc máu

Bảng 3. Đánh giá các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng catheter lọc máu dựa trên mô hình hồi quy logistic đơn biến.

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến	
	OR (95%CI)	p
Giới tính		
Nam		
Nữ	1,49 (0,65 - 4,45)	0,345
Tuổi (năm)		
	0,99 (0,97 - 1,02)	0,594
Trình độ học vấn		
Tiểu học, THCS		
THPT		
CĐ, ĐH, sau đại học	0,65 (0,33 - 1,25)	0,195
Tăng huyết áp		
Không		
Có	1,27 (0,55 - 2,93)	0,73
Đái tháo đường		
Không		
Có	1,81 (0,68 - 4,85)	0,233

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến	
	OR (95%CI)	p
Số lần lọc máu (lần)	0,96 (0,88 - 1,04)	0,304
Số ngày lưu catheter (ngày)	0,98 (0,95 - 1,01)	0,184
Chỉ số cận lâm sàng		
Hemoglobin (g/L)	0,99 (0,96 - 1,02)	0,651
Albumin (g/L)	1,04 (0,95 - 1,13)	0,403
CRP (mg/dL)	1,01 (0,99 - 1,02)	0,376
WBC (G/L)	1,01 (0,92 - 1,11)	0,861
Glucose (mmol/L)	1,17 (1,01 - 1,35)	0,042

(THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông; CD: Cao đẳng; DH: Đại học)

Khi đánh giá mô hình hồi quy logistic đơn biến, các yếu tố như giới tính, tuổi, trình độ học vấn, bệnh kèm theo, số lần lọc máu, số ngày lưu catheter, các chỉ số cận lâm sàng như hemoglobin, albumin, CRP, WBC không có mối liên quan tới nhiễm trùng catheter. Ngược lại, chỉ số glucose máu có liên quan đến tình trạng nhiễm trùng catheter (OR = 1,01; p = 0,042).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy nhiễm trùng catheter ở BN lọc máu là biến chứng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, phản ánh tính phổ biến và không đặc hiệu của tình trạng này theo độ tuổi. Mặc dù tỷ lệ nhiễm trùng ở nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sự chênh lệch về tỷ lệ giới giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, BN bao gồm cả lọc máu chu kỳ và cấp cứu, trong khi một

số nghiên cứu trước đó chỉ tập trung vào nhóm cấp cứu [6]. Điều này cho thấy cần xem xét kỹ lưỡng đặc điểm dân số khi so sánh kết quả giữa các nghiên cứu.

Điểm đáng chú ý là số lần lọc máu trung bình trên một catheter không ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm trùng. Điều này gợi ý tần suất sử dụng catheter không phải là yếu tố nguy cơ độc lập, mà nguy cơ nhiễm trùng có thể phụ thuộc nhiều hơn vào kỹ thuật chăm sóc, điều kiện vô khuẩn và thời gian lưu catheter.

Về mặt lâm sàng, các dấu hiệu tại vị trí catheter như sưng, nóng, đỏ là những biểu hiện thường gặp và có giá trị cảnh báo sớm. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Khiếu Thị Hồng Nhung và CS [3], với triệu chứng sưng nề thường gặp nhất (59,6%). Việc theo dõi sát các dấu hiệu này đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và xử trí kịp thời nhiễm trùng. Đặc biệt, biểu hiện đỏ tại chân catheter cần được chú ý vì có thể là dấu hiệu ban đầu của nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân.

Vi khuẩn thường gặp nhất gây nhiễm trùng catheter là *S.aureus*, phù hợp với các nghiên cứu trước đó [3, 7]. Tuy nhiên, tỷ lệ BN được cấy máu nhỏ hơn tỷ lệ BN được cấy vi khuẩn đầu catheter là hạn chế của nghiên cứu. Tỷ lệ cao của vi khuẩn này trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở, đặc biệt là đường vào ngoài da. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn trong đặt và chăm sóc catheter, cũng như cần có các chiến lược phòng ngừa hiệu quả như sử dụng thuốc sát khuẩn tại chỗ, thay băng đúng quy trình và đào tạo nhân viên y tế.

Về bệnh lý nền, tăng huyết áp là tình trạng phổ biến nhất trong nhóm BN nghiên cứu. Tuy nhiên, không có mối

liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh lý nền và nguy cơ nhiễm trùng catheter. Các yếu tố như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, số ngày lưu catheter và các chỉ số cận lâm sàng như hemoglobin, albumin, CRP, WBC cũng không cho thấy mối liên quan rõ rệt. Điều này cho thấy nhiễm trùng catheter là biến chứng phức tạp, không dễ dàng dự đoán dựa trên các yếu tố nền thông thường.

Đáng chú ý, chỉ số glucose máu tăng cao có liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng catheter. Tình trạng tăng đường huyết có thể làm suy giảm chức năng miễn dịch, cũng như làm thay đổi môi trường nội mô, tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn như *S.aureus* phát triển và xâm nhập qua catheter [8]. Do đó, kiểm soát đường huyết hiệu quả là yếu tố quan trọng trong chiến lược phòng ngừa nhiễm trùng catheter, đặc biệt ở BN có bệnh lý chuyển hóa hoặc đái tháo đường.

Về tổng thể, nghiên cứu này cho thấy nhiễm trùng catheter ở BN lọc máu là vấn đề đa yếu tố, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa theo dõi lâm sàng, kiểm soát nhiễm khuẩn, và quản lý toàn diện các yếu tố nguy cơ. Việc nâng cao chất lượng chăm sóc catheter, đào tạo nhân viên y tế và tăng cường giáo dục BN là những giải pháp cần thiết để giảm thiểu tỷ lệ nhiễm trùng và cải thiện hiệu quả điều trị.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm trùng catheter ở BN lọc máu là biến chứng phổ biến, không đặc hiệu theo độ tuổi hay bệnh lý nền. *S.aureus* là tác nhân gây bệnh chủ yếu, trong khi tăng glucose máu là yếu tố nguy cơ đáng lưu ý. Việc kiểm soát tốt đường huyết, tuân thủ quy trình vô khuẩn và nâng cao chất lượng chăm sóc catheter là những giải pháp thiết yếu nhằm giảm tỷ lệ nhiễm trùng và nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katneni R and SS Hedayati. Central venous catheter-related bacteremia in chronic hemodialysis patients: Epidemiology and evidence-based management. *Nature Clinical Practice Nephrology*. 2007; 3(5):256-266.
2. Sohail MA, TJ Vachharajani, E Anvari. Central venous catheters for hemodialysis-the myth and the evidence. *Kidney International Reports*. 2021; 6(12):2958-2968.
3. Khiếu Thị Hồng Nhung, Đặng Thị Việt Hà, Đỗ Gia Tuyền, Nghiêm Trung Dũng. Khảo sát biến chứng nhiễm trùng liên quan đến catheter lọc máu ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 518(1).
4. Võ Thị Hòa, Nguyễn Thu Hằng, Nguyễn Thị Thùy Linh. Nhiễm khuẩn liên quan catheter tĩnh mạch đùi ở bệnh nhân giai đoạn cuối bệnh thận mạn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 510(2).
5. Lok CE, et al. Kdoqi clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *Am J Kidney Dis*. 2020; 75(4 suppl 2):s1-s164.
6. Vũ Thị Trung Anh. Thực trạng nhiễm trùng catheter đường vào mạch máu trên bệnh nhân lọc máu cấp cứu và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021.
7. Trịnh Cương Duy, Nguyễn Như Nghĩa. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn liên quan catheter tĩnh mạch đùi ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu cấp cứu bằng thận nhân tạo. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020; 30:166-172.
8. Apata IW, MJ Arduino, S Novosad. Hemodialysis infectious complications, in complications in dialysis: A clinical guide, s.z. fadem, j.a. moura-neto, and t.a. golper, editors. *Springer International Publishing*. 2023:83-129.

NHỮNG THÁCH THỨC TRONG TRIỂN KHAI LỌC MÀNG BỤNG CHO NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI MẮC BỆNH THẬN ĐA NANG DI TRUYỀN TRỘI QUA NHIỄM SẮC THỂ THƯỜNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

*Hoàng Thị Điểm¹, Nguyễn Thế Cường¹, Nguyễn Thị Thủy¹
Đỗ Tất Thành^{1,2}, Hà Phan Hải An^{1,2*}*

Tóm tắt

Chỉ định lọc màng bụng (peritoneal dialysis - PD) đã có nhiều thay đổi. Các rào cản y khoa trước đây đã được xem xét lại và dữ liệu gần đây cho thấy kỹ thuật này khả thi ở những người bệnh (NB) mắc nhiều bệnh lý khác nhau. Chúng tôi trình bày 1 trường hợp NB nữ cao tuổi đã thực hiện PD trong 30 tháng mặc dù gặp nhiều biến cố và PD ban đầu có vẻ không khả thi. Mục đích của báo cáo là chứng minh tầm quan trọng của PD như một liệu pháp thay thế thận và nhấn mạnh vai trò của sự hợp tác liên chuyên khoa trong quản lý NB.

Từ khóa: Lọc màng bụng; Lọc màng bụng bằng máy; Bệnh thận đa nang di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường; Người bệnh cao tuổi.

CHALLENGES IN IMPLEMENTING PERITONEAL DIALYSIS FOR ELDERLY PATIENTS WITH AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE: A CLINICAL CASE REPORT

Abstract

Indications for peritoneal dialysis (PD) have undergone many changes. Previous medical barriers have been reconsidered, and recent data showed that this technique is feasible in patients with a variety of conditions. We presented a case of an elderly female patient who has been performing PD for 30 months despite having multiple complications and an initial assessment that PD might be unfeasible. The aim of the report is to demonstrate the importance of PD as a kidney replacement therapy and underline the role of interprofessional collaboration in patient management.

Keywords: Peritoneal dialysis; Automated peritoneal dialysis; Autosomal dominant polycystic kidney disease; Elderly patient.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Hà Phan Hải An (haphanhaian@hmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1598>

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chỉ định lọc màng bụng có sự thay đổi đáng kể trong những năm gần đây. Các rào cản y khoa trước đây được coi là chống chỉ định cho PD như vô niệu, bệnh thận đa nang (polycystic kidney disease - PKD) di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường, bệnh tim mạch hoặc cao tuổi đang được xem xét lại [1]. Phân tích tổng hợp từ 9 nghiên cứu được công bố từ năm 1998 - 2016 với tổng số 7.197 NB bao gồm 882 NB mắc PKD cho thấy PD có liên quan đến tỷ lệ sống sót toàn diện tốt hơn, mặc dù tăng nguy cơ thoát vị bụng nhưng không thấy sự khác biệt về tỷ lệ viêm phúc mạc hoặc tỷ lệ sống sót về mặt kỹ thuật. Do đó, PD là phương thức điều trị an toàn cho NB PKD [2]. Tương tự, phân tích tổng hợp kết quả điều trị PD ở NB mắc PKD di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường (autosomal dominant polycystic kidney disease - ADPKD) từ 12 nghiên cứu đoàn hệ với tổng số 14.673 NB suy thận (931 NB mắc ADPKD và 13.742 NB không mắc ADPKD) cho thấy NB ADPKD có nguy cơ tử vong giảm 0,68 lần so với người không mắc ADPKD, không có mối liên hệ nào giữa tình trạng ADPKD với nguy cơ thất bại kỹ thuật hoặc viêm phúc mạc [3]. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nhằm: *Chứng minh tầm quan trọng của PD như một liệu pháp*

thay thế thận, và nhấn mạnh vai trò của sự hợp tác liên chuyên khoa trong quản lý NB.

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

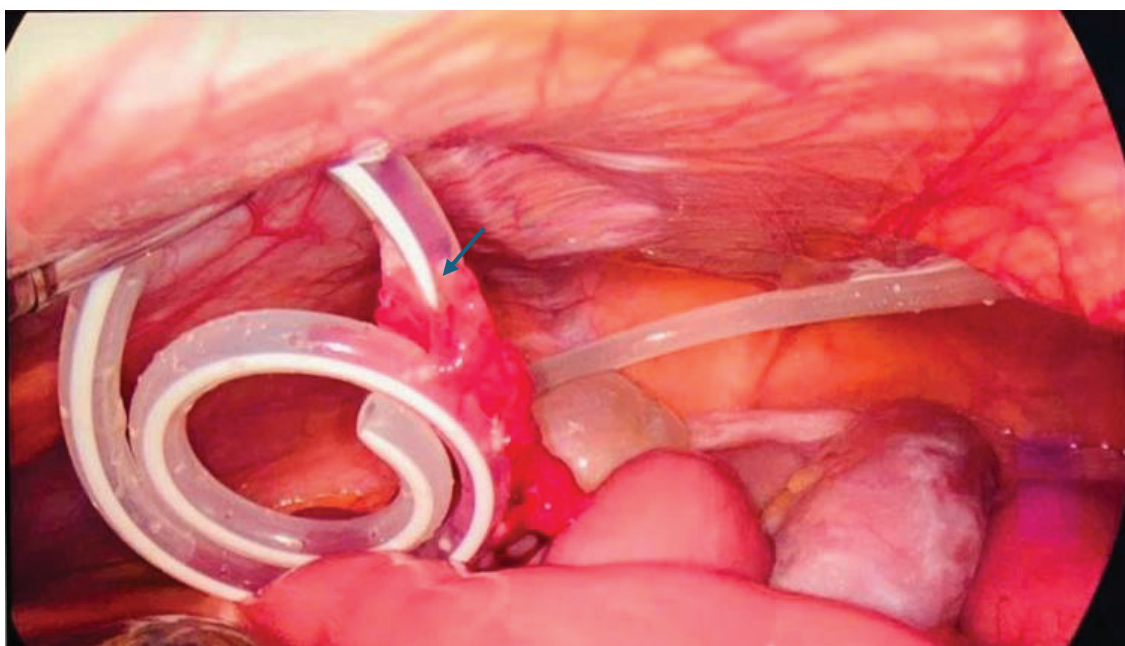
Người bệnh Ngô T.N., nữ 70 tuổi, (cân nặng 46kg, cao 156cm, BMI 18,9) mắc ADPKD với tiền sử gia đình rõ, có tiền sử cắt tuyến giáp toàn bộ vào năm 2020 do ung thư tuyến giáp thể nhú và đang điều trị hormone thay thế. Về mặt lâm sàng, NB gầy nhỏ, hai thận rất to và gan to với nhiều nang, làm giảm đáng kể khoang bụng. Đến tháng 10/2022, mức lọc cầu thận của NB giảm nặng, chỉ còn 9 mL/phút/1,73m² và NB cần điều trị thay thế thận suy. NB có các mạch máu ngoại vi rất nhỏ, tĩnh mạch dễ vỡ ở cả 2 tay, khả năng phẫu thuật và trưởng thành của thông động - tĩnh mạch ngoại vi rất khó khăn. Tạo cầu nối động - tĩnh mạch bằng đoạn mạch nhân tạo có thể cũng thất bại do nguy cơ huyết khối. NB có số lượng nước tiểu tồn lưu còn tốt, khoảng 1 L/ngày. Sau khi thảo luận kỹ lưỡng với NB và người nhà, cân nhắc các lựa chọn điều trị, theo nguyện vọng của NB và gia đình, PD đã được chọn. NB được đặt catheter PD thành công vào tháng 11/2022 bằng kỹ thuật phẫu thuật nội soi. Đầu ống thông được đưa vào túi cùng Douglas và ống thông được cố định vào phúc mạc tiểu khung. Giai đoạn hậu phẫu diễn ra suôn sẻ, NB được ra viện để thực hiện PD tự động có

máy hỗ trợ (automated peritoneal dialysis - APD) tại nhà. Do đại dịch COVID-19 và các quy định về cách ly, nghiệm pháp đánh giá chức năng màng bụng (PET) đã không thể thực hiện được. Liều và lịch trình PD được xác định chỉ dựa trên đánh giá và kinh nghiệm lâm sàng.

Tháng 6/2023, NB nhập viện vì dịch ra chậm, thể tích siêu lọc bị âm (thể tích dịch vào 1100mL và thể tích dịch xả ra chỉ được 220mL, -880mL), không có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân, chân catheter và trong ổ bụng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng phát hiện đầu ống thông nằm đúng vị trí, catheter bị một đám dính

quấn vào vòi trứng và mạc treo ruột non. NB được gỡ dính, loại bỏ các mảnh vụn tổ chức và bơm rửa catheter để khôi phục sự lưu thông. Sau khi ổ bụng được nghỉ ngơi và vết thương liền, NB được ra viện và tiếp tục APD.

Lần nhập viện thứ hai vào tháng 01/2024, do dòng dịch vào chậm. Khi tiến hành phẫu thuật nội soi thăm dò, phẫu thuật viên nhận thấy đầu ống thông bị tắc hoàn toàn do một phần loa vòi trứng chui vào bên trong các lỗ bên của catheter, phần catheter còn lại bị bọc trong đám dính. Sau khi gỡ dính và khôi phục sự lưu thông của catheter, NB đã được ra viện và lại tiếp tục APD.



Hình 1. Hình ảnh catheter PD bị quấn trong đám dính, lỗ bên bị một phần vòi trứng chui vào (mũi tên), quan sát qua nội soi trường hợp NB Ngô T.N.

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

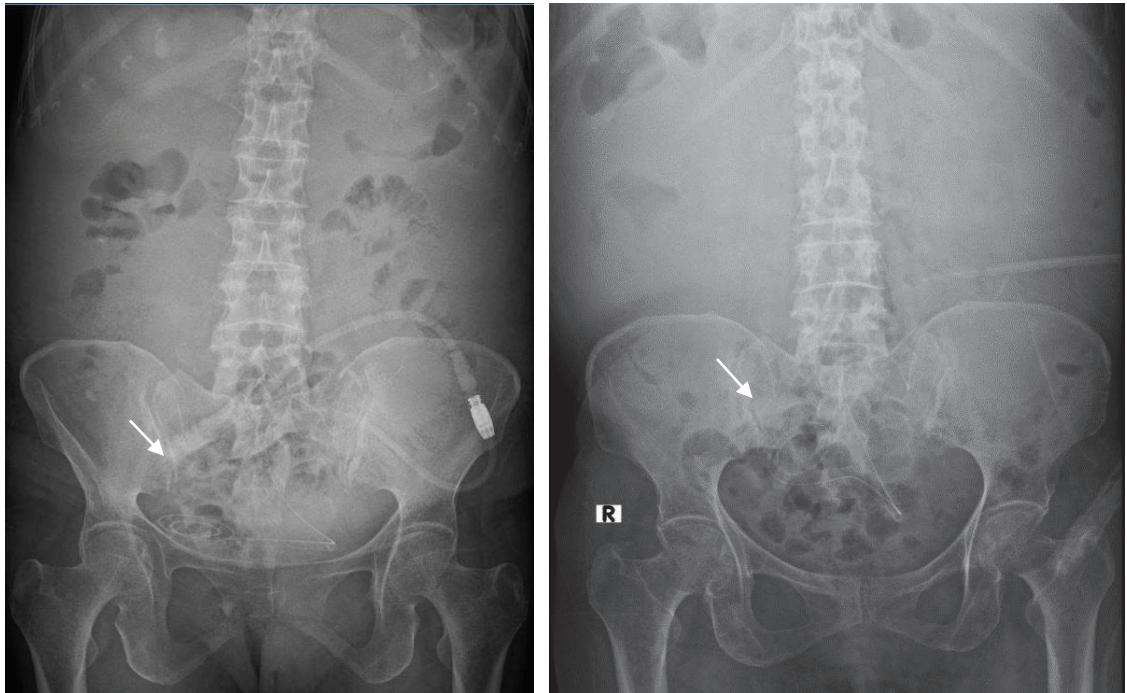
Lần nhập viện gần nhất vào tháng 5/2025, NB có biểu hiện mệt mỏi, chán ăn và sụt cân. Khám lâm sàng cho thấy NB tỉnh táo nhưng nhợt nhạt, teo cơ và phù nhẹ 2 chân, mạch 89 lần/phút, huyết áp 120/75mmHg, tiểu 900 mL/ngày, thể tích siêu lọc dư + 200 mL/ngày với liều 5L dịch lọc Dextrose 1,5%/ngày, thăm trực tràng phân vàng. Tổng phân tích tế bào máu cho thấy tình trạng thiếu máu hồng cầu kích thước bình thường nhược sắc với huyết sắc tố (Hb) 71 g/L, (hồng cầu 2,68 T/L, MCV 84,1fl, MCH 26,7pg, MCHC 316 g/L) và tủy xương còn đáp ứng, với số lượng hồng cầu lưới tăng - 0,07 T/L tương ứng tỷ lệ 2,6%, thiếu sắt vừa phải với TSAT 11,9%, (sắt huyết thanh 4,7 μ mol/L, transferrin 156,6 mg/dL, ferritin 686,94 ng/mL) và albumin máu thấp (24,8 g/L). NB được truyền 1 khối hồng cầu 350mL. Các

thăm dò tìm nguyên nhân thiếu máu thực hiện sau đó không phát hiện thêm bất thường. Liều lọc máu được tăng lên (từ 5L lên 10L dịch lọc chứa Dextrose 1,5% mỗi ngày, từ 6 lên 12 chu kỳ mỗi ngày) kết hợp với tăng cường dinh dưỡng, bổ sung sắt tĩnh mạch, điều chỉnh liều hormone tuyến giáp thay thế. Tình trạng chung của NB được cải thiện đáng kể, có thể ăn uống trở lại ngon miệng hơn, lượng nước tiểu tồn lưu hàng ngày vẫn duy trì được ổn định và thể tích siêu lọc tăng thêm, dư tới 700 - 800mL mỗi ngày, Hb tăng lên 98 g/L. NB được ra viện sau một tuần để tiếp tục APD với đơn PD được điều chỉnh lại.

Không có đợt nhiễm trùng chân catheter, viêm phúc mạc hay đau bụng nào được ghi nhận kể từ khi đặt catheter PD đến thời điểm hiện tại. NB không bị rò rỉ dịch hay thoát vị thành bụng.

Bảng 1. Một số kết quả xét nghiệm khi nhập viện và ra viện.

Chỉ số xét nghiệm	Khi nhập viện (20/5/2025)	Trước khi ra viện (26/5/2025)
Số lượng hồng cầu (T/L)	2,68	3,56
Hemoglobin (g/L)	71	98
Hematocrit	0,225	0,309
Urê huyết thanh (mmol/L)	28,26	26,05
Creatinine huyết thanh (μ mol/L)	959,46	509,35
Albumin (g/L)	24,8	25,31
Phosphor (mmol/L)	2,06	1,56



Hình 2. Hình ảnh đầu catheter PD (mũi tên trắng) trên phim X-quang của NB Ngô T.N. chụp tháng 11/2022 (trái) và tháng 5/2025 (phải).

BÀN LUẬN

Ở những NB cao tuổi, việc thực hiện kỹ thuật PD thường gặp khó khăn do hạn chế về khả năng tự chủ, thị lực kém, khả năng vận động và nhận thức suy giảm. Việc áp dụng APD cùng với sự hỗ trợ của người chăm sóc có thể khắc phục vấn đề này [4]. NB của chúng tôi được sử dụng APD, có hỗ trợ của chồng, và trong suốt thời gian thực hiện kỹ thuật không có đợt nhiễm trùng catheter hay viêm phúc mạc nào được ghi nhận. PD cho phép NB được điều trị tại nhà, đây là lợi ích đáng kể cho NB, đặc biệt về tinh thần, và cho xã hội. PD

là lựa chọn phù hợp cho những người có đường vào mạch máu khó khăn hoặc có nguy cơ cao khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. Kết quả điều trị cũng tương đương so với lọc máu tại trung tâm [5, 6]. Thận đa nang có kích thước lớn kèm gan to có nhiều nang cũng thường được cho là tình trạng bệnh lý rất khó và là rào cản đối với việc triển khai PD, đặc biệt ở những NB có vóc dáng nhỏ, do mối lo ngại về khả năng giãn nở của màng bụng, nguy cơ tăng áp lực trong ổ bụng ảnh hưởng đến siêu lọc, nguy cơ thoát vị thành bụng và rò rỉ dịch. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã cho

thấy việc đặt catheter qua phẫu thuật nội soi dưới sự quan sát trực tiếp, kết hợp với lựa chọn thể tích dịch đưa vào khoang bụng phù hợp, có thể được thực hiện an toàn mà không làm tăng biến chứng cơ học. Trong những trường hợp như vậy, việc đo áp lực trong phúc mạc có thể cần thiết để hướng dẫn lựa chọn thể tích dịch và tối ưu hóa phác đồ điều trị. Ngoài ra, ở những NB có catheter bị đâm dính quần vào hoặc có các tình trạng bệnh lý trong ổ bụng khác, sự tham gia của phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm và được đào tạo đầy đủ là yếu tố then chốt giúp can thiệp kịp thời, thích hợp, giúp NB vẫn tiếp tục thực hiện được kỹ thuật PD [7, 8]. NB trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều biến cố và nhiều lần cần đến can thiệp ngoại khoa để giải quyết bên cạnh các điều chỉnh về mặt nội khoa và vẫn tiếp tục thực hiện được kỹ thuật PD. Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo trước đây, nhấn mạnh những thách thức kỹ thuật có thể được vượt qua nhờ các chiến lược can thiệp hợp lý và sự phối hợp đa chuyên khoa.

KẾT LUẬN

Cần cân nhắc và thảo luận về PD như một phương pháp điều trị thay thế thận suy với tất cả NB mắc bệnh thận giai

đoạn cuối, NB mắc ADPKD và người cao tuổi dựa trên các đặc điểm của từng cá thể. Khi quyết định lựa chọn PD, có thể tìm được giải pháp giúp PD trở nên khả thi cho nhiều NB, mở rộng thêm cơ hội tiếp cận với liệu pháp cứu sống.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lehmann K, Reubke B, Wanninger R, Lindgren M, Glowka TR, Kielstein JT, Eden G. Mission P(D)possible: Peritoneal dialysis in difficult cases. *Clinical Kidney Journal*. February 2025; 18(2):sf403.
2. Dupont V, Kanagaratnam L, Sigogne M, Bechade C, Lobbedez L, Portoles J, Rieu P, Drame M, Touré F. Outcome of polycystic kidney disease patients on peritoneal dialysis: Systematic review of literature and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 May 22; 13(5):e0196769. DOI: 10.1371/journal.pone.0196769.
3. Boonpheng B, Thongprayoon C, Wijarnpreecha K, Medaura J, Chebib FT, Cheungpasitporn W. Outcomes of patients with autosomal-dominant polycystic kidney disease on peritoneal dialysis: A meta-analysis. *Nephrology*. 2018.

4. Wu HHL, Dhaygude AP, Mitra S, Tennankore KK. Home dialysis in older adults: Challenges and solutions. *Clinical Kidney Journal*. March 2023; 16(3):422-431.
5. Jian, et al. Outcomes of PD in elderly vs non-elderly: Meta-analysis. *Front Med*. 2022.
6. Wu H, Wang AY. How I treat elderly patients with kidney failure with PD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2023.
7. Jha V, Abrahams AC, Al-Hwiesh A, EA, Cullis B, Frank JMF, Mendu M, Ponce D, Divino-Filho JC. Peritoneal catheter insertion: Combating barriers through policy change. *Clin Kidney J*. 2022 May 12; 15(12):2177-2185.
8. Yilmazlar T, Kirdak T, Bilgin S, Yavuz M, Yurtkuran M. Laparoscopic findings of peritoneal dialysis catheter malfunction and management outcomes. *Perit Dial Int*. 2006; 26(3):374-379.

TÌNH TRẠNG GIẢM ALBUMIN HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN
TRÊN 60 TUỔI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Phan Bá Nghĩa^{1*}

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ giảm albumin huyết tương và phân tích mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) cao tuổi mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTM GĐC) lọc máu chu kỳ (LMCK). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối xứng trên 72 BN > 60 tuổi LMCK tại Khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2023 - 6/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ giảm albumin huyết tương (< 35 g/L) ở BN cao tuổi LMCK là 18,06%; nồng độ albumin trung bình là $38,16 \pm 3,27$ g/L. Nồng độ albumin ở nhóm BN thiếu máu nặng (hemoglobin < 80 g/L) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại ($36,81 \pm 3,61$ so với $38,71 \pm 2,98$ g/L; $p = 0,023$). Nồng độ albumin trong nhóm xảy ra tụt huyết áp trong cuộc lọc (trong 1 tháng) thấp hơn so với nhóm còn lại ($36,53 \pm 2,51$ so với $39,69 \pm 3,19$ g/L; $p < 0,001$). Nồng độ albumin tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ creatinine trước buổi lọc với $r = 0,31$; $p = 0,008$. **Kết luận:** Tỷ lệ giảm albumin huyết tương khá cao (18,06%), có liên quan với thiếu máu nặng, nồng độ creatinine máu trước buổi lọc và tình trạng tụt huyết áp trong lọc máu.

Từ khoá: Lọc máu chu kỳ; Giảm albumin huyết tương; Tụt huyết áp trong lọc máu.

HYPOALBUMINEMIA IN HEMODIALYSIS PATIENTS
AGED OVER 60 YEARS AT MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To investigate the prevalence of hypoalbuminemia and its association with selected clinical and paraclinical features in elderly patients with end-stage kidney disease (ESKD) undergoing maintenance hemodialysis. **Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive, uncontrolled study was conducted on 72 maintenance hemodialysis

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Phan Bá Nghĩa (phanngghiaba@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1596>

patients aged over 60 years at the Department of Nephrology and Hemodialysis, Military Hospital 103 from June 2023 to June 2024. **Results:** The prevalence of hypoalbuminemia (serum albumin < 35 g/L) was 18.06%, with a mean albumin level of 38.16 ± 3.27 g/L. Patients with severe anemia (hemoglobin < 80 g/L) had significantly lower albumin levels compared to others (36.81 ± 3.61 vs. 38.71 ± 2.98 g/L; $p = 0.023$). Likewise, patients who experienced intradialytic hypotension within the past month had significantly lower albumin levels than those without (36.53 ± 2.51 vs. 39.69 ± 3.19 g/L; $p < 0.001$). A moderate positive correlation was observed between serum albumin and pre-dialysis creatinine levels ($r = 0.31$; $p = 0.008$). **Conclusion:** The prevalence of hypoalbuminemia among elderly hemodialysis patients was relatively high and significantly associated with severe anemia, lower pre-dialysis creatinine levels, and the occurrence of intradialytic hypotension.

Keywords: Hemodialysis; Hypoalbuminemia; Intradialytic hypotension.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân BTM GĐC điều trị thay thế thận bằng LMCK thường đối mặt với nhiều vấn đề nghiêm trọng, trong đó nổi bật là suy dinh dưỡng, yếu tố làm tăng nặng các biến cố và tử vong [1]. Albumin huyết tương, là chỉ dấu quan trọng phản ánh tình trạng dinh dưỡng và viêm, thường giảm thấp ở BN LMCK, đặc biệt ở người cao tuổi do nhiều yếu tố như giảm hấp thu, giảm khẩu phần ăn uống, viêm mạn tính và có thể thoát albumin trong quá trình lọc máu [2]. Thực trạng giảm albumin kéo dài không chỉ làm suy giảm chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch, nhiễm trùng và các biến chứng nặng nề khác, làm tăng nguy cơ tử vong gấp 1,7 lần, đặc biệt là tăng nguy cơ xảy ra tụt huyết áp trong cuộc lọc máu ở BN LMCK [3].

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các dữ liệu cụ thể về tỷ lệ và mức độ giảm albumin huyết tương ở nhóm BN LMCK cao tuổi còn hạn chế, chưa được đánh giá đầy đủ. Để góp phần cung cấp bằng chứng khoa học, đề xuất các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng và tiên lượng cho BN, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ giảm albumin huyết tương và phân tích mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN > 60 tuổi LMCK tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 72 BN > 60 tuổi được chẩn đoán BTM GĐC và đang LMCK ngoại trú tại Khoa Thận và Lọc máu,

Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2023 - 6/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN > 60 tuổi, đang LMCK 3 buổi/tuần tại Bệnh viện Quân y 103; thời gian LMCK ≥ 3 tháng; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN đang mắc các bệnh lý cấp tính như nhiễm khuẩn, viêm phổi, xuất huyết tiêu hoá, đột quỵ não, nhồi máu cơ tim,...; BN có tiền sử xơ gan, mắc các bệnh lý nặng đường tiêu hoá như ung thư dạ dày, ung thư thực quản, ung thư đại trực tràng, mở hậu môn nhân tạo, mở thông dạ dày nuôi dưỡng,...; được bổ sung albumin đường truyền tĩnh mạch trong 1 tháng trước đó.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng.

* *Cỡ mẫu nghiên cứu*: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, với biến số quan tâm chủ yếu là tỷ lệ thiếu máu sớm tại thời điểm 6 tháng trong nhóm BN nghiên cứu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có;

α : Sai số loại 1 giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn. Với $\alpha = 0,05$ thì $Z(0,975) = 1,96$;

D: Sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $D = 0,1$;

p: Tỷ lệ ước tính, theo nghiên cứu trước đây của tác giả Nguyễn Thuỳ Lan và CS (2020) là 24,6% [4]. Như vậy, với $p = 0,246$, tính được cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu tối thiểu là 72 BN. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lấy cỡ mẫu 72 BN, thoả mãn tiêu chuẩn cỡ mẫu tối thiểu.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện.

* *Các bước tiến hành nghiên cứu*:

Khai thác thông tin hành chính, tiền sử của BN. Lựa chọn các BN thoả mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiến hành thu thập dữ liệu, khám lâm sàng và lấy máu xét nghiệm cận lâm sàng. Các xét nghiệm máu được lấy máu lúc 8 giờ sáng, trước buổi lọc đầu tiên trong tuần của BN.

* *Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu*:

Chỉ tiêu lâm sàng: Tuổi, giới tính, BMI, nguyên nhân BTM, thời gian lọc máu.

Chỉ tiêu cận lâm sàng: Bạch cầu, Hemoglobin, PTH, CRP, calci, kali.

Đánh giá giảm albumin huyết tương khi nồng độ thấp < 35 g/L [5].

Theo dõi huyết áp trong cuộc lọc máu, trong vòng 1 tháng (12 lần), tính số lần BN bị tụt huyết áp trong cuộc lọc

máu (intradialytic hypotension - IDH). Tụt huyết áp trong lọc máu được xác định khi huyết áp tâm thu giảm $\geq 20\text{mmHg}$ hoặc huyết áp động mạch trung bình giảm $\geq 10\text{ mmHg}$ so với lúc bắt đầu lọc máu có kèm theo các biểu hiện lâm sàng của tụt huyết áp cần sự can thiệp của nhân viên y tế [6].

* *Xử lý số liệu:* Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định nghiên cứu của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án và được Khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp, chỉ nhằm mục

đích phục vụ nghiên cứu và chẩn đoán, điều trị, mọi thông tin của BN được đảm bảo bí mật và chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 72 BN > 60 tuổi, độ tuổi trung bình là $68,78 \pm 4,85$; độ tuổi 60 - 70 chiếm 61,11%. Nguyên nhân của BTM chủ yếu là viêm cầu thận với tỷ lệ 66,67%; tỷ lệ nguyên nhân suy thận do đái tháo đường ở nhóm BN cao tuổi là 20,83%.

Thời gian lọc máu trung bình là $4,99 \pm 3,64$ năm; nồng độ Hemoglobin trung bình là $91,58 \pm 17,63\text{ g/L}$.

2. Tình trạng giảm albumin huyết tương ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm albumin huyết tương (n = 72).

Albumin huyết tương	$\bar{X} \pm \text{SD}/\text{Số lượng (n)}$	Min - Max/Tỷ lệ (%)
Nồng độ albumin (g/L)	$38,16 \pm 3,27$	29,86 - 46,38
Giảm albumin (< 35 g/L)	13	18,06
Albumin bình thường ($\geq 35\text{ g/L}$)	59	81,94

Bảng 1 cho thấy nồng độ albumin máu trung bình là 38,16 g/L; tỷ lệ BN giảm albumin so với BN có albumin máu bình thường là 1/4,5.

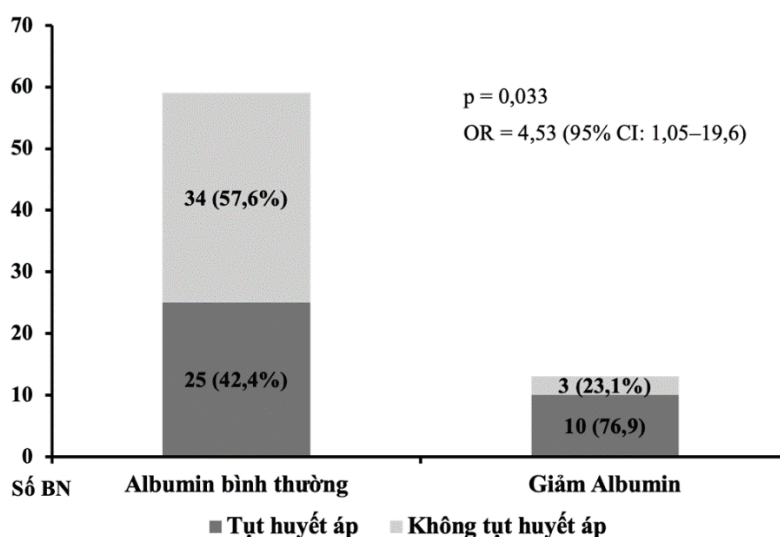
3. Mối liên quan giữa giảm albumin huyết tương với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Mối liên quan giữa giảm albumin huyết tương với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n = 72).

Đặc điểm	Nhóm	Giảm albumin n (%)	Albumin ($\bar{X} \pm SD$, g/L)	P
Giới tính	Nữ (n = 42)	8 (19,05)	37,76 $\pm$ 3,07	1,0
	Nam (n = 30)	5 (16,67)	38,71 $\pm$ 3,51	0,36
Thời gian lọc máu (năm)	< 5 (n = 42)	8 (19,05)	38,51 $\pm$ 3,44	1,0
	$\geq$ 5 (n = 30)	5 (16,67)	37,67 $\pm$ 3,01	0,26
Hemoglobin (g/L)	< 80 (n = 21)	7 (33,33)	36,81 $\pm$ 3,61	0,044
	$\geq$ 80 (n = 51)	6 (11,76)	38,71 $\pm$ 2,98	0,023
Tụt HA trong lọc	Có (n = 35)	10 (28,57)	36,53 $\pm$ 2,51	0,033
	Không (n = 37)	3 (8,11)	39,69 $\pm$ 3,19	< 0,001

(HA: Huyết áp)

Bảng 2 cho thấy nồng độ albumin máu có liên quan với tình trạng thiếu máu nặng (Hgb < 80 g/L) ở BN cao tuổi LMCK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Giảm albumin huyết tương có mối liên quan với tình trạng tụt huyết áp trong cuộc lọc máu ít nhất 1 lần trong 1 tháng theo dõi, có ý nghĩa thống kê.



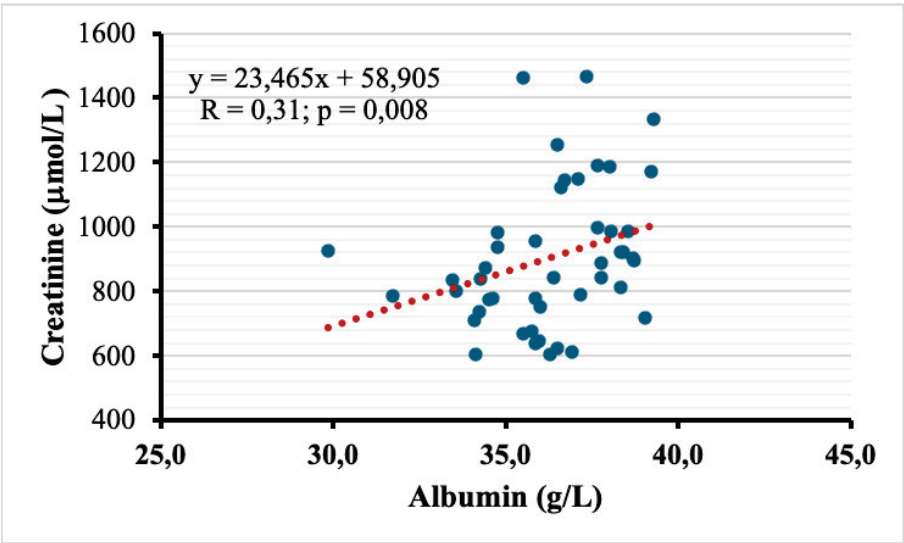
Biểu đồ 1. Số BN tụt huyết áp trong cuộc lọc máu trong 1 tháng ở các nhóm albumin (n = 72).

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ BN tụt huyết áp xảy ra trong cuộc lọc máu trong 1 tháng theo dõi ở nhóm BN giảm albumin huyết tương (76,9%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm albumin bình thường (42,4%) với $p = 0,033$, $OR = 4,53$.

Bảng 3. Mối tương quan giữa nồng độ albumin với một số chỉ số ($n = 72$).

Chỉ số	Nồng độ albumin (g/L)	
	r	p
Tuổi (năm)	- 0,08	0,48
BMI (kg/m ²)	0,021	0,86
CRP (mg/L)	- 0,127	0,28
Creatinine ($\mu\text{mol/L}$)	0,31	0,008
PTH (pg/mL)	0,08	0,50

Bảng 3 cho thấy chưa ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê nào giữa nồng độ albumin huyết tương với các chỉ số tuổi, BMI, CRP và PTH máu. Nồng độ albumin tương quan thuận mức độ vừa có ý nghĩa thống kê với nồng độ creatinine máu trước buổi lọc máu, với $r = 0,31$; $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ albumin với creatinine máu.

Biểu đồ 2 cho thấy nồng độ creatinine trước buổi lọc máu càng cao thì nồng độ albumin máu càng cao, mối tương quan có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 72 BN LMCK cao tuổi (> 60 tuổi), độ tuổi trung bình là $68,78 \pm 4,85$. Kết quả này thấp hơn so với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thủy Lan và CS (2020) là $74,3 \pm 7,1$ cũng nghiên cứu trên đối tượng LMCK > 60 tuổi [4]. Tác giả Avesani CM và CS (2022) công bố kết quả nghiên cứu trên 169 BN LMCK > 60 tuổi có độ tuổi trung bình là $71,0 \pm 7,0$, tương tự với nghiên cứu của chúng tôi [2].

Trong nhóm nghiên cứu này, tỷ lệ nguyên nhân viêm cầu thận là 66,67% và tỷ lệ BN suy thận do đái tháo đường khá cao (20,83%). Điều này có sự khác biệt so với nhóm tuổi trẻ, chủ yếu là viêm cầu thận mạn.

Nồng độ albumin máu trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là $38,16 \pm 3,27$ g/L. Tác giả Nguyễn Thủy Lan và CS (2020) công bố nghiên cứu trên 61 BN LMCK có nồng độ albumin máu là $36,84 \pm 2,71$, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. So với một số nghiên cứu khác, kết quả nồng độ albumin của chúng tôi là tương đồng, như nghiên cứu của Avesani CM và CS cho kết quả là $38,9 \pm 4,1$ g/L trên cùng đối tượng nghiên cứu, Phạm Đức Minh và CS (2024) là $39,18 \pm 4,31$ g/L trên đối tượng LMCK > 18 tuổi [2, 7]. Tỷ lệ giảm albumin (< 35 g/L) của

chúng tôi phân tích được là 18,06% (13/72 BN). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Chen M và CS (2024) là 35,42% (85/240 BN) và Nguyễn Thủy Lan và CS (2020) là 24,6% [4].

Phân tích mối liên quan giữa nồng độ albumin với thời gian lọc máu, chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt nào giữa 2 nhóm thời gian LMCK. Tác giả Nguyễn Thủy Lan và CS đưa ra kết quả trái ngược, có mối liên quan giữa tình trạng giảm albumin huyết tương với thời gian lọc máu > 5 năm, $p < 0,05$.

Khi phân tích mối liên quan với tình trạng thiếu máu, chúng tôi nhận thấy cả nồng độ và tỷ lệ giảm albumin máu có liên quan với tình trạng thiếu máu nặng, có ý nghĩa thống kê. Tác giả Kaynar K và CS (2012) báo cáo kết quả nồng độ albumin máu tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ Hemoglobin với $r = 0,498$, $p = 0,018$, nghĩa là albumin càng giảm càng làm nặng thêm tình trạng thiếu máu ở BN LMCK [8]. Tương tự, tác giả Nguyễn Thủy Lan và CS đưa ra kết quả nồng độ albumin tương quan thuận mức độ vừa với Hemoglobin máu với $r = 0,43$, $p = 0,01$ [4].

Albumin là chất đóng vai trò quan trọng nhất để duy trì áp lực keo trong máu, giúp ổn định huyết áp, có ý nghĩa đặc biệt quan trọng ở đối tượng BN LMCK. Trong nghiên cứu này, nhóm BN xuất hiện ít nhất 1 lần tụt huyết áp

trong cuộc lọc trong vòng 1 tháng theo dõi có nồng độ albumin thấp hơn và tỷ lệ giảm albumin cao hơn so với nhóm còn lại, $p < 0,05$. Có một số nghiên cứu quan tâm đến vấn đề này, đưa ra kết quả báo cáo tương tự với chúng tôi như nghiên cứu của Al-Etreby EA và CS (2018) báo cáo ở nhóm có IDH, nồng độ albumin huyết tương là $35,5 \pm 1,5$ g/L, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xuất hiện IDH là $40,3 \pm 0,88$ g/L [9]. Giảm albumin ở BN LCMK làm tăng nguy cơ tụt huyết áp trong cuộc lọc máu, là nguy cơ tim mạch thường gặp, làm giảm hiệu quả siêu lọc rút nước và tăng nguy cơ huyết khối cầu nối thông động - tĩnh mạch, ở BN LMCK, tỷ lệ tụt huyết áp dao động từ 5 - 40% [10].

Khi phân tích, chúng tôi nhận thấy nồng độ abumin tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ creatinine máu, có ý nghĩa thống kê. Cả albumin và creatinine đều thể hiện mức độ dinh dưỡng của cơ thể, nồng độ creatinine trước buổi lọc máu sẽ tái lập tăng cao thể hiện dinh dưỡng và đảm bảo khối lượng cơ của BN. Tác giả Wang J và CS (2016) công bố nghiên cứu khi đồng thời giảm albumin (< 35 g/L) và creatinine (trước buổi lọc máu) (< 530 $\mu\text{mol/L}$), BN LMCK có nguy cơ tử vong cao nhất so với các nhóm còn lại [1]. BN có nồng độ albumin máu và

creatinine máu cao ở thời điểm trước buổi lọc máu phản ánh tình trạng dinh dưỡng tốt, BN không mắc hội chứng suy mòn năng lượng, giúp cải thiện tiên lượng tử vong ở BN LMCK [1]. Mối tương quan này cho thấy nồng độ creatinine cao phản ánh khối lượng cơ lớn hơn - yếu tố thường song hành với tình trạng dinh dưỡng tốt, được biểu hiện qua albumin huyết thanh cao. Cơ chế có thể lý giải qua vai trò của creatinine như chỉ dấu khối lượng cơ, trong khi albumin phản ánh tình trạng dinh dưỡng và viêm [2].

KẾT LUẬN

Nồng độ albumin huyết tương trung bình là $38,16 \pm 3,27$ g/L và tỷ lệ giảm albumin là 18,06%, có liên quan với tình trạng thiếu máu nặng, nồng độ creatinine trước buổi lọc máu và tình trạng tụt huyết áp xảy ra trong cuộc lọc máu. Vì vậy, cần bổ sung dinh dưỡng, bù albumin, điều trị tích cực thiếu máu, để cải thiện lâm sàng và hạn chế tụt huyết áp trong cuộc lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang J, Streja E, Soohoo M, et al. Concurrence of serum creatinine and albumin with lower risk for death in twice-weekly hemodialysis patients. *J Ren Nutr*. 2018; 27(1):26-36. DOI: 10.1053/j.jrn.2016.07.001.

2. Avesani CM, Sabatino A, Guerra A, et al. A comparative analysis of nutritional assessment using global leadership initiative on malnutrition versus subjective global assessment and malnutrition inflammation score in maintenance hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*. 2022; 32(4):476-482.
3. Chen J, Wang J, Liu Y, et al. Mortality and associated risk factors between young and elderly maintenance haemodialysis patients: A multicentre retrospective cohort study in China. *BMJ Open*. 2023; 13:e066675. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-066675.
4. Nguyễn Thuỳ Lan, Mai Thị Hiền, Tống Thị Thu Hằng. Khảo sát nồng độ albumin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ trên 60 tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108*. 2020; 15(7):96-101.
5. Weaving G, Batstone GF, Jones RG. Age and sex variation in serum albumin concentration: An observational study. *Annals of Clinical Biochemistry*. 2016; 53(1):106-111.
6. Kooman J, Basci A, Pizzarelli F, et al. EBPG guideline on haemodynamic instability. *Nephrol Dial Transplant*. 2007; 22(2):22-44.
7. Phạm Đức Minh, Lê Việt Thắng, Lê Đức Toàn. Giảm albumin máu và mối liên quan với tình trạng dịch ngoại bào ở 84 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. *Tạp Chí Y học Quân sự*. 2024; 372:37-41. <https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.470>.
8. Kaynar K, Songul Tat T, Ulusoy S, et al. Evaluation of nutritional parameters of hemodialysis patients. *Hippokratia*. 2012; 16(3):236-240.
9. Al-Etreby EA, El-Aziz AA, El-Waseef O, et al. The association between hypoalbuminemia and intradialytic hypotension in hemodialysis patients. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2016; 63:185-194.
10. Hamrahian SM, Vilayet S, Herberth J, et al. Prevention of intradialytic hypotension in hemodialysis patients: Current challenges and future prospects. *IJNRD*. 2023; 16:173-181.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BÀNG QUANG TĂNG HOẠT
Ở NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO BẰNG MIRABEGRON
(BETA-3 AGONIST) TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

Đỗ Đào Vũ^{1,2,3*}

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bàng quang tăng hoạt (overactive bladder - OAB) ở bệnh nhân (BN) sau đột quy não bằng thuốc Mirabegron và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng trên 30 BN được chẩn đoán OAB sau đột quy não điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2024 - 6/2025. Các triệu chứng OAB được đánh giá qua điểm số thang điểm câu hỏi OABSS (overactive bladder symptom score), chất lượng cuộc sống qua thang điểm chỉ số triệu chứng tuyến tiền liệt quốc tế - chất lượng cuộc sống và nhật ký đi tiểu. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng OAB (thang điểm OAB giảm từ 10,97 xuống 5,7) và chất lượng cuộc sống (chỉ số triệu chứng tuyến tiền liệt quốc tế - chất lượng cuộc sống giảm từ 5,51 xuống 3,17). Số lần đi tiểu, tiểu đêm, tiểu gấp và són tiểu giảm đáng kể ($p < 0,05$), thể hiện qua các số liệu từ nhật ký đi tiểu. Các tác dụng phụ nhẹ như tăng huyết áp và nhịp tim nhanh được ghi nhận, nhưng không yêu cầu ngừng điều trị. Các yếu tố như tuổi tác và loại đột quy có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Kết luận:** Mirabegron là lựa chọn hiệu quả và an toàn trong quản lý OAB ở BN sau đột quy.

Từ khóa: Bàng quang tăng hoạt; Đột quy; Mirabegron.

**EVALUATION OF OVERACTIVE BLADDER TREATMENT
OUTCOMES IN POST-STROKE PATIENTS USING MIRABEGRON
(BETA-3 AGONIST) AT BACH MAI HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate the treatment outcomes of overactive bladder (OAB) in post-stroke patients using Mirabegron and related factors. **Methods:** A cross-sectional

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y tế Công cộng

³Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Đỗ Đào Vũ (dodaovu@bachmai.edu.vn)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1592>

descriptive study without a control group was conducted on 30 patients diagnosed with post-stroke OAB at Bach Mai Hospital from October 2024 to June 2025. OAB symptoms were assessed using the OAB Symptom Score (OABSS), quality of life was measured with the International Prostate Symptom Score - Quality of Life, and voiding patterns were recorded through a urinary diary. **Results:** The results showed significant improvement in OAB symptoms (the OAB Symptom Score decreased from 10.97 to 5.7) and quality of life (International Prostate Symptom Score - Quality of Life decreased from 5.51 to 3.17). The frequency of urination, nocturia, urgency, and urinary incontinence significantly decreased ($p < 0.05$), as reflected in the voiding diary data. Mild side effects such as increased blood pressure and tachycardia were recorded, but did not require discontinuation of treatment. Factors such as age and the type of stroke influenced treatment outcomes. **Conclusion:** Mirabegron is an effective and safe option for managing OAB in post-stroke patients.

Keywords: Overactive bladder; Stroke; Mirabegron.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não không chỉ gây ra các khiếm khuyết về vận động và ngôn ngữ mà còn có thể dẫn đến rối loạn chức năng bàng quang, đặc biệt là OAB có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQOL) và khả năng hoạt động của BN bị đột quỵ [1]. Sau đột quỵ, các triệu chứng lâm sàng chủ yếu liên quan đến rối loạn chức năng tiểu tiện bao gồm tiểu gấp, tiểu đêm và són tiểu do hoạt động quá mức của cơ detrusor thần kinh. Ngoài ra, còn có một số triệu chứng ít gặp khác. Cụ thể, khoảng 57 - 83% BN sẽ gặp các triệu chứng thần kinh - tiết niệu trong vòng 1 tháng sau đột quỵ, từ 71 - 80% BN có thể phục hồi tự nhiên sau 6 tháng; tiểu không tự chủ (UI) kéo dài thường gắn liền với tiên

lượng kém của BN [2]. OAB, nếu không được điều trị kịp thời, có thể làm giảm chất lượng cuộc sống của BN, đồng thời làm gia tăng nguy cơ ngã và các biến chứng khác [3]. Mirabegron, một loại thuốc điều trị OAB, đã chứng tỏ tác dụng của nó trong giảm các triệu chứng của OAB thông qua cơ chế tác động lên thụ thể beta-3 adrenergic, từ đó giúp thư giãn cơ bàng quang và tăng cường khả năng chứa đựng nước tiểu [4]. Theo y văn đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả và an toàn của Mirabegron trong điều trị OAB nguyên phát, trong đó có cả trên đối tượng lớn tuổi [5]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào trên đối tượng OAB sau đột quỵ não. Trong bối cảnh này, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị và tính an toàn của Mirabegron đối với BN OAB sau đột quỵ não, nhằm*

góp phần cải thiện chất lượng điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN đột quy não.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 BN được chẩn đoán OAB sau đột quy não, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN > 18 tuổi; BN được chẩn đoán đột quy não theo tiêu chuẩn WHO; hình ảnh CT hoặc MRI [6], chẩn đoán OAB theo ICS [7], nhận thức bình thường (MMSE $\geq$ 24/30); BN đồng ý tham gia nghiên cứu; BN có mức độ đột quy nhẹ - trung bình (NIHSS $\leq$ 15), nhận thức bình thường (MMSE $\geq$ 24), có khả năng trả lời câu hỏi và tuân thủ điều trị [8]; thời gian xuất hiện OAB được xác định $\geq$ 72 giờ sau đột quy, theo tiêu chuẩn ICS, để phân biệt với OAB mạn tính có từ trước [9].

** Tiêu chuẩn loại trừ:* BN mắc bệnh lý tiết niệu dưới (sỏi, phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt), rối loạn tiểu tiện do nguyên nhân thần kinh khác (Parkinson, chấn thương tủy sống), chống chỉ định với Mirabegron (mẫn cảm với thành phần thuốc, rối loạn chức năng gan nặng, suy tim nặng, huyết áp động mạch không kiểm soát được, hoặc đang mang thai và cho con bú); triệu chứng đường tiết niệu dưới do u bàng quang, viêm bàng quang, bệnh lý niệu

đạo; BN đột quy có bí tiểu phải đặt thông tiểu lưu; BN không tham gia đủ chương trình điều trị.

** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:* Từ tháng 10/2024 - 6/2025 tại Bệnh viện Bạch Mai.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng.

** Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:* 30 BN OAB sau đột quy não, đáp ứng tiêu chuẩn ICS 2002 [7], điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Chọn mẫu thuận tiện, gồm tất cả BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tất cả BN đều được điều trị bằng Mirabegron 50mg, theo dõi kết quả trước và sau điều trị (2 tuần và 4 tuần).

** Quy trình can thiệp:*

BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn được điều trị bằng Mirabegron 50 mg/ngày. Chúng tôi chỉ bắt đầu đánh giá OAB khi $\geq$ 72 giờ sau đột quy, BN đã ổn định huyết áp, mạch và đều được đánh giá tại thời điểm bắt đầu can thiệp, 2 tuần và sau 4 tuần điều trị. Điều trị bằng Mirabegron được thực hiện theo chỉ định, hướng dẫn của ICS về điều trị OAB [7].

Tiêu chí đánh giá tác dụng không mong muốn bao gồm tăng huyết áp $\geq$ 10 mmHg so với giá trị ban đầu, nhịp nhanh $\geq$ 100 lần/phút, khô miệng với DMS $\geq$ 2, táo bón loại 1 - 2 theo thang Bristol, đau đầu hoặc cảm giác khó chịu ở vùng đầu/mặt.

Phân biệt tác dụng phụ của thuốc và triệu chứng đột quy: Ghi nhận trước điều trị, so sánh sau dùng thuốc, chỉ coi là tác dụng phụ nếu xuất hiện mới hoặc tăng rõ rệt.

* *Biến số và chỉ số nghiên cứu*: Các thông tin cơ bản như tuổi, giới tính, loại đột quy, điểm NIHSS; mức độ OAB đánh giá bằng OABSS, cảm giác buồn tiểu, mức độ són tiểu; nhật ký đi tiểu 24 giờ; chất lượng cuộc sống theo IPSS-QoL; tỷ lệ cải thiện sau điều trị và các tác dụng không mong muốn. Đánh giá được thực hiện trước điều trị, sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả bao gồm tuổi, giới tính, bên liệt, thời gian sau đột quy, điểm NIHSS và mức độ OAB theo OABSS.

* *Kiểm soát yếu tố nhiễu*: Loại trừ BN đang dùng thuốc kháng cholinergic

hoặc thuốc ảnh hưởng đến tiểu tiện; yêu cầu chế độ ăn uống, sinh hoạt ổn định trong thời gian nghiên cứu

* *Xử lý số liệu*: Bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh trước và sau điều trị thông qua sử dụng phép kiểm định Wilcoxon, mối liên quan với kết quả đánh giá qua tuổi, giới tính, bên liệt, thời gian sau đột quy, NIHSS và OABSS bằng OR (95%CI).

3. Đạo đức nghiên cứu

Phác đồ điều trị Mirabegron ở BN sau đột quy não được áp dụng theo hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Quốc tế (ICS) và tuân thủ theo các quy định về nghiên cứu y sinh trong y học của Bệnh viện Bạch Mai. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Bạch Mai cho phép sử dụng và công bố. Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính (nam)	19	63,33
Nhồi máu não (%)	20	66,67
Liệt nửa người trái (%)	13	43,33
Tuổi (năm) (trung vị - IQR)	66	57 - 74
Thời gian đột quy não đến khi tiến hành nghiên cứu (ngày) (trung vị - IQR)	4	3 - 7
Điểm NIHSS (trung vị - IQR)	7	4 - 10

(IQR: Khoảng tứ phân vị)

Nhóm điều trị Mirabegron gồm 63,33% nam giới, 66,67% đột quy nhồi máu, 43,33% liệt nửa người trái. Tuổi trung vị là 66 (IQR 57 - 74), thời gian từ đột quy đến khi nghiên cứu với trung vị là 4 ngày (IQR 3 - 7), điểm NIHSS trung vị là 7 (IQR 4 - 10), phản ánh mức độ đột quy từ trung bình đến nặng.

Bảng 2. Mức độ cải thiện điểm OABSS trước và sau điều trị.

Thời điểm	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị 4 tuần ($\bar{X} \pm SD$)	p*
Điểm OABSS (điểm) của nhóm điều trị Mirabegron	10,97 ± 1,39	5,7 ± 1,31	< 0,001

(p*: So sánh sự thay đổi trước và sau điều trị (Wilcoxon signed ranks test))

Nhóm Mirabegron có điểm OABSS giảm từ 10,97 ± 1,39 xuống 5,7 ± 1,31 sau can thiệp (p < 0,001), cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện triệu chứng.

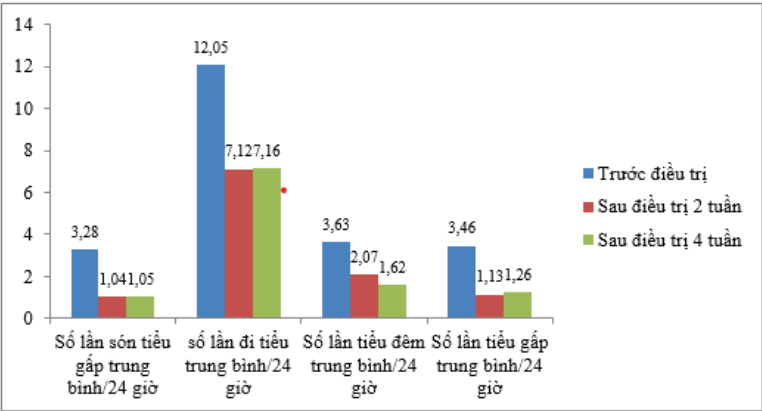
Bảng 3. Cải thiện chất lượng sống theo câu số 8 của thang điểm IPSS-QoL.

Thời điểm	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị 4 tuần ($\bar{X} \pm SD$)	p*
Điểm IPSS-QoL (điểm) của nhóm điều trị Mirabegron	5,51 ± 1,24	3,17 ± 1,32	< 0,001

(p*: So sánh sự thay đổi trước và sau điều trị (Wilcoxon signed ranks test))

Nhóm Mirabegron có điểm IPSS-QoL giảm từ 5,51 ± 1,24 xuống 3,17 ± 1,32 sau can thiệp (p < 0,001), cho thấy cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống.

Tác dụng phụ ở nhóm BN điều trị Mirabegron: Trong nhóm Mirabegron 50mg, tăng huyết áp xảy ra ở 2 BN (6,67%) và nhịp nhanh ở 1 BN (3,34%), đều không vượt ngưỡng chẩn đoán và không cần ngừng thuốc. Khô miệng, táo bón và đau đầu không ghi nhận được.



Biểu đồ 1. Nhật ký tiểu ba ngày trước và sau điều trị Mirabegron.

(Trục hoành biểu thị các triệu chứng của OAB ghi nhận trong nhật ký đi tiểu, trục tung là tần suất xuất hiện các triệu chứng trung bình/24 giờ)

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

Biểu đồ cho thấy số lần tiểu của nhóm điều trị cải thiện rõ rệt sau can thiệp. Số lần són tiểu giảm từ 3,28 lần/ngày xuống 1,04 lần/ngày sau 2 tuần và 1,13 lần/ngày sau 4 tuần. Số lần đi tiểu trung bình giảm từ 7,12 lần/ngày xuống 5,63 lần/ngày và 5,75 lần/ngày. Số lần tiểu đêm giảm nhẹ từ 3,63 lần/ngày xuống 2,07 lần/ngày sau 2 tuần nhưng lại tăng 3,46 lần/ngày sau 4 tuần. Số lần tiểu gấp giảm từ 3,46 lần/ngày xuống 1,13 lần/ngày và 1,26 lần/ngày. Nhìn chung, són tiểu, đi tiểu trung bình và tiểu gấp cải thiện rõ rệt, đặc biệt trong 2 tuần đầu, trong khi tiểu đêm thay đổi ít hơn.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị Mirabegron.

Yếu tố liên quan		Cải thiện tốt ($\Delta OABSS \geq 2$)		Cải thiện kém ($\Delta OABSS < 2$)		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Tuổi	< 75	17	73,91	6	26,09	7,08 (3,93 - 12,75)
	≥ 75	2	28,57	5	71,43	
Giới tính	Nam	13	65,00	7	35,00	1,24 (0,47 - 3,3)
	Nữ	6	60,00	4	40,00	
Điểm NIHSS	Nhẹ	5	62,50	3	37,50	0,95 (0,64 - 1,41)
	Vừa	14	63,64	8	36,36	
PL ĐQN	Nhồi máu não	13	72,22	5	27,78	2,60 (1,19 - 5,69)
	Xuất huyết não	6	50,00	6	50,00	

($\Delta OABSS$: Mức cải thiện điểm OABSS so với ban đầu; PL ĐQN: Phân loại đột quỵ não)

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi và loại đột quỵ ảnh hưởng đáng kể đến cải thiện sau điều trị. BN < 75 tuổi có tỷ lệ cải thiện tốt (73,91%), cao gấp 7 lần nhóm ≥ 75 tuổi (OR = 7,08; 95%CI: 3,93 - 12,75). Giới tính và điểm NIHSS không ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả (OR giới tính = 1,24; OR NIHSS = 0,95). BN nhồi máu não cải thiện tốt (72,22%), cao hơn xuất huyết não (50%) với OR = 2,60 (95%CI: 1,19 - 5,69).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm OABSS của nhóm điều trị Mirabegron giảm từ 10,97 xuống 5,7, với giá trị $p < 0,001$, chứng tỏ Mirabegron có hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng OAB. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vasudeva và CS [8] đã củng cố hiệu quả và độ an toàn của Mirabegron trong điều trị OAB.

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm IPSS-QoL của nhóm điều trị Mirabegron giảm từ $5,51 \pm 1,24$ xuống $3,17 \pm 1,32$ sau can thiệp, với giá trị $p < 0,001$, chứng tỏ Mirabegron cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống của BN. Sự cải thiện này thể hiện qua việc giảm các triệu chứng OAB. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sato và CS [9], củng cố hiệu quả của Mirabegron trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN OAB.

Trong nhóm điều trị Mirabegron 50mg, tác dụng không mong muốn ghi nhận bao gồm tăng huyết áp ở 2 BN (6,67%) và nhịp nhanh ở 1 BN (3,34%), nhưng không vượt quá ngưỡng tăng huyết áp theo AHA và không cần dừng thuốc. Các tác dụng phụ như khô miệng, táo bón và đau đầu không xuất hiện. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ito và CS [10], cho thấy khi huyết áp ban đầu được kiểm soát tốt, việc tăng huyết áp

và nhịp nhanh chỉ ở mức nhẹ, không cần ngừng điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Mirabegron có hiệu quả rõ rệt trong việc giảm các triệu chứng OAB, đặc biệt trong 2 tuần đầu điều trị. Tương tự nghiên cứu của Chapple và CS [4], số lần són tiểu gấp và đi tiểu trung bình mỗi ngày đều giảm đáng kể. Tuy nhiên, số lần tiểu đêm giảm ít hơn và thậm chí tăng trở lại sau 4 tuần điều trị. Điều này cho thấy Mirabegron có hiệu quả trong việc cải thiện hầu hết các triệu chứng, nhưng cần nghiên cứu thêm để hiểu rõ hơn về tác động của thuốc đối với tiểu đêm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tuổi tác và loại đột quy có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị với Mirabegron. BN < 75 tuổi có tỷ lệ cải thiện tốt cao hơn gấp 7 lần so với nhóm ≥ 75 tuổi, với OR = 7,08 (95%CI: 3,93 - 12,75). BN nhồi máu não cũng có khả năng cải thiện tốt cao hơn gấp 2,6 lần so với BN xuất huyết não (OR = 2,60, 95%CI: 1,19 - 5,69). Tuy nhiên, giới tính và điểm NIHSS không ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả điều trị, với OR lần lượt là 1,24 và 0,95, cho thấy các yếu tố này không phải là yếu tố quyết định quan trọng trong hiệu quả điều trị. Những kết quả ban đầu này góp phần nâng cao chất lượng điều trị và mở ra hướng nghiên cứu sâu hơn.

KẾT LUẬN

Mirabegron cải thiện rõ rệt triệu chứng OAB và chất lượng cuộc sống ở BN OAB sau đột quỵ, hiệu quả thấy ngay sau 2 tuần. Tác dụng phụ nhẹ (tăng huyết áp 6,67%, nhịp nhanh 3,34%) và không cần ngừng thuốc. Số lần són tiểu giảm từ 3,28 lần/ngày xuống 1,04 lần/ngày, tiểu trung bình từ 7,12 lần/ngày xuống 5,63 lần/ngày, tiểu gấp từ 3,46 lần/ngày xuống 1,13 lần/ngày. Tuổi < 75 và đột quỵ nhồi máu não dự báo cải thiện tốt; giới tính và điểm NIHSS không ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Điểm OAB giảm từ $10,97 \pm 1,39$ xuống $5,7 \pm 1,31$, điểm chỉ số triệu chứng tuyến tiền liệt quốc tế - chất lượng cuộc sống giảm từ $5,51 \pm 1,24$ xuống $3,17 \pm 1,32$ ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pyo H, Kim BR, Park M, Hong JH, Kim EJ. Effects of overactive bladder symptoms in stroke patients' health-related quality of life and their performance scale. *Ann Rehabil Med*. 2017 Dec 28; 41(6):935-943.

2. Agapiou E, Pyrgelis ES, Mavridis IN, Meliou M, Wimalachandra WSB. Bladder dysfunction following stroke: An updated review on diagnosis and management. *Bladder (San Franc)*. 2024 Aug 23; 11(1):e21200005.

3. Szabo SM, Gooch KL, Walker DR, Johnston KM, Wagg AS. The association between overactive bladder and falls and fractures: A systematic review. *Adv Ther*. 2018; 35(11):1831-1841.

4. Chapple CR, Cruz F, Cardozo L, Staskin D, Herschorn S, Choudhury N, et al. Safety and efficacy of mirabegron: Analysis of a large integrated clinical trial database of patients with overactive bladder receiving mirabegron, antimuscarinics, or placebo. *Eur Urol*. 2020 Jan; 77(1):119-128.

5. O'Kane M, Robinson D, Cardozo L, Wagg A, Abrams P. Mirabegron in the management of overactive bladder syndrome. *Int J Womens Health*. 2022 Sep 16; 14:1337-1350.

6. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016 Jun; 47(6):e98-169.

7. ICS [Internet]. ICS terminology [Overactive Bladder]. [cited 2025 Aug 5]. Available

from: <https://www.ics.org/terminology/23>.

8. Vasudeva P, Kumar A, Yadav S, Kumar N, Chaudhry N, Prasad V, et al. Neurological safety and efficacy of darifenacin and mirabegron for the treatment of overactive bladder in patients with history of cerebrovascular accident: A prospective study. *Neurol Urodyn*. 2021 Nov; 40(8):2041-2047.

9. Sato H, Otsuka S, Tsukada S. Mirabegron versus

vibegron in previously untreated female patients with overactive bladder: A randomized, single-clinic, open-label trial. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*. 2023; 15(4):129-138.

10. Ito H, Matsuo T, Mitsunari K, Ohba K, Miyata Y. Impact of mirabegron administration on the blood pressure and pulse rate in patients with overactive bladder. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Jun 19; 58(6):825.

**THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI Ở
BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA TIẾT NIỆU DƯỚI,
BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 TỪ THÁNG 10 - 12/2024**

*Nguyễn Thị Thịnh¹, Trịnh Hoàng Anh¹, Nguyễn Thị Bích¹
Mai Thị Thanh An¹, Nguyễn Công Định^{1*}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và phác đồ điều trị kháng sinh ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới (lower urinary tract infections - LUTIs) điều trị nội trú tại Khoa Tiết niệu dưới. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang hồ sơ bệnh án của 119 BN được chẩn đoán LUTIs và điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (BV TWQĐ) 108 từ tháng 10 - 12/2024. **Kết quả:** Nam giới chiếm 88,2%, nữ giới chiếm 11,8%; nhóm tuổi từ 62 - 78 chiếm 46,2%. Triệu chứng thường gặp là tiểu khó (51,3%), tiểu dắt (42%), bí tiểu (41,2%) và tiểu buốt (38,7%). Cấy nước tiểu dương tính ở 58 trường hợp; chủ yếu là *Escherichia coli* (*E.coli*) (36,2%) và *Pseudomonas aeruginosa* (*P.aeruginosa*) (19%). *E.coli* còn nhạy cảm với amikacin (85,7%) và carbapenem (85,7 - 90%), nhưng đề kháng cao với cephalosporin và fluoroquinolone (> 50%). Điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm chiếm 81,5%; phác đồ thường gặp nhất là cephalosporin đơn trị (30,9%). **Kết luận:** LUTIs ở BN nội trú chủ yếu do *E.coli* với mô hình đề kháng cao đối với cephalosporin/fluoroquinolone; cân nhắc aminoglycoside hoặc carbapenem trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng hoặc nguy cơ cao.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới; Bệnh nhân nội trú; *Escherichia coli*; Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Công Định (nguyendinh2494@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1616>

**LOWER URINARY TRACT INFECTIONS AMONG INPATIENTS
AT THE LOWER URINARY TRACT DEPARTMENT,
108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL FROM 10 - 12/2024**

Abstract

Objective: To describe the clinical, microbiological characteristics, and empirical antibiotic treatment regimens in patients diagnosed with lower urinary tract infections (LUTIs) who were hospitalized in the Lower Urinary Tract Department, 108 Military Central Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted by reviewing the medical records of 119 inpatients diagnosed with LUTIs from October to December 2024. Data collected included clinical presentations, laboratory and microbiological findings, and antibiotic regimens administered. **Results:** Males accounted for 88.2%, females accounted for 11.8%, and the 62 - 78-year age group comprised 46.2%. The most common symptoms were voiding difficulty (51.3%), urinary frequency (42.0%), urinary retention (41.2%), and painful/burning urination (38.7%). Positive urine cultures were found in 58 cases, predominantly *E.coli* (36.2%) and *P.aeruginosa* (19.0%). *E.coli* remained susceptible to amikacin (85.7%) and carbapenems (85.7 - 90%) but showed high resistance to cephalosporins and fluoroquinolones (> 50%). Empirical initial therapy accounted for 81.5%, with cephalosporin monotherapy being the most common regimen (30.9%). **Conclusion:** Lower urinary tract infections (LUTIs) in this inpatient cohort are predominantly caused by *E.coli* with substantial resistance to cephalosporins/fluoroquinolones; aminoglycosides or carbapenems should be considered for severe or high-risk cases.

Keywords: Lower urinary tract infection; Inpatient; *Escherichia coli*; Empirical antibiotic therapy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một trong những bệnh lý nhiễm trùng thường gặp nhất, biểu hiện lâm sàng đa dạng và có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn hoặc tử vong,

đặt ra thách thức lớn trong thực hành lâm sàng [1], đặc biệt ở nhóm BN có can thiệp đường tiết niệu, đặt ống thông tiểu kéo dài. Ở Hoa Kỳ, có tới 80% trường hợp nhiễm trùng đường tiết niệu biến chứng là do đặt ống thông tiểu [2].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu khảo sát gần đây ghi nhận tỷ lệ kháng kháng sinh cao của *E.coli* và *Klebsiella spp.* với cephalosporin và fluoroquinolone, cùng tỷ lệ chủng sinh ESBL vào khoảng 60,77% [3], gây khó khăn trong lựa chọn phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về nhiễm khuẩn đường tiết niệu (urinary tract infections - UTIs) nói chung, nhưng đối tượng LUTIs ở BN điều trị nội trú với nhiều tổ nguy cơ như tuổi cao, thực hiện các thủ thuật tiết niệu và đặt ống thông tiểu kéo dài vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Xuất phát từ thực trạng trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, vi sinh và phác đồ sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm ở BN LUTIs điều trị nội trú.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 119 BN được chẩn đoán LUTIs điều trị nội trú tại Khoa Tiết niệu dưới, BV TWQĐ 108 trong thời gian từ tháng 10 - 12/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán LUTIs dựa trên triệu chứng đường tiểu dưới (tiểu buốt, tiểu dắt, tiểu máu, ...), ngoài ra có thể xuất hiện các triệu chứng như sốt nhẹ, không rét run, đau thắt lưng mơ hồ và dấu hiệu rung

thận (-) và/hoặc bằng chứng cận lâm sàng (bạch cầu niệu ≥ 25 WBC/ μ L hoặc cấy nước tiểu dương tính).

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh cảnh UTIs trên (sốt cao, rét run, đau thắt lưng khu trú) dấu hiệu rung thận (+) hoặc nhiễm khuẩn huyết tại thời điểm nhập viện.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang loạt ca bệnh.

* *Xử lý số liệu:* Dữ liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0. Các biến số được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định trong nghiên cứu của BV TWQĐ 108. Số liệu nghiên cứu được BV TWQĐ 108 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhân khẩu và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong 119 BN ghi nhận, nam giới là 105 (88,2%), nữ giới là 14 (11,8%) và trung vị tuổi là 72 (IQR 19). Phân bố nhóm tuổi: 28 - 44 (6 trường hợp chiếm 5,0%), 45 - 61 (25 trường hợp chiếm 21,0%), 62 - 78 (55 trường hợp chiếm 46,2%), 78 - 95 (33 trường hợp chiếm 27,7%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng, n (%)
Triệu chứng lâm sàng	
Tiểu khó	61 (51,3)
Tiểu dắt	50 (42,0)
Tiểu buốt	46 (38,7)
Tiểu máu	21 (17,6)
Bí tiểu	49 (41,2)
Đau hạ vị	8 (6,7)
Sốt	9 (7,6)
Đau thắt lưng	3 (2,5)
Tiền sử phẫu thuật tiết niệu	
Có	40 (33,6)
Không	79 (66,4)
Các thủ thuật tiết niệu trước nhập viện	
Đặt ống thông tiểu	38 (31,9)
Dẫn lưu bàng quang trên mu	10 (8,4)
Không can thiệp	71 (59,7)
Bệnh lý tiết niệu đang mắc	
Phì đại tuyến tiền liệt	58 (48,7)
Viêm bàng quang	20 (16,7)
U bàng quang	15 (12,6)
Khác (mỗi loại < 10%)*	

(*: Xơ hẹp cổ bàng quang, hẹp niệu đạo (9,2%), sỏi bàng quang (6,7%), bàng quang thần kinh (4,2%), áp xe tuyến tiền liệt (1,7%).)

Triệu chứng lâm sàng hay gặp bao gồm tiểu khó (51,3%), tiểu dắt (42%), bí tiểu (41,2%) và tiểu buốt (38,7%). Các triệu chứng khác ít gặp như sốt (7,6%) và đau thắt lưng (2,5%). Tỷ lệ BN có tiền sử phẫu thuật tiết niệu là 33,6% và thực hiện các thủ thuật tiết niệu ngoại viện là 40,3%. Bệnh lý tiết niệu đi kèm chủ yếu là phì đại tuyến tiền liệt (48,7%).

Bảng 2. Kết quả cấy khuẩn nước tiểu dương tính của các đối tượng có tiền sử phẫu thuật tiết niệu và được thực hiện thủ thuật tiết niệu trước khi nhập viện.

Biến số	Cấy khuẩn niệu, n (%)			Giá trị p (*)
	Dương tính	Âm tính	Tạp nhiễm	
Tiền sử phẫu thuật tiết niệu				
Có	19 (47,5)	19 (47,5)	2 (5,0)	0,7
Không	39 (49,4)	38 (48,1)	2 (2,5)	
Tiền sử thủ thuật tiết niệu				
Đặt ống thông tiểu	19 (50,0)	18 (47,4)	1 (2,6)	0,06
Đặt DLBQ trên mu	6 (60,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	
Không can thiệp	33 (46,5)	37 (51,2)	1 (1,4)	

(DLBQ: Dẫn lưu bàng quang; *Kiểm định Fisher's exact test)

Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính ở nhóm BN có tiền sử phẫu thuật tiết niệu là 47,5%, tương đương với nhóm không có tiền sử phẫu thuật là 49,4%, với $p = 0,7$. Tỷ lệ cấy khuẩn nước tiểu dương tính ở nhóm BN có đặt dẫn lưu bàng quang trên mu là 60%, nhóm đặt ống thông tiểu là 50% và nhóm không có can thiệp thủ thuật tiết niệu là 46,5%, với $p = 0,06$.

2. Đặc điểm vi sinh vật của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 58 trường hợp cấy khuẩn nước tiểu dương tính.

Bảng 3. Kết quả vi sinh vật của đối tượng nghiên cứu.

Loài vi sinh vật		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gram (-)	<i>Escherichia coli</i>	21	36,2
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11	19
	<i>Klebsiella spp.</i>	4	6,9
	<i>Proteus mirabilis</i>	2	3,4
	Khác (Gram âm)*	10	17,2
Gram (+)	<i>Enterococcus spp.</i>	4	6,9
	<i>Streptococcus spp.</i>	2	3,4
	<i>Staphylococcus spp.</i>	2	3,4
Nấm	<i>Candida</i>	2	3,4

(*Khác (Gram âm) gồm: *Pseudomonas putida* (2), *Enterobacter spp.* (3), *Acinetobacter spp.* (2), *Citrobacter spp.* (1), *Aeromonas punctata* (1), *Morganella morganii* (1))

Tỷ lệ mọc vi khuẩn Gram (-) là 82,9%, vi khuẩn Gram (+) là 13,7% và nấm là 3,4%. Trong các chủng Gram (-), *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (36,2%), tiếp theo là *P.aeruginosa* (19%).

Bảng 4. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn *E.coli*.

Kháng sinh	S		R		I	
	n	%	n	%	n	%
Amikacin	18	85,7	3	14,3		
Amoxicillin/Clavulanic acid	3	14,3	14	66,7	4	19,0
Ampicillin	1	5	19	95		
Cefazolin	2	10	18	90		
Ceftazidime	8	38,1	8	38,1	5	23,8
Cefepime	10	50	10	50		
Cefotaxime	9	45	11	55		
Ertapenem	18	85,7	3	14,3		
Meropenem	18	85,7	2	9,5	1	4,8
Imipenem	18	90	2	10		
Gentamicin	10	47,6	11	52,4		
Piperacillin/Tazobactam	14	70	6	30		
Tobramycin	8	40	12	60		

(S: Nhạy cảm; R: Kháng thuốc; I: Trung gian)

Vi khuẩn nhạy cảm cao với amikacin (85,7%) và nhóm carbapenem (Ertapenem (85,7%), Meropenem (85,7%) và Imipenem (90%)), đề kháng nhiều với nhóm cephalosporins và fluoroquinolons (> 50%).

Bảng 5. Phác đồ điều trị kháng sinh và các biện pháp điều trị phối hợp.

Phác đồ điều trị	Số lượng, n (%)
Phác đồ điều trị ban đầu	
Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm	97 (81,5)
Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ	22 (18,5)
Phác đồ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm	
Cephalosporins + aminoglycosides	22(22,7)
Cephalosporins + fluoroquinolones	28 (28,9)
Penicillin mở rộng + aminoglycosides	4 (4,1)
Cephalosporins	30 (30,9)
Fluoroquinolones	12 (12,4)
Glycopeptides	1 (1)
Thực hiện thủ thuật điều trị phối hợp	
Đặt ống thông tiểu + bơm rửa bàng quang	45 (37,8)
Đặt ống thông tiểu + rửa bàng quang liên tục	6 (5,0)

Điều trị ban đầu theo phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm là 97 trường hợp (81,5%) và điều trị theo kháng sinh đồ là 22 trường hợp (18,5%). Trong điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, phác đồ cephalosporins chiếm tỷ lệ cao nhất (30,9%), tiếp theo là cephalosporins + fluoroquinolones (28,9%) và cephalosporins + aminoglycosides (22,7%). Về thủ thuật tiết niệu phối hợp, đặt ống thông tiểu + bơm rửa bàng quang chiếm 37,8% và đặt ống thông tiểu + rửa bàng quang liên tục là 5,0%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam (88,2%) cao hơn nữ (11,8%), có sự khác biệt với một số tác giả như nghiên cứu của Lê Đình Khánh và CS (2018) [4] với tỷ lệ nam là 69,4% và nữ là 30,6%, nhưng có sự tương đồng với tác giả Nguyễn Tài Thu (2022) [5] với tỷ lệ nam (63%) lớn hơn nữ (37%). Nhóm tuổi 62 - 78 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,2%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tài Thu và CS (2022) [5] có nhóm BN > 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,8%). Tác giả Trần Thị Kiều Phương và CS (2022) [6] nhận thấy nhóm tuổi 20 - 45 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%). Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính và độ tuổi xuất phát từ cấu trúc mặt bệnh của từng

nghiên cứu. Chức năng nhiệm vụ của Khoa Tiết niệu dưới là điều trị các bệnh lý đường tiểu dưới, mà chủ yếu là phì đại tuyến tiền liệt, bệnh lý thường gặp ở nam giới trung và cao tuổi. Đây là nhóm đối tượng có sức đề kháng yếu và có các bất thường về cấu trúc và chức năng của hệ tiết niệu, thường phải đặt ống thông tiểu và lưu ống thông tiểu kéo dài, gây ra nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn.

Các triệu chứng lâm sàng nổi bật là các triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới như tiểu khó, tiểu dắt, tiểu buốt và bí tiểu (lần lượt là 51,3%, 50%, 46%, 49%), triệu chứng ít gặp là đau thắt lưng và sốt (lần lượt là 2,5%; 7,6%). Nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương và CS (2022) [6] cho thấy triệu chứng đường tiểu dưới là thường gặp nhất (72%), tiếp theo là đau hông lưng (48,4%). Nghiên cứu của Lê Đình Khánh và CS (2018) [4] ghi nhận triệu chứng hay gặp nhất là đau thắt lưng (53,3%). Điều này là do sự khác biệt về cấu trúc mặt bệnh của từng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mặt bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là phì đại tuyến tiền liệt (48,7%), là nguyên nhân hàng đầu gây ra nhiễm khuẩn đường tiểu dưới.

Tỷ lệ cấy khuẩn nước tiểu dương tính tương đương ở hai nhóm có hoặc không có tiền sử phẫu thuật tiết niệu (lần lượt là 47,5% và 49,4%), nhóm được can thiệp thủ thuật ngoại viện (đặt ống

thông tiểu, dẫn lưu bàng quang trên mu) có tỷ lệ cấy khuẩn dương tính cao hơn (lần lượt là 50% và 60%). Nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương và CS (2022) [6] cho thấy yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là các can thiệp đường tiết niệu (71%). Kết quả của chúng tôi cũng chưa thực sự nêu rõ được sự khác biệt giữa các nhóm trong nghiên cứu với $p > 0,05$. Điều này là do cơ cấu mặt bệnh trong nghiên cứu và cỡ mẫu còn nhỏ, nhưng kết quả này hoàn toàn phù hợp với các yếu tố nguy cơ cao của UTIs.

2. Đặc điểm vi khuẩn học của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy chủng vi khuẩn Gram (-) có tỷ lệ cao nhất là 82,9%, trong đó *E.coli* thường gặp nhất (36,2%), tiếp theo là *P.aeruginosa* (19%). Nghiên cứu của Bùi Tiến Sỹ và CS (2023) [3] ghi nhận chủng *E.coli* và *P.aeruginosa* với tỷ lệ lần lượt là 45,15% và 7,92% và nghiên cứu của Lê Đình Khánh và CS (2018) [4] với tỷ lệ 2 chủng trên lần lượt là 45,88% và 8,24%. *E.coli* vẫn là vi khuẩn gây ra LUTIs chủ yếu.

Về sự nhạy cảm kháng sinh, vi khuẩn *E.coli* có sự đề kháng cao với các kháng sinh cephalosporins và fluoroquinolons ($> 50\%$) và nhạy cảm cao với amikacin (85,7%) và nhóm carbapenems (Ertapenem (85,7%), Meropenem (85,7) và Imipenem (90%). Nghiên cứu của

Trần Thị Kiều Phương và CS (2022) [6] nhận thấy vi khuẩn *E.coli* nhạy cảm với carbapenem, amikacin lần lượt là 95% và 93,5%. Nghiên cứu của Bùi Tiến Sỹ và CS (2023) [3] cho thấy vi khuẩn *E.coli* nhạy cảm với các kháng sinh amikacin (81,1%), kháng sinh nhóm carbapenem ($> 93\%$) và có sự đề kháng cao với nhóm cephalosporins và nhóm fluoroquinolones ($> 50\%$). Kết quả cho thấy thực trạng vi khuẩn *E.coli* vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra LUTIs với sự đề kháng cao với kháng sinh thông thường.

Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm đang sử dụng nhiều nhất là cephalosporins đơn độc (30,9%), tiếp theo là cephalosporins + fluoroquinolons (28,9%), cephalosporins + aminoglycosides (22,7%). Nghiên cứu của Vũ Thị Thúy An và CS (2022) [7] cho thấy cefoxitin được sử dụng làm kháng sinh theo kinh nghiệm nhiều nhất (24,6% và 26,6% ở 2 giai đoạn) và phác đồ phối hợp kháng sinh cefoxitin + ciprofloxacin chiếm tỷ lệ cao nhất ($> 6,0\%$). Nghiên cứu của Phạm Thúy Yên Hà và CS (2022) [8] ghi nhận fosfomycin và ertapenem là hai kháng sinh theo kinh nghiệm đơn trị được ưu tiên lựa chọn (lần lượt là 29,8% và 25,8%) và phác đồ phối hợp fosfomycin - levofloxacin được ưu tiên sử dụng nhiều nhất (19,2%). Việc lựa chọn các phác đồ kháng sinh theo kinh

nghiệm có sự khác nhau giữa các địa điểm nghiên cứu là do tình hình nhạy cảm của vi khuẩn khác nhau giữa các bệnh viện. Đặc điểm BN nội trú LUTIs là nhiễm khuẩn niệu phức tạp với các yếu tố nguy cơ cao như rối loạn về cấu trúc và chức năng đường tiết niệu, liên quan ống thông tiểu. Do đó, cần thiết phải dùng phác đồ kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh theo các hướng dẫn điều trị [9]. Các biện pháp điều trị phối hợp như bơm rửa bàng quang (37,5%) hoặc rửa bàng quang liên tục (5%) được thực hiện ở hầu hết các trường hợp có ống thông niệu đạo hoặc ống dẫn lưu bàng quang trên mu. Việc thực hiện các thủ thuật trên phù hợp với phác đồ điều trị nhiễm khuẩn niệu trên thế giới [10].

KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới ở BN điều trị nội trú chủ yếu gặp ở nam giới lớn tuổi, biểu hiện lâm sàng nổi bật là các triệu chứng rối loạn đường tiết niệu dưới. Vi khuẩn *E.coli* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất (36,2%) và nhạy cảm tốt với nhóm carbapenems và aminoglycosides. Cần cân nhắc ưu tiên sử dụng nhóm carbapenems hoặc aminoglycosides trong điều trị BN LUTIs có dấu hiệu lâm sàng nặng và có nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sabih A, Leslie SW. Complicated urinary tract infections. *StatPearls*. 2025.
2. Werneburg GT. Catheter-associated urinary tract infections: Current challenges and future prospects. *Res Rep Urol*. 2022; 14:109-133. DOI:10.2147/RRU.S273663.
3. Bùi Tiến Sỹ, Trịnh Thu Thủy, Nguyễn Xuân Chính. Đặc điểm phân bố và mức độ kháng kháng sinh của *Escherichia coli* gây nhiễm khuẩn niệu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ ngày 01/5/2022 đến ngày 30/4/2023. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2023;
4. Lê Đình Khánh, Nguyễn Khoa Hùng, Nguyễn Xuân Mỹ, Võ Minh Nhật, Nguyễn Ngọc Minh, Hồ Thị Ngọc Sương. Tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại Khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y Dược học*. 2018:98-106.
5. Nguyễn Tài Thu, Đào Văn Duy, Dương Thị Huyền, Thân Thị Phượng, Hoàng Thị Thuận, Lưu Xuân Huân. Khảo sát đặc điểm nhiễm trùng tiết niệu ở bệnh nhân hồi sức tích cực - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2022;
6. Trần Thị Kiều Phương, Đặng Thị Việt Hà. Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp tại bệnh viện Bạch mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 518(2).

7. Vũ Thị Thuý An, Nguyễn Thanh Hải, Nguyễn Minh Thành, Lê Văn Lâm, Bùi Thị Hương Quỳnh. Đánh giá hiệu quả của công tác dược lâm sàng và chương trình quản lý sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu tại bệnh viện thống nhất. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;

8. Phạm Thuý Yên Hà, Chung Khả Hân, Đặng Nguyễn Đoan Trang. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại Khoa Tiết Niệu Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 517(1)

9. Vũ Lê Chuyên. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu 2021. Hội thận học Việt Nam Nhà xuất bản Đại học Huế: Hội thận học Việt Nam. 2021; 15.

10. Ramezani F, Khatiban M, Rahimbashar F, Soltanian AR. Efficacy of bladder irrigation in preventing urinary tract infections associated with short-term catheterization in comatose patients: A randomized controlled clinical trial. *Am J Infect Control*. Oct 2018; 46(10):e45-e50. DOI: 10.1016/j.ajic.2018.05.009.

**KHẢO SÁT SỨC CĂNG HAI THẤT BẰNG SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU
MÔ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH
GIAI ĐOẠN CUỐI TRƯỚC VÀ SAU GHEP THẬN**

Phạm Vũ Thu Hà¹, Nguyễn Thị Thu Hà^{1}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm sức căng 2 thất cũng như mối liên quan giữa chức năng 2 thất trước và sau ghép thận 1 tháng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có đối chứng trên 40 bệnh nhân (BN) mắc bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối được ghép thận, theo dõi lâm sàng và siêu âm trước và sau ghép 1 tháng tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11/2022 - 5/2023. **Kết quả:** Chức năng thất trái sau ghép thận 1 tháng cải thiện so với trước ghép. EF tăng có ý nghĩa ($54,1 \pm 7,6\%$ so với $58,5 \pm 5,8\%$, $p < 0,01$), GLS thất trái sau ghép thận 1 tháng cải thiện so với trước ghép ($-17,5 \pm 3,5\%$ và $-20,9 \pm 3,6\%$, $p < 0,01$). Sức căng thất phải (RV4CSL, RVFWSL) sau ghép tăng có ý nghĩa so với trước ghép (RV4CSL: $-17,56 \pm 4,82\%$ và $-21,14 \pm 3,90\%$, $p < 0,01$), (RVFWSL: $-20,59 \pm 6,10\%$ và $-24,81 \pm 4,58\%$). Sức căng thất phải gồm 2 thông số là RV4CSL và RVFWSL có mối tương quan thuận mức độ vừa với sức căng thất trái theo chiều dọc ($r = 0,43$ và $0,42$, $p < 0,01$). **Kết luận:** Sau ghép thận, EF và GLS cải thiện rõ rệt. Sức căng thất phải sau ghép 1 tháng tăng có ý nghĩa so với trước ghép. Sức căng thất phải tương quan thuận với sức căng thất trái theo chiều dọc.

Từ khóa: Sức căng thất phải; Sức căng thất trái; Bệnh thận mạn giai đoạn cuối; Ghép thận.

**STUDY ON THE BIVENTRICULAR STRAIN BY SPECKLE TRACKING
ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC
RENAL DISEASE BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION**

Abstract

Objectives: To investigate the characteristics of the left and right ventricular strain and the relationship between the biventricular function before and after 1

¹Bệnh viện Quân y 103

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hà (drthuha103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1597>

month of kidney transplantation. **Methods:** A cross-sectional descriptive, controlled study was conducted on 40 patients with end-stage chronic kidney disease who were undergoing kidney transplantation, with clinical and echocardiography monitoring before and after 1 month of transplantation at Military Hospital 103, from November 2022 to May 2023. **Results:** Left ventricular function after 1 month of kidney transplantation improved compared to before transplantation. EF increased significantly ($54.1 \pm 7.6\%$ and $58.5 \pm 5.8\%$, $p < 0.01$). Left ventricular GLS after 1 month of kidney transplantation improved compared to before transplantation ($-17.5 \pm 3.5\%$ and $-20.9 \pm 3.6\%$, $p < 0.01$). Right ventricular strain (RV4CSL, RVFWSL) after transplantation increased significantly compared to before transplantation (RV4CSL: $-17.56 \pm 4.82\%$ and $-21.14 \pm 3.90\%$, $p < 0.01$; RVFWSL: $-20.59 \pm 6.10\%$ and $-24.81 \pm 4.58\%$). Right ventricular strain (RV4CSL, RVFWSL) had a moderate positive correlation with longitudinal left ventricular strain ($r = 0.43$ and 0.42 , $p < 0.01$, respectively). **Conclusion:** After kidney transplantation, EF and GLS improved significantly. Right ventricular strain 1 month after transplantation increased significantly compared to before transplantation. Right ventricular strain was positively correlated with longitudinal left ventricular strain.

Keywords: Right ventricular strain; Left ventricular strain; End-stage kidney disease; Kidney transplantation.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng tim mạch rất thường gặp ở BN mắc BTMT giai đoạn cuối và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở nhóm đối tượng này. Ở BN mắc BTMT giai đoạn cuối, tim mạch thường bị tổn thương trên nhiều mặt như màng ngoài tim, cơ tim, mạch vành và van tim, với cơ chế bệnh sinh phức tạp, đa yếu tố. Các tổn thương trên tim mạch thường gặp ở giai đoạn này là dày thất trái, giãn thất trái hay bệnh lý động mạch vành, bệnh van tim, rối loạn chức năng tâm trương, cuối cùng là rối loạn chức năng

tâm thu thất trái cũng như thất phải. Siêu âm tim 3D đánh dấu mô là kỹ thuật thăm dò mới không xâm nhập, thuận tiện và được sử dụng rộng rãi, chi phí thấp, tương đối nhanh, giúp đánh giá được đồng thời hình thái và chức năng cả hai tâm thất, tình trạng các van tim và các thông tin về động học qua đo vận tốc dòng chảy trên siêu âm Doppler. Mặc dù có nhiều hiểu biết về tác động của BTMT lên tim trái, nhưng tim phải, có liên quan đáng kể đến lâm sàng, thường bị bỏ qua và đánh giá không đầy đủ ở những BN BTMT giai đoạn cuối.

Vì chức năng tim tốt có liên quan đến các biến cố sau ghép thận trong đó bao gồm cả thải ghép, tử vong do mọi nguyên nhân. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Khảo sát đặc điểm kích thước và sức căng 2 thất cũng như mối liên quan giữa chức năng 2 thất trước và sau ghép thận.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 40 BN được chẩn đoán BTMT giai đoạn cuối được ghép thận, theo dõi điều trị trước và sau ghép vào thời điểm sau 1 tháng tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 8/2024 - 5/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN được chẩn đoán BTMT giai đoạn cuối, được ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103, theo dõi điều trị sau ghép đầy đủ ít nhất 1 tháng. BN > 16 tuổi. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

BN được chẩn đoán hội chứng vành cấp: BN đau ngực tiến triển trên lâm sàng, ECG có biến đổi trong cơn đau (chênh lên của đoạn ST và sóng T, có block nhánh trái mới xuất hiện), thay đổi men tim (CK, CKMB, Troponin I). BN đang điều trị các bệnh nội khoa nặng khác (xuất huyết tiêu hoá, đột quỵ não cấp, nhiễm khuẩn huyết, suy gan, suy hô hấp, nhiễm trùng nặng, bệnh

phổi mạn tính...). BN có kèm theo các bệnh van tim (hẹp hoặc hở van mức độ vừa trở lên). BN bị rung nhĩ, cuồng nhĩ. BN có hình ảnh siêu âm không đạt tiêu chuẩn. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Nội tim mạch và Khoa Thận và lọc máu, Bệnh viện Quân y 103.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có đối chứng.

** Phương tiện nghiên cứu:* Máy siêu âm Philips EPIQ 7C với đầu dò X5-1 tần số 2,5 - 5 MHz.

** Các bước tiến hành:*

- BN đưa vào nghiên cứu được hỏi khai thác thông tin hành chính, hỏi tiền sử và bệnh sử; khám lâm sàng; thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng và siêu âm tim đánh giá các thông số cơ bản và siêu âm đánh giá sức căng 2 thất tại thời điểm trước và sau ghép thận 1 tháng.

- Thời gian siêu âm trước ghép là giữa 2 lần lọc ở BN đã lọc máu chu kỳ (LMCK) hoặc lọc màng bụng.

- Quy trình tiến hành siêu âm tim:

+ Đánh giá các thông số: Các chỉ số cơ bản của thất trái và thất phải đo theo khuyến cáo của ASE 2015 [1].

+ Đánh giá sức căng trực dọc thất trái: Các mặt cắt 2 - 4 buồng từ mỏm tim được thu ở tốc độ chuẩn, phân tích bằng

phần mềm QLAB 13.0 theo khuyến cáo ASE 2015. Chọn 3 điểm (2 điểm ở 2 bên vòng van, 1 điểm ở mỏm tim). Sau đó phần mềm tự động xác định bờ nội mạc và cho kết quả chỉ số sức căng cơ tim của từng đoạn cơ tim trong mỗi mặt cắt. Giá trị biến dạng từng đoạn và toàn bộ mặt cắt thể hiện trên biểu đồ đường cong và biểu đồ hình mắt bò. Chỉ số sức căng thất trái giảm khi $GLS > -20\%$ [1].

+ Đánh giá sức căng thành thất phải: Đánh giá thông số sức căng dọc thất phải trên siêu âm đánh dấu mô: Đánh giá sức căng dọc thất phải sử dụng mặt cắt 4 buồng từ mỏm tập trung thất phải. Phân tích các chỉ số RVGLS, RVFWSL bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim offline bằng phần mềm Qlab 13.0. Thông số sức căng thất phải giảm khi $RVGLS > -17\%$, $RVFWSL > -20\%$.

* *Xử lý số liệu*: Phần mềm SPSS 23.0. So sánh trung bình giữa hai nhóm bằng kiểm định Student T-test. So sánh trước sau bằng kiểm định Paired T-test. Hệ số tương quan Pearson được sử dụng khi các biến số có phân phối chuẩn và hệ số tương quan Spearman được sử dụng khi các biến số không có phân phối chuẩn.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức cấp cơ sở Bệnh viện Quân y 103 số 88/HĐĐĐ ngày 19/8/2024. Dữ liệu nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án và được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. BN được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu; mọi thông tin của BN được đảm bảo bí mật và chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 40).

Đặc điểm	Nhóm BTMT giai đoạn cuối
Tuổi trung bình	36,9 ± 12,2
Giới tính, n (%)	
Nam	24 (60)
Nữ	16 (40)
BMI (kg/m ²)	20,52 ± 2,86
Huyết áp tâm thu (mmHg)	156,5 ± 24,5
Huyết áp tâm trương (mmHg)	102,6 ± 27,4
Tần số tim (Ck/p)	90,9 ± 23,3

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

Đặc điểm	Nhóm BTMT giai đoạn cuối
Creatinine ($\mu\text{mol/L}$)	918,27 $\pm$ 325,45
Phương pháp điều trị trước ghép, n (%)	
Điều trị nội khoa	8 (20)
Thận nhân tạo	31 (77,5)
Lọc màng bụng	1 (2,5)
Thời gian lọc máu trước ghép (năm), n (%)	
1 - 6	10 (31,2)
7 - 12	6 (18,8)
> 12	16 (50)
Đái tháo đường type 2, n (%)	2 (5)

Tuổi trung bình của 40 BN là $36,9 \pm 12,2$. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Phương pháp điều trị chủ yếu là thận nhân tạo. Thời gian lọc máu > 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 50%.

Bảng 2. Đặc điểm hình thái, sức căng thất trái trước và sau ghép thận (n = 40).

Chỉ số	Trước ghép $\bar{X} \pm \text{SD}$	Sau ghép 1 tháng $\bar{X} \pm \text{SD}$	p
Dd (mm)	50,3 $\pm$ 7,3	42,6 $\pm$ 5,4	< 0,01
Ds (mm)	32,5 $\pm$ 6,5	26,2 $\pm$ 5,2	< 0,01
LVPWd (mm)	11,8 $\pm$ 2,9	11,9 $\pm$ 3,3	0,64
LVPWs (mm)	118,0 $\pm$ 4,2	17,3 $\pm$ 3,2	0,22
IVSd (mm)	12,9 $\pm$ 2,9	13,9 $\pm$ 4,4	0,09
IVSs (mm)	16,7 $\pm$ 2,9	18,4 $\pm$ 3,6	0,01
LVMI	123,4 $\pm$ 13,5	121,7 $\pm$ 12,7	0,06
EF Biplane (%)	54,1 $\pm$ 7,6	58,5 $\pm$ 5,8	< 0,01
GLS	-17,5 $\pm$ 3,5	-20,9 $\pm$ 3,6	< 0,01

Sau 1 tháng ghép thận, Dd và Ds đều giảm đáng kể. EF và GLS cho thấy cải thiện rõ rệt so với trước ghép.

Bảng 3. Đặc điểm hình thái, sức căng thất phải trước và sau ghép thận (n = 40).

Chỉ số	Trước ghép $\bar{X} \pm SD$	Sau ghép 1 tháng $\bar{X} \pm SD$	p
RVD1 (mm)	27,30 $\pm$ 4,64	25,44 $\pm$ 5,43	0,06
RVD2 (mm)	25,99 $\pm$ 5,23	24,28 $\pm$ 4,65	0,14
RVD3 (mm)	48,92 $\pm$ 9,13	47,95 $\pm$ 9,53	0,63
RVWT (mm)	6,12 $\pm$ 1,09	5,57 $\pm$ 1,41	0,05
FAC (%)	49,11 $\pm$ 8,28	48,04 $\pm$ 6,51	0,58
Tei mô thất phải	0,53 $\pm$ 0,22	0,57 $\pm$ 0,29	0,46
TAPSE (mm)	24,04 $\pm$ 4,85	19,73 $\pm$ 2,99	0,05
S' (cm/s)	11,99 $\pm$ 2,17	11,96 $\pm$ 2,66	0,95
RV4CSL (%)	-17,56 $\pm$ 4,82	-21,14 $\pm$ 3,90	< 0,01
RVFWSL (%)	-20,59 $\pm$ 6,10	-24,81 $\pm$ 4,58	< 0,01

TAPSE, FAC, Tei mô thất phải, S' chưa thấy sự khác biệt giữa trước và sau khi ghép thận 1 tháng. Sức căng thất phải gồm: RV4CSL, RVFWSL sau ghép so với trước ghép (p < 0,01).

Bảng 4. Tương quan giữa một số chỉ số chức năng tâm thu thất phải với LVEF.

Các thông số	Hệ số tương quan r	p
TAPSE (mm)	0,16	0,36
S' (cm/s)	0,31	0,07
FAC (%)	0,33	0,04
Tei thất phải	-0,05	0,79
RV4CSL (%)	-0,25	0,15
RVFWSL (%)	-0,33	0,05

Chưa nhận thấy mối tương quan giữa các thông số đánh giá chức năng thất phải với EF (p > 0,05).

Bảng 5. Tương quan giữa một số chỉ số chức năng thất phải với sức căng toàn bộ thất trái theo chiều dọc.

Các thông số	Hệ số tương quan r	p
TAPSE (mm)	0,21	0,2
S' (cm/s)	- 0,24	0,2
FAC (%)	- 0,39	0,02
Tei thất phải	0,35	0,04
RV4CSL (%)	0,43	0,01
RVFWSL (%)	0,42	0,01

Các thông số đánh giá sức căng thất phải (RV4CSL, RVFWSL) tương quan thuận mức độ vừa với sức căng thất trái theo chiều dọc, có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Ghép thận được xem là phương pháp tối ưu ở BN BTMT giai đoạn cuối, song tình trạng tim mạch vẫn chịu tác động từ nhiều yếu tố sau ghép, điển hình là thuốc ức chế miễn dịch và rối loạn chuyển hoá. Ở BN BTMT giai đoạn cuối trước ghép, thất trái và thất phải đều giãn do quá tải thể tích, tăng huyết áp, shunt A-V, các yếu tố viêm hoặc cơ tim bị nhiễm độc trong thời gian dài dẫn tới giảm chức năng tâm thu và tâm trương [2]. Siêu âm tim 3D trước và sau ghép thận giúp đánh giá sớm nhất những thay đổi về hình thái cũng như chức năng 2 thất ngay cả khi các biện pháp thông thường chưa thay đổi. Hơn nữa, các thông số về sức căng 2 thất cũng cho thấy có mối tương quan với các chỉ số siêu âm tim khác. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy Dd, Ds

thất trái sau khi ghép thận 1 tháng giảm so với trước ghép, có ý nghĩa thống kê. EF và GLS thất trái cải thiện rõ rệt so với trước ghép thận ($p < 0,01$). Tình trạng quá tải thể tích, tăng huyết áp, phì đại thất trái ở nhóm BN này gây ra rối loạn chức năng tâm thu, tâm trương. Các thuốc ức chế miễn dịch như steroid, thuốc ức chế calcineurin cũng thúc đẩy quá trình phì đại thất trái, tăng huyết áp. Một ảnh hưởng chính của quá trình tái cấu trúc phì đại có thể là FGF-23 (fibroblast growth factor-23), một loại protein có liên quan đáng kể đến trục tim - thận trong BTMT [3]. Sau ghép thận 1 tháng, EF đã cải thiện rõ rệt. GLS cũng cải thiện rõ rệt. Một số nghiên cứu cho thấy cho dù ghép thận thành công nhưng GLS vẫn không cải thiện nhiều [4]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra GLS là thông số biểu hiện suy giảm chức năng

tâm thu dưới lâm sàng, có liên quan với các biến cố tim mạch và tử vong sau ghép thận trong khi EF thì không [5].

Về thất phải, chúng tôi nhận thấy RVD1, RVD2, RVD3, RVWT không có sự khác biệt so với trước ghép. Các thông số đánh giá chức năng tâm thu thất phải cơ bản trên 2D (TAPSE, FAC, Tei mô thất phải, S') chưa thấy sự khác biệt trước và sau ghép, chỉ có sức căng thất phải (RV4CSL, RVFWSL) sau ghép tăng có ý nghĩa so với trước ghép ($p < 0,01$). Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng RV4CSL, RVFWSL rõ rệt so với nhóm chứng. Theo tác giả Kitano T và CS (2022), RV4CSL là yếu tố tiên lượng độc lập các biến cố tim mạch lớn ở BN BTMT [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Khani M (2020) là thông số RV4CSL trước và sau ghép 1 tháng tương ứng là $-16,6 \pm 5,8\%$, $-18,9 \pm 5,54\%$; RVFWSL trước và sau ghép 1 tháng $-21,2 \pm 5,2\%$, $-24,4 \pm 5,3\%$ [7]. Đánh giá sức căng từng vùng, tác giả Ladányi cũng nhận thấy sức căng vùng vách giảm rõ rệt. Như vậy, sự giảm sức căng của cả 2 tâm thất có thể gợi ý tổn thương tim ngoài cơ chế huyết động do quá tải thể tích còn do tổn thương trực tiếp tế bào cơ tim, nhất là vùng dưới nội tâm mạc và vách liên thất [2].

Khi phân tích mối tương quan giữa chức năng thất trái và chức năng thất

phải, chúng tôi chưa ghi nhận mối tương quan giữa các thông số đánh giá chức năng thất phải với EF. Tuy nhiên, RV4CSL, RVFWSL có mối tương quan thuận mức độ vừa với LVGLS ($p < 0,01$). Yahia cho thấy RV4CSL có tương quan yếu với EF ($r = 0,24$ với $p = 0,016$) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa nhận thấy mối tương quan với EF có lẽ do cỡ mẫu chưa đủ lớn nhưng có thể thấy đánh giá sức căng 2 thất có thể đánh giá được mối tương quan giữa 2 thất. Mặc dù ghép thận đã được chứng minh là có tác động tích cực đến quá trình tái cấu trúc thất trái, cải thiện EF, kích thước thất trái và khối lượng thất trái, nhưng có thể còn những rối loạn chức năng dưới mức lâm sàng. Việc đánh giá sức căng 2 thất bằng siêu âm tim 3D giúp phát hiện các rối loạn chức năng dưới mức lâm sàng ngay cả khi các biện pháp thông thường, đặc biệt là EF, vẫn nằm trong phạm vi bình thường.

KẾT LUẬN

Sau ghép thận, các thông số đánh giá chức năng thất trái như EF và GLS cải thiện rõ rệt. Các thông số đánh giá chức năng tâm thu thất phải (TAPSE, FAC, Tei mô thất phải, S') chưa thấy sự khác biệt trước và sau ghép nhưng sức căng thất phải (RV4CSL, RVFWSL) sau ghép 1 tháng tăng có ý nghĩa so với trước ghép. Sức căng thất phải gồm RV4CSL, RVFWSL tương quan thuận với sức căng thất trái theo chiều dọc (GLS).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: An update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *J Am Soc Echocardiogr*. 2015; 28:1-39.
2. Ladányi Z, Bárczi A, Fábíán A. Get to the heart of pediatric kidney transplant recipients: Evaluation of left- and right ventricular mechanics by three-dimensional echocardiography. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2023; 10:1094765.
3. Kovacs A, Tapolyai M, Celeng C, Gara E et al. Impact of hemodialysis, left ventricular mass and fgf-23 on myocardial mechanics in endstage renal disease: A three-dimensional speckle tracking study. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2014; 30(7):1331-1337.
4. Ravera M, Rosa GM, Fontanive P, Bussalino E, Dorigi U, Picciotto D, et al. Impaired left ventricular global longitudinal strain among patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease and renal transplant recipients. *Cardiorenal Med*. 2019; 9(1):61-68.
5. Fujikura K, Peltzer B, Tiwari N, Shim HG, Dinhofer AB, Shitole SG, et al. Reduced global longitudinal strain is associated with increased risk of cardiovascular events or death after kidney transplant. *Int J Cardiol*. 2018; 272:323-328.
6. Kitano T, Kovacs A, Nabeshima Y, Tokodi M, Fabian A, Lakatos BK, et al. Prognostic value of right ventricular strains using novel three-dimensional analytical software in patients with cardiac disease. *Front Cardiovasc Med*. 2022; 9:837584.
7. Khani M, Tara A, Shekarkhar S, Esfahani MA, Bayat F. Effect of kidney transplantation on right ventricular function, assessment by 2- dimensional speckle tracking echocardiography. *Cardiovasc Ultrasound*. 2020; 18(1):16.
8. Yahia Y, Khalaf H. Assessment of right ventricular function using 2D speckle tracking echocardiography in end stage renal disease patients on regular dialysis. *Al-Azhar International Medical Journal* 2022; 3:2(3).

ĐẶC ĐIỂM NGỨA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Tuấn Tú^{1,2}, Đặng Thị Loan^{3}, Ngô Đình Ánh Quỳnh¹, Vũ Hồng Ly¹
Nguyễn Thị Phương¹, Phạm Duy Phan¹, Nguyễn Thị Hà Phương¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định đặc điểm ngứa bằng thang điểm 5D-Elman ở bệnh nhân (BN) thận nhân tạo chu kỳ và phân tích các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 219 BN lọc máu chu kỳ (LMCK) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 3 - 7/2025. Tình trạng ngứa được đánh giá bằng thang điểm 5D-Elman. **Kết quả:** Có 69,9% BN bị ngứa, chủ yếu ở bụng, lưng, đùi và cẳng chân; 50,9% ngứa từ ≥ 5 vùng. Mức độ ngứa chủ yếu từ trung bình đến nặng, thời gian ngứa < 6 giờ/ngày chiếm 43,4%. Ngứa ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ. Các yếu tố liên quan đến mức độ ngứa gồm: Tuổi ($B = 0,07$; $p = 0,018$), tăng huyết áp (THA) ($B = 3,43$; $p = 0,006$), đái tháo đường (ĐTĐ) ($B = 4,93$; $p = 0,001$), phospho ($B = 2,03$; $p = 0,005$), số lượng bạch cầu (WBC) ($B = 0,51$; $p = 0,016$) và hormone tuyến cận giáp (PTH) ($B = 0,02$; $p = 0,021$). **Kết luận:** Ngứa là triệu chứng phổ biến và liên quan đến nhiều yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, cho thấy cần tiếp cận toàn diện trong đánh giá và quản lý để cải thiện chất lượng sống cho BN lọc máu.

Từ khóa: Ngứa; Thang điểm 5D-Elman; Thận nhân tạo.

CHARACTERISTICS OF PRURITUS AND ASSOCIATED FACTORS IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Abstract

Objectives: To identify the characteristics of pruritus using the 5D-Elman scale in patients undergoing maintenance hemodialysis and to analyze associated factors.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Trường Đại học Thăng Long

*Tác giả liên lạc: Đặng Thị Loan (loandt@thanglong.edu.vn)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1603>

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 219 maintenance hemodialysis patients at Thai Nguyen National Hospital from March to July 2025. Pruritus was assessed using the 5D-Itch scale (Elman). **Results:** Pruritus was present in 69.9% of patients, mainly affecting the abdomen, back, thighs, and legs; 50.9% experienced itching in five or more body regions. The severity was predominantly moderate to severe, with 43.4% reporting itching < 6 hours per day. Pruritus significantly impacted sleep quality. Factors associated with pruritus severity included age ($B = 0.07$; $p = 0.018$), hypertension ($B = 3.43$; $p = 0.006$), diabetes mellitus ($B = 4.93$; $p = 0.001$), serum phosphorus ($B = 2.03$; $p = 0.005$), WBC count ($B = 0.51$; $p = 0.016$), and PTH level ($B = 0.02$; $p = 0.021$). **Conclusion:** Pruritus is a common symptom in hemodialysis patients and is associated with multiple clinical and laboratory factors, highlighting the need for a comprehensive approach to assessment and management to improve quality of life.

Keywords: Pruritus; 5D-elman scale; Hemodialysis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe toàn cầu với gánh nặng ngày càng gia tăng, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Theo Global Burden of Disease (2019), hơn 2,5 triệu người đang điều trị thay thế thận trên toàn thế giới, trong đó LMCK là phương pháp phổ biến nhất [1]. Tuy nhiên, ngoài hiệu quả điều trị, BN còn phải đối mặt với nhiều biến chứng mạn tính ảnh hưởng đến chất lượng sống, trong đó ngứa da là một trong những triệu chứng thường gặp nhưng ít được quan tâm đầy đủ.

Ngứa ở BTM là tình trạng khó chịu kéo dài, thường xảy ra hằng ngày, có thể ảnh hưởng đến giấc ngủ, gây mệt mỏi, rối loạn cảm xúc và giảm tuân thủ điều trị. Ở Pháp, nghiên cứu đa trung tâm “Pruripreva” năm 2023 (1.304 BN)

cho biết có 23,5% BN gặp ngứa vừa đến rất nặng [2]. Ngoài ra, theo nghiên cứu của Rayner và CS (2017), 68% BN lọc máu tại nhiều quốc gia ghi nhận có ngứa, trong đó 37% mô tả ngứa mức độ vừa đến nặng [3]. Về cơ chế bệnh sinh, ngứa ở BN thận nhân tạo có thể liên quan đến nhiều yếu tố như tăng phospho máu, cường cận giáp thứ phát (PTH cao), viêm mạn tính (bạch cầu tăng), tích lũy độc tố urê huyết, mất cân bằng calci-phospho, hoặc bệnh lý gan và da kèm theo. Nghiên cứu của Lai và CS cũng chỉ ra rối loạn giấc ngủ liên quan đến ngứa chiếm khoảng 50% ở BN LMCK [4]. Tại Trung Quốc, nghiên cứu tổng hợp của Li M và CS (2025) ghi nhận tỷ lệ ngứa là 65,2%, với nhiều yếu tố liên quan như tăng phospho máu, nồng độ PTH cao, viêm mạn tính và bệnh lý gan đi kèm [5]. Ở Việt Nam,

tuy có một số nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Quân y 110, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, nhưng số liệu vẫn còn rời rạc và chưa phản ánh đầy đủ tình hình thực tế ở các vùng miền khác nhau.

Tại khu vực Trung du và miền núi phía Bắc, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là cơ sở lọc máu tuyến cuối, tiếp nhận và điều trị hàng trăm BN LMCK mỗi năm. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hệ thống về tình trạng ngứa da và các yếu tố liên quan trên nhóm BN này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Xác định đặc điểm ngứa sử dụng thang điểm 5D-Elman của BN thận nhân tạo chu kỳ và phân tích các yếu tố liên quan.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 219 BN đang điều trị LMCK tại Khoa Nội Thận, tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN đang LMCK với thời gian ≥ 6 tháng; đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN suy thận mạn chưa lọc máu đủ thời gian theo tiêu chuẩn lựa chọn; không đồng ý tham gia nghiên cứu; không có khả năng trả lời các câu hỏi; đang điều trị các bệnh lý da gây ngứa khác (viêm khớp vẩy nến, viêm da cơ địa...).

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Thuận tiện, lấy tất cả các BN LMCK đang điều trị tại khoa, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin*: BN được hỏi bệnh và lấy số liệu cận lâm sàng từ hồ sơ bệnh án, các số liệu được điền đầy đủ vào phiếu thu thập số liệu.

* *Nội dung các biến số nghiên cứu*:

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi (năm), giới tính (nam/nữ), nguyên nhân gây BTM, BMI ($< 18,5$; $18,5 - 22,9$; ≥ 23), thời gian lọc máu (TGLM) (năm), số lần chạy thận nhân tạo trong 1 tuần, viêm gan (B, C), tiền sử dị ứng da, bệnh ngoài da.

Đặc điểm ngứa da theo thang điểm 5D-Elman [2]: Thang điểm 5D-Elman đánh giá tình trạng ngứa da trong 2 tuần gần nhất (đánh giá từ 5 - 25 điểm) là tổng điểm của 5 yếu tố:

(1) Thời gian ngứa/ngày với 5 mức điểm: ngứa dưới 6 giờ/ngày (1 điểm), ngứa từ 6 - 11 giờ/ngày (2 điểm), ngứa từ 12 - 17 giờ/ngày (3 điểm), ngứa từ 18 - 23 giờ/ngày (4 điểm), ngứa cả ngày (5 điểm); (2) Mức độ ngứa với 5 mức điểm: Không ngứa (1 điểm), ngứa nhẹ (2 điểm), ngứa vừa (3 điểm), ngứa nặng (4 điểm), ngứa không thể chịu đựng nổi (5 điểm); (3) Chiều hướng tiến triển ngứa với 5

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

mức điểm: Không có tình trạng ngứa (1 điểm), ngứa giảm nhiều nhưng vẫn còn ngứa (2 điểm), ngứa có giảm ít nhưng vẫn còn ngứa (3 điểm), ngứa không thay đổi (4 điểm), ngứa nhiều hơn (5 điểm); (4) Ảnh hưởng của ngứa đến các yếu tố: (a) giấc ngủ, (b) việc giải trí/hoạt động xã hội, (c) việc nhà/việc lật vật, (d) công việc/học tập; (5) Số lượng vị trí ngứa da với 5 mức điểm: Ngứa da < 3 vùng (1 điểm), ngứa da từ 3-5 vùng (2 điểm), ngứa da từ 6 - 10 vùng (3 điểm), ngứa da từ 11 - 13 vùng (4 điểm), ngứa da > 13 vùng (5 điểm). Các vùng da gồm đầu, khuôn mặt, lòng bàn chân, cẳng chân, cẳng tay, các ngón tay, các ngón chân, ngực, bẹn, bụng, lưng, mông, cánh tay, đùi, lòng bàn tay.

Chỉ số cận lâm sàng gồm công thức máu, sinh hóa máu được lấy tại thời điểm trước lọc máu và thực hiện tại Khoa Huyết học, Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

* *Xử lý số liệu*: Số liệu thu thập được nhập và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y dược Thái Nguyên phê duyệt (Số: 222/ĐHYD- HĐĐĐ ngày 28/02/2025). Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	128	58,4
Nữ	91	41,6
Tuổi (năm)		
< 50	77	35,2
50 - 65	77	35,2
> 65	65	29,6
Bệnh kèm theo		
THA	190	86,7
ĐTĐ	24	10,9

Chỉ số nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân gây bệnh		
THA	82	37,4
Viêm cầu thận mạn	53	23,8
Nguyên nhân khác	42	19,2
ĐTĐ	19	8,7
Viêm bể thận mạn (sỏi tiết niệu)	18	8,2
Thận đa nang	6	2,7
Chỉ số BMI		
< 18,5	49	22,4
18,5 - 22,9	119	54,3
≥ 23	51	23,3
Thời gian lọc máu (năm)		
< 5	101	46,1
5 - 10	71	32,4
> 10	47	21,5
Số lần lọc máu/tuần (lần)		
1 - 2	19	8,7
3	200	91,3
Viêm gan		
Viêm gan B	30	13,7
Viêm gan C	41	18,7
Chỉ số cận lâm sàng ($\bar{X} \pm SD$)		
Ure (mmol/L)	25,8 ± 10,4	
Creatinine (μmol/L)	952,8 ± 297,0	
Phospho (mmol/L)	1,7 ± 0,6	
PTH (pmol/L) (Median, IQR)	44 (13,8; 84,5)	
Calci TP (mmol/L)	2,4 ± 0,3	
Hemoglobin (g/L)	95,1 ± 19,1	
WBC (10 ⁹ /L)	6,5 ± 2,1	

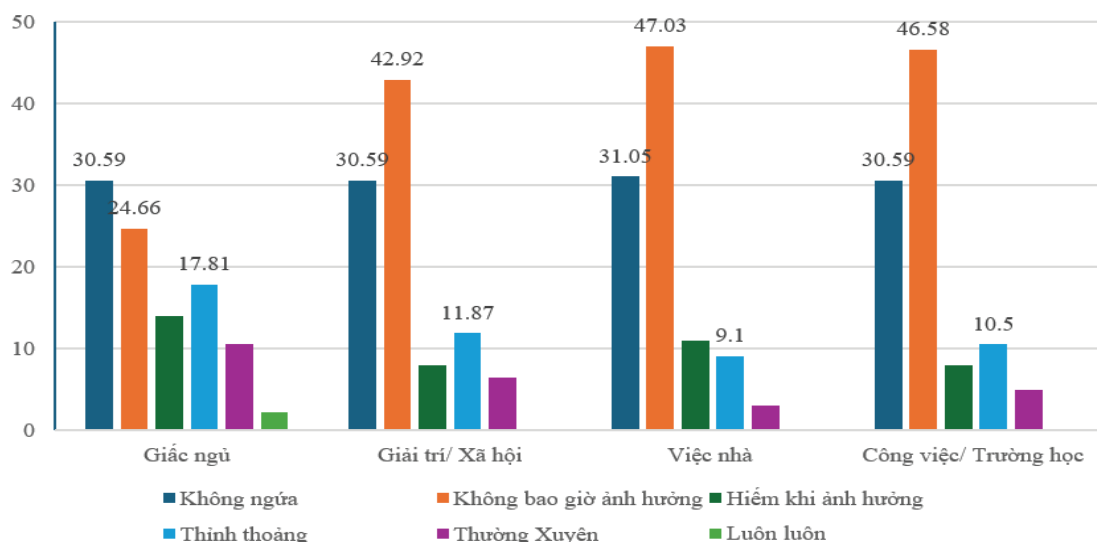
Trong tổng số 219 BN LMCK, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 58,4%, cao hơn so với nữ giới (41,6%). Nhóm < 65 tuổi có tổng số 77 BN (70,4%). Nguyên nhân chủ yếu là THA (37,4%), tiếp theo là viêm cầu thận mạn (VCTM) (23,8%) và các nguyên nhân khác (19,2%). Về chỉ số BMI trong ngưỡng bình thường (18,5 - 22,9) chiếm 54,3%, trong khi 22,4% BN có BMI < 18,5 và 23,3% có BMI ≥ 23. TGLM

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

< 5 năm (46,1%), tiếp đến là 5 - 10 năm (32,4%) và > 10 năm (21,5%). Hầu hết BN lọc máu 3 lần/tuần (91,3%). Tỷ lệ mắc viêm gan C chiếm tỷ lệ cao hơn (18,7%) so với viêm gan B (13,7%).

Bảng 2. Đặc điểm tình trạng ngứa.

Chỉ số nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian ngứa (giờ/ngày)		
Không ngứa	66	30,1
< 6	95	43,4
6 - 12	35	16,0
12 - 18	6	2,7
18 - 23	0	0,0
Cả ngày	17	7,8
Mức độ ngứa		
Không	2	1,3
Nhẹ	42	27,5
Trung bình	61	39,9
Nặng	46	30,1
Không chịu được	2	1,3
Xu hướng ngứa		
Hoàn toàn giải quyết	10	6,5
Cải thiện, nhưng vẫn còn triệu chứng	36	23,5
Tốt hơn một ít nhưng vẫn còn triệu chứng	26	17,0
Không thay đổi	72	47,1
Nặng hơn	9	5,9
Số vùng ngứa (vùng)		
1	18	11,2
2	24	14,9
3	16	9,9
4	21	13,0
≥ 5	82	50,9



Hình 1. Biểu đồ ảnh hưởng của ngứa tới các hoạt động hằng ngày.

Thời gian ngứa: Có 66/219 BN (30,1%) không gặp biểu hiện ngứa, 153 BN lọc máu có biểu hiện ngứa. Trong đó, BN ngứa < 6 giờ/ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,4% (95 BN) theo sau đó là BN ngứa cả ngày là 17 BN (7,8%), chỉ có 6 BN (2,7%) ngứa 12 - 18 giờ/ngày và không có BN nào ngứa 18 - 23 giờ/ngày.

Mức độ ngứa: Mức độ ngứa dựa theo sự tự đánh giá của 153 BN lọc máu có biểu hiện ngứa trong 2 tuần gần nhất, số BN có ngứa biểu hiện ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ lớn nhất là 61 BN (39,9%), có 46 BN (30,1%) ngứa nặng, theo mô tả của người bệnh là ngứa phải gãi liên tục, có lúc trầy da nhưng chưa đến mức không gãi không chịu được, tiếp theo đó là ngứa nhẹ qua thu thập biểu hiện ngứa râm ran lẫn lẫn như kiến bò với 42 BN (27,5%).

Chiều hướng tiến triển của ngứa: Trong 2 tuần gần nhất, BN có triệu chứng ngứa không thay đổi so với tháng trước chiếm số lượng lớn nhất với 72 BN (47,1%), 62 BN (40,5%) có thay đổi theo chiều hướng tích cực nhưng vẫn còn triệu chứng ngứa và chỉ có 9 BN (5,9%) có biểu hiện ngứa nặng hơn so với tháng trước.

Số vị trí ngứa: Tỷ lệ BN ngứa từ ≥ 5 vùng chiếm hơn một nửa với 50,9% (82 BN). Các vùng da bị ngứa nhiều trong quá trình thu thập là các vùng ngực, lưng, đùi, bụng, mông, cánh tay.

Ảnh hưởng của ngứa tới các hoạt động hằng ngày: Đa số BN thấy ngứa không ảnh hưởng đến các hoạt động thường ngày của mình như với giấc ngủ (35,5%), giải trí/xã hội (61,8%), việc nhà (68,2%), công việc/trường học (67,1%). Với giấc ngủ, tình trạng ngứa da ảnh hưởng cao hơn so các hoạt động khác.

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến tình trạng ngửa.

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến B (95%CI)	p	Mô hình đa biến B (95%CI)	p
Giới tính				
Nam	Ref			
Nữ	-1,12 (-2,80; 0,56)	0,191		
Tuổi (năm)	0,07 (0,01; 0,13)	0,018		
Bệnh kèm theo				
THA	3,43 (1,02; 5,84)	0,006		
ĐTĐ	4,93 (2,35; 7,51)	0,001		
BMI				
< 18,5	Ref			
18,5 - 22,99	-0,76 (-2,84; 1,31)	0,470		
≥ 23	0,99 (-1,46; 3,45)	0,424		
TGLM (năm)				
< 5	Ref			
5 - 10	-1,35 (-3,48; 0,79)	0,215		
> 10	-2,14 (-4,14; -0,14)	0,036		
Viêm gan				
Viêm gan B	-1,33 (-3,74; 1,09)	0,279		
Viêm gan C	-1,21 (-3,34; 0,92)	0,263		
Chỉ số CLS				
Ure	0,069 (-0,011-0,15)	0,092	0,08 (-0,01; 0,16)	0,066
Creatinine	0,002 (-0,001-0,005)	0,217	0,003 (0,00; 0,01)	0,088
Phospho	2,03 (0,63; 3,43)	0,005	2,36 (0,91; 3,81)	0,002
Calci TP	-0,39 (-3,52; 2,72)	0,801	0,48 (-2,79; 2,36)	0,772
PTH	0,01 (-0,01; 0,02)	0,238	0,02 (0,00; 0,03)	0,021
WBC	0,51 (0,09; 0,93)	0,016	0,34 (-0,09; 0,77)	0,120
Hemoglobin	-0,02 (-0,06; 0,03)	0,428	-0,02 (-0,06; 0,03)	0,512

Trong tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến, các yếu tố: Giới tính, chỉ số BMI, ure, creatinine, calci Tp, PTH, và hemoglobin không có mối liên quan với tình trạng ngứa trên BN lọc máu. Tuy nhiên, BN tuổi càng cao thì mức độ ngứa càng giảm ($B = 0,07$; $p = 0,018$) và BN lọc máu càng lâu thì mức độ ngứa càng giảm ($B = -2,14$; $p = 0,036$). Ngược lại, mức độ ngứa tăng trên những BN bị THA ($B = 3,43$; $p = 0,006$); ĐTĐ ($B = 4,93$; $p = 0,001$). Mức độ ngứa có liên quan với một số chỉ số cận lâm sàng, cụ thể phospho ($B = 2,03$; $p = 0,005$); WBC ($B = 0,51$; $p = 0,016$); và PTH ($B = 0,02$; $p = 0,021$).

BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của BN lọc máu, chủ yếu là nam giới (58,4%) < 65 tuổi (70,4%), phù hợp với kết quả của Altinok Ersoy (2019) [1] và cho thấy tác động của bệnh đến nhóm tuổi lao động. Nguyên nhân phổ biến là THA (37,4%) và VCTM (23,8%), tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 110 [2], nhấn mạnh vai trò kiểm soát huyết áp trong phòng ngừa tổn thương thận. Chỉ số BMI chủ yếu nằm trong khoảng 18,5 - 22,9 (54,3%). TGLM ≥ 10 năm chiếm 21,5%, cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn [3]. Hiện nay, tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên, BN có viêm gan B/C, phần lớn đã được điều trị và được lọc máu tại các khu riêng biệt. Do đó, so

với các nghiên cứu trước, tỷ lệ mắc viêm gan B/C đã giảm hơn trước. Phần lớn các BN trong nghiên cứu có tình trạng cường cận giáp thứ phát với nồng độ phospho, calci và PTH tăng cao, kết quả trên cũng tương đồng với các nghiên cứu trước (Lê Thị Hồng Vân, 2021) [4], cho thấy tình trạng cường cận giáp thứ phát phổ biến.

Về đặc điểm ngứa, có 153 BN (69,9%) có biểu hiện ngứa. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Rayner và CS (2017), ghi nhận 68% BN lọc máu bị ngứa [5]. Trong số này, phần lớn BN ngứa < 6 giờ/ngày (43,4%), chỉ có 7,8% ngứa cả ngày và không có BN nào ngứa > 18 giờ/ngày. Về mức độ, ngứa trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (39,9%), tiếp theo là ngứa nặng (30,1%) và ngứa nhẹ (27,5%). Chỉ 2 BN (1,3%) mô tả không ngứa trong 2 tuần gần nhất, tương đương với số BN bị ngứa không chịu được, cho thấy ngứa thường ngắt quãng nhưng vẫn ảnh hưởng đến chất lượng sống. So sánh với nghiên cứu của Ko và CS (2022) tại Đài Loan, nơi có trên 60% BN ngứa > 6 giờ/ngày [6], sự khác biệt có thể liên quan đến yếu tố địa lý hoặc chiến lược điều trị. Về tiến triển, 47,1% BN cho biết ngứa không thay đổi trong tháng qua, 40,5% cải thiện và 5,9% nặng hơn; chỉ 6,5% khỏi hoàn toàn. Điều này cho thấy đặc điểm dai dẳng và khó kiểm soát của ngứa trong BN lọc máu, phù hợp với nghiên cứu của Mathur và CS, trong đó thời gian

chịu đựng ngứa trung bình trước điều trị > 12 tháng [7]. Ngứa thường lan rộng, với 50,9% BN bị ngứa từ ≥ 5 vùng, chủ yếu tại ngực, lưng, đùi, bụng, mông và cánh tay - những vùng có mật độ thần kinh cảm giác cao. Với ảnh hưởng đến sinh hoạt, đa số BN cho rằng ngứa không ảnh hưởng rõ đến các hoạt động hằng ngày, ngoại trừ giấc ngủ. Khoảng 20,4% BN bị ảnh hưởng nhẹ, 25,7% bị ảnh hưởng thỉnh thoảng và 15,1% thường xuyên mất ngủ do ngứa; điều này phù hợp với kết quả của Rayner và CS (2017) [5]. Thiếu ngủ kéo dài do ngứa có thể làm giảm chất lượng sống, tăng nguy cơ trầm cảm và ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị. Khi phân tích các yếu tố liên quan, tình trạng ngứa có mối liên quan nghịch với tuổi và TGLM. Điều này có thể phản ánh sự thích nghi sinh lý hoặc thay đổi cảm nhận cảm giác theo thời gian, hoặc do BN lớn tuổi thường có ngưỡng cảm nhận ngứa thấp hơn. Đáng chú ý, các bệnh lý đi kèm như THA, và ĐTĐ đều có mối liên quan thuận với mức độ ngứa, trong đó ĐTĐ là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước [6, 8], cho thấy các bệnh lý mạn tính có thể làm tăng phản ứng viêm hệ thống hoặc thay đổi chức năng thần kinh cảm giác, từ đó làm tăng cảm giác ngứa. Đặc biệt, BN ĐTĐ có thể bị tổn thương thần kinh ngoại biên, làm thay đổi cảm nhận cảm giác, bao gồm cả ngứa. Ngoài các yếu tố lâm sàng, một số chỉ số cận lâm

sàng cũng cho thấy mối liên quan đáng kể với tình trạng ngứa. Cụ thể, nồng độ phospho huyết thanh, PTH, và số lượng bạch cầu tăng đều liên quan thuận đến mức độ ngứa. Những kết quả này phù hợp với giả thuyết rối loạn chuyển hóa khoáng và tình trạng viêm mạn tính đóng vai trò quan trọng trong cơ chế gây ngứa ở BN lọc máu. Tăng phospho và PTH là hai thành phần chính trong hội chứng rối loạn chuyển hóa xương - khoáng (CKD-MBD), vốn đã được chứng minh là liên quan đến ngứa do tăng lắng đọng calci-phosphate ở da và kích thích các thụ thể cảm giác. Tăng số lượng bạch cầu có thể phản ánh tình trạng viêm hệ thống, vốn cũng được xem là yếu tố thúc đẩy cảm giác ngứa thông qua các cytokine tiền viêm như IL-6, TNF- α .

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan mà không thể khẳng định quan hệ nhân quả. Thứ hai, việc đánh giá ngứa chủ yếu dựa trên cảm nhận chủ quan của BN, có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý và khả năng diễn đạt. Thứ ba, chúng tôi chưa kiểm soát được một số yếu tố nhiễu tiềm tàng như loại thuốc sử dụng (đặc biệt là thuốc phosphate binder, thuốc chống ngứa), chất lượng nước lọc, tình trạng chăm sóc da, và sức khỏe tâm thần - những yếu tố có thể ảnh hưởng đáng kể đến cảm nhận ngứa.

KẾT LUẬN

Ngứa là triệu chứng phổ biến ở BN lọc máu, ảnh hưởng đáng kể đến giấc ngủ và chất lượng sống. Nghiên cứu cho thấy ngứa có liên quan đến một số yếu tố lâm sàng như ĐTĐ, THA, cũng như các chỉ số cận lâm sàng như phospho, PTH và số lượng bạch cầu. Những yếu tố này phản ánh vai trò của rối loạn chuyển hóa và viêm mạn tính trong cơ chế gây ngứa. Kết quả nghiên cứu góp phần định hướng việc theo dõi và can thiệp nhằm cải thiện triệu chứng ngứa ở BN lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Altinok Ersoy N. Multidimensional pruritus assessment in hemodialysis patients. *BMC Nephrology*. 2019; 20:42.

2. Phạm Thị Huệ, Dương Thanh Dũng, Lê Ngọc Thiêm. Nhận xét đặc điểm ngứa da ở 90 BN suy thận mạn tính điều trị LMCK tại Bệnh viện Quân y 110. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2022; (366):115-118.

3. Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh, Đinh Thị Kim Dung. Đặc điểm lâm sàng và phân bố ca LMCK tại Bệnh viện Đa khoa

Xanh Pôn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; (516):39-43.

4. Lê Thị Hồng Vân. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến ngứa da ở BN suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị LMCK tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2021. *Luận văn Chuyên khoa II*. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.

5. Rayner HC, et al. International comparisons of prevalence, awareness, and treatment of pruritus in people on hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2017; 12(12):2000-2007.

6. Ko MJ, et al. Uremic pruritus, dialysis adequacy, and metabolic profiles in hemodialysis patients: A prospective 5-year cohort study. *PLoS ONE*. 2022; 17(3).

7. Mathur VS, et al. A longitudinal study of uremic pruritus in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2010; 5(8):1410-1419.

8. Combs SA, JP Teixeira, and MJ Germain. Pruritus in kidney disease. *Seminars in Nephrology*. 2015; 35(4): 383-391.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI
NGƯỢC DÒNG TÁN SỎI THẬN KÍCH THƯỚC > 20mm BẰNG ỐNG MỀM
TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN**

Nguyễn Trần Thành^{1}, Trần Hoài Nam¹, Đặng Ngọc Hanh¹
Đinh Ngọc Hà¹, Nguyễn Huy Hiệu¹, Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Duy Hoàn¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi thận (retrograde intrarenal surgery - RIRS) bằng ống mềm với sỏi kích thước > 20mm dựa trên nghiên cứu tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên 24 bệnh nhân (BN) có sỏi thận kích thước > 20mm được thực hiện RIRS bằng ống mềm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an từ tháng 01/2024 - 01/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $35,6 \pm 12,7$ tuổi. Kích thước trung bình của sỏi là $24,7 \pm 3,1$ mm. Có 79,17% BN không cần đặt JJ trước tán sỏi. Góc bể thận đài dưới (lower-pole infundibulopelvic angle - LIP) trung bình đạt $55,4 \pm 15,1^\circ$. Chiều dài đài dưới (infundibular length - IL) trung bình là $17,3 \pm 6,6$ mm. Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật là 70,83% và sau 1 tháng là 83,33%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $65,4 \pm 17,5$ phút và thời gian nằm viện trung bình là $3,4 \pm 1,2$ ngày. Tỷ lệ biến chứng độ I và II theo phân loại Clavien-Dindo lần lượt là 25% và 20,83%. **Kết luận:** Phương pháp RIRS với sỏi thận kích thước > 20mm bằng ống mềm cho kết quả sau mổ tốt tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

Từ khoá: Sỏi thận; Tán sỏi bằng ống mềm; Phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi thận.

**INITIAL OUTCOMES OF RETROGRADE INTRARENAL SURGERY
USING A FLEXIBLE URETEROSCOPE FOR KIDNEY STONES > 20mm
AT 19-8 HOSPITAL - MINISTRY OF PUBLIC SECURITY**

Abstract

Objectives: To evaluate the effectiveness of retrograde intrarenal surgery (RIRS) using a flexible ureteroscope for stones > 20mm based on research at

¹Bệnh viện 19-8 Bộ Công an

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trần Thành (dr.thanh198@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1614>

19-8 Hospital - Ministry of Public Security. **Methods:** A prospective, descriptive study was conducted on 24 patients with kidney stones $> 20\text{mm}$ who underwent RIRS using a flexible ureteroscope at 19-8 Hospital - Ministry of Public Security from January 2024 to January 2025. **Results:** The average age was 35.6 ± 12.7 years. The average stone size was $24.7 \pm 3.1\text{mm}$. 79.17% of patients did not require JJ stent placement before stone removal. The average lower-pole infundibulopelvic angle (LIP) was $55.4 \pm 15.1^\circ$. The average lower-pole infundibular length (IL) was $17.3 \pm 6.6\text{mm}$. The immediate postoperative and after 1 month stone-free rate were 70.83% and 83.33%, respectively. The average operative time was 65.4 ± 17.5 minutes, and the average hospital stay was 3.4 ± 1.2 days. The rates of Clavien-Dindo grade I and II complications were 25% and 20.83%, respectively. **Conclusion:** RIRS for kidney stones $> 20\text{mm}$ using a flexible ureteroscope shows good postoperative results at 19-8 Hospital - Ministry of Public Security.

Keywords: Kidney stone; Flexible ureteroscope; Retrograde intrarenal surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị sỏi thận kích thước lớn, thường được định nghĩa là sỏi có đường kính $> 20\text{mm}$, luôn là một thách thức đối với các phẫu thuật viên tiết niệu [1]. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU), phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da (percutaneous nephrolithotomy - PCNL) vẫn được coi là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị sỏi thận kích thước $> 20\text{mm}$, đặc biệt là sỏi san hô, do khả năng đạt tỷ lệ sạch sỏi cao trong một lần can thiệp. Tuy nhiên, PCNL là phương pháp xâm lấn, đòi hỏi tạo một đường hầm trực tiếp vào thận qua da, do đó tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng [2].

Trong những năm gần đây, RIRS đã trở thành lựa chọn điều trị ngày càng phổ biến cho sỏi thận, bao gồm cả sỏi có kích thước lớn. Nhiều nghiên cứu và phân tích gộp được công bố gần đây đã

cho thấy RIRS có thể đạt được tỷ lệ sạch sỏi tương đương PCNL đối với sỏi $> 20\text{mm}$, trong khi tỷ lệ biến chứng thấp hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn. Tuy vậy, đối với sỏi thận $> 20\text{mm}$, RIRS cũng đối mặt với một số thách thức như có thể phải thực hiện phẫu thuật nhiều lần để đạt được mục tiêu sạch sỏi hoàn toàn, thời gian phẫu thuật có thể kéo dài hơn và chi phí điều trị có thể cao hơn do trang thiết bị chuyên dụng [3]. Do những hạn chế đó, số lượng các nghiên cứu được thực hiện để đánh giá cụ thể hiệu quả và độ an toàn của phương pháp này đối với sỏi thận kích thước $> 20\text{mm}$ còn hạn chế.

Tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an, kỹ thuật RIRS đã được triển khai và áp dụng trong điều trị sỏi thận từ nhiều năm qua với gần 600 ca. Trong thời gian từ tháng 01/2024 - 01/2025, có 287 trường hợp được thực hiện RIRS tại

Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện 19-8 Bộ Công an. Trong đó, có 25 người bệnh có sỏi > 20mm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật RIRS bằng ống mềm trong điều trị sỏi thận > 20mm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các yếu tố giải phẫu đường tiết niệu với hiệu quả điều trị.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 24 BN trưởng thành được chẩn đoán sỏi thận kích thước > 20mm và được điều trị bằng RIRS sử dụng ống mềm tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện 19-8 Bộ Công an từ tháng 01/2024 - 01/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN sỏi thận được thực hiện phẫu thuật RIRS tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an; hồ sơ bệnh án của BN có đầy đủ các thông tin và dữ liệu cần thiết phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu; dữ liệu được thu thập và sử dụng sau khi có sự chấp thuận của Hội đồng Y đức của bệnh viện.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN được thực hiện RIRS có sỏi kích thước < 20mm; BN thực hiện đồng thời các phẫu thuật khác trong cùng một lần gây mê; BN không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

* *Cỡ mẫu nghiên cứu*: 24 BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

* *Thu thập dữ liệu*: Thông tin bệnh sử (tuổi, giới tính), kết quả chẩn đoán hình ảnh (kích thước, vị trí sỏi, LIP, IL đo trên phim CLVT), các thông số trong phẫu thuật (thời gian phẫu thuật), tình trạng đặt sonde JJ trước mổ, kết quả sau phẫu thuật (tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ và sau 1 tháng), thời gian nằm viện và các biến chứng sau phẫu thuật được thu thập và ghi nhận vào hồ sơ nghiên cứu.

* *Đánh giá LIP và IL*: LIP được đo trên phim chụp CLVT ở thì bài tiết, là góc tạo bởi trục dọc của đài dưới và trục của bể thận. IL được đo từ điểm nối giữa đài dưới và bể thận đến viên sỏi nằm ở vị trí xa nhất của đài dưới.

* *Đánh giá kết quả điều trị*:

Đánh giá sạch sỏi: Được định nghĩa là không còn sỏi hoặc có các mảnh sỏi kích thước $\leq 4\text{mm}$ trên phim chụp X-quang hệ tiết niệu sau phẫu thuật.

Ghi nhận biến chứng: Được phân loại theo hệ thống Clavien-Dindo. Biến chứng độ I bao gồm các tác dụng phụ nhẹ không cần can thiệp, chỉ cần điều trị nội khoa hoặc theo dõi. Độ II bao gồm các biến chứng cần điều trị tích cực hơn hoặc truyền máu.

* *Kỹ thuật mổ*: Tất cả các ca RIRS được thực hiện bởi cùng một kíp phẫu thuật viên có kinh nghiệm. BN được gây mê toàn thân. Ống soi mềm được đưa vào niệu quản qua ống nòng niệu

quản (ureteral access sheath - UAS) lên đến bể thận và các đài thận chứa sỏi. Sỏi được tán vụn bằng laser Holmium và các mảnh sỏi được bơm rửa. Trong tất cả các trường hợp, sonde JJ được đặt trong 4 - 6 tuần.

* *Theo dõi sau phẫu thuật:* BN được theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng đau và các biến chứng có thể xảy ra. Chụp X-quang hệ tiết niệu hoặc siêu âm được thực hiện sau phẫu thuật 24 giờ và sau 1 tháng để đánh giá tình trạng sạch sỏi.

* *Các biến số nghiên cứu:*

Biến số độc lập: Kích thước sỏi, LIP, IL, đặt sonde JJ trước mổ.

Biến số phụ thuộc: Tỷ lệ sạch sỏi (ngay sau mổ và sau 1 tháng), thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, tỷ lệ và mức độ biến chứng theo Clavien-Dindo.

* *Xử lý số liệu:* Dữ liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD). Các biến số định tính được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện 19-8 Bộ Công an. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện 19-8 Bộ Công an cho phép sử dụng và công bố. Tất cả BN tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ về mục đích, phương pháp và các nguy cơ tiềm ẩn của nghiên cứu, đồng thời ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm BN.

Đặc điểm		Giá trị
Tổng số BN (n)		24
Tuổi (năm)		35,6 $\pm$ 12,7
Giới tính	Nam	21 (87,5%)
	Nữ	3 (12,5%)
Kích thước sỏi (mm)		24,7 $\pm$ 3,1
LIP (°)		55,4 $\pm$ 15,1
IL (mm)		17,3 $\pm$ 6,6

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 35,6 $\pm$ 12,7, với tỷ lệ nam/nữ là 7/1. Kích thước sỏi trung bình là 24,7 $\pm$ 3,1mm (min: 21mm; max: 32mm). LIP trung bình là 55,4 $\pm$ 15,1° (28 - 61°). IL trung bình là 17,3 $\pm$ 6,6mm (8,5 - 29mm).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật.

Đặc điểm		Giá trị
Đặt sonde JJ trước mổ	Có	19 (79,17%)
	Không	5 (20,83%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		65,4 ± 17,5

Có 19 trường hợp (79,17%) được đặt và lưu sonde JJ 7 ngày trước phẫu thuật, 5 trường hợp (20,83%) không đặt sonde JJ trước phẫu thuật. Thời gian mổ trung bình là 65,4 ± 17,5 phút (30 - 110 phút).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật và biến chứng ghi nhận.

Kết quả/biến chứng		Giá trị
Tỷ lệ sạch sỏi	Sau mổ 24 giờ	17/24 (70,8%)
	Sau 1 tháng	20/24 (83,3%)
Thời gian nằm viện (ngày)		3,4 ± 1,2
Biến chứng phẫu thuật ghi nhận theo Clavien-Dindo	Tổng	10/24 (41,7%)
	Độ I	6/24 (25%)
	Độ II	4/24 (16,7%)
	Độ III - IV - V	0/24 (0%)

24 giờ sau phẫu thuật, BN được chụp X-quang kiểm tra, ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn là 17/24 ca (70,8%). Sau 1 tháng theo dõi, tỷ lệ sạch sỏi tăng lên 20/24 ca (83,3%). Thời gian nằm viện trung bình là 3,4 ± 1,2 ngày (2 - 7 ngày). Trong nghiên cứu này, ghi nhận 10 ca (41,7%) có biến chứng sau phẫu thuật theo phân loại theo Clavien-Dindo.

Bảng 4. Tỷ lệ sạch sỏi và các yếu tố liên quan.

Chỉ số		n	LIP		IL		Đặt JJ trước mổ	
			> 30°	≤ 30°	≤ 25	> 25	Có	Không
Trước phẫu thuật		24	18	6	13	11	19	5
Tỷ lệ	Sau mổ 24 giờ	17	15	2	12	5	14	3
sạch sỏi	Sau 1 tháng	20	17	3	13	7	16	4

Tỷ lệ sạch sỏi sau 24 giờ và 1 tháng ở nhóm LIP > 30° lần lượt là 83,33% và 94,44%, ở nhóm LIP ≤ 30° lần lượt là 33,33% và 50%. Tỷ lệ sạch sỏi sau 24 giờ và 1 tháng ở nhóm IL ≤ 25mm lần lượt là 92,31% và 100%, ở nhóm IL > 25mm lần lượt là 45,46% và 63,64%. Tỷ lệ sạch sỏi sau 24 giờ và 1 tháng ở nhóm có đặt JJ là 73,68% và 84,21%, ở nhóm không đặt JJ trước mổ lần lượt là 60% và 80%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Với 24 hồ sơ ghi nhận đưa vào nghiên cứu trên tổng số 287 trường hợp được thực hiện RIRS trong khoảng thời gian 1 năm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an, có thể thấy tỷ lệ sỏi kích thước $> 20\text{mm}$ được thực hiện RIRS vẫn còn ở mức thấp (8,36%). Mặc dù PCNL vẫn thể hiện được ưu thế trong phẫu thuật sỏi kích thước lớn nhưng số lượng các ca RIRS đối với sỏi kích thước $> 20\text{mm}$ có xu hướng tăng lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước sỏi trung bình là $24,7 \pm 3,1\text{mm}$. Đã có những báo cáo về kết quả của RIRS với sỏi san hô kích thước 40 - 60mm, nhưng tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an, chúng tôi không hướng đến chỉ định RIRS với những sỏi lớn như vậy, do các báo cáo kể trên thường thực hiện phẫu thuật nhiều lần. Điều này không phù hợp với thực tế tại cơ sở của nhóm nghiên cứu.

Tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an, các BN thực hiện RIRS đều được chụp CLVT để đánh giá về các yếu tố giải phẫu trước khi quyết định phương pháp phẫu thuật. Ở nhóm nghiên cứu, LIP trung bình ở các BN là $55,4 \pm 15,1^\circ$ (28 - 61°). IL trung bình là $17,3 \pm 6,6\text{mm}$ (8,5 - 29mm). Theo thang điểm R.I.R.S

mà Xiao Y đưa ra để tiên lượng khả năng thành công của phẫu thuật, với những trường hợp $\text{LIP} \leq 30^\circ$ hoặc $\text{IL} > 25\text{mm}$ chúng tôi đều rất cân trọng khi lựa chọn RIRS [9]. Có 6 trường hợp $\text{LIP} < 30^\circ$ và 11 trường hợp $\text{IL} > 25\text{mm}$ nhưng BN có tình trạng rối loạn đông máu hoặc thận bên đối diện mất chức năng, teo nhỏ, BN có nguyện vọng được thực hiện RIRS do lo ngại biến chứng của PCNL vẫn được chúng tôi tiến hành RIRS bằng ống mềm và đưa vào nghiên cứu.

2. Đặc điểm phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19/24 BN (79,2%) được đặt JJ trong vòng 7 ngày trước khi thực hiện RIRS. Một số nghiên cứu cho thấy việc đặt JJ trước có thể cải thiện tỷ lệ sạch sỏi và giảm tỷ lệ biến chứng, đặc biệt là trong các trường hợp niệu quản hẹp mặc dù cũng có những nhược điểm nhất định [4]. Tỷ lệ đặt JJ trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao, do tiên lượng sỏi kích thước lớn, cũng như quy trình của chúng tôi đều sử dụng UAS để tiếp cận bể thận. Chúng tôi soi niệu quản bằng ống soi bán cứng, nếu đảm bảo kích thước niệu quản để đặt sheath thì sẽ tiến hành RIRS ngay 1 thì, còn không đảm bảo sẽ đặt JJ và đợi 7 ngày sau tiến hành RIRS.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $65,4 \pm 17,5$ phút. Thời gian này cao hơn của một số tác giả trong nước [5] do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào sỏi kích thước $> 20\text{mm}$. Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu đưa ra thời gian để tán sỏi kích thước trung bình $22,8\text{mm}$ là $117,1$ phút [1] và $100,26 \pm 33,26$ phút cho sỏi $2,50 \pm 0,66\text{mm}$ [6]. Đây là kết quả rất đáng khích lệ của chúng tôi khi thời gian để thực hiện phẫu thuật được rút ngắn. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào khẳng định mối liên hệ giữa việc đặt JJ trước mổ ảnh hưởng tới thời gian phẫu thuật, tuy nhiên về lý thuyết có thể giải thích việc đặt JJ trước mổ giúp niệu quản rộng hơn, thuận lợi trong việc đưa sheath vào niệu quản. Đồng thời, việc sử dụng UAS cũng giúp vụn sỏi được trôi ra ngoài giúp phẫu trường thuận lợi hơn.

3. Kết quả phẫu thuật và biến chứng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng đạt $83,3\%$, đây là kết quả khả quan so với các nghiên cứu khác trên thế giới về điều trị sỏi thận kích thước lớn bằng RIRS. Nghiên cứu của Geraghty và CS (2022) ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi đạt $95,2\%$ với sỏi kích thước $22,8 \pm 11,8\text{mm}$ nhưng với nhiều lần can thiệp ($1,64 \pm 0,55$ lần can

thiệp trên 1 BN) [1]. Nghiên cứu này cũng chỉ ra tỷ lệ sạch sỏi có xu hướng thấp đi khi kích thước sỏi càng lớn và tỷ lệ sạch sỏi tăng lên theo thời gian tái khám.

So sánh với các phương pháp điều trị khác, RIRS có ưu điểm là ít xâm lấn, không để lại sẹo mổ, thời gian nằm viện ngắn và hồi phục nhanh. Thời gian nằm viện trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $3,4 \pm 1,2$ ngày.

Trong y văn, mặc dù tỷ lệ sạch sỏi có thể thấp hơn so với PCNL đối với sỏi kích thước lớn nhưng RIRS lại có tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng là $41,7\%$, tuy nhiên chủ yếu là các biến chứng nhẹ độ I và II theo phân loại Clavien-Dindo, không có biến chứng nặng nào xảy ra. Tỷ lệ biến chứng này, đặc biệt là sự vắng mặt của các biến chứng nặng, là minh chứng cho tính an toàn của RIRS ngay cả khi áp dụng cho sỏi thận $> 20\text{mm}$.

4. Các yếu tố liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi và tiên lượng

LIP và IL là các yếu tố giải phẫu quan trọng ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và tán sỏi ở đài dưới. LIP nhỏ và IL lớn thường gây khó khăn hơn trong việc đưa ống soi mềm vào đài dưới và tán sỏi hiệu quả [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi chia BN thành các nhóm với LIP $> 30^\circ$ và $\leq 30^\circ$ cũng như IL $\leq 25\text{mm}$ và $> 25\text{mm}$, tỷ lệ sạch sỏi sau 24 giờ và 1 tháng ở những nhóm với LIP lớn hơn và IL ngắn hơn thể hiện tỷ lệ sạch sỏi vượt trội hoàn toàn so với nhóm còn lại. Điều này hoàn toàn phù hợp với những khuyến cáo của các nghiên cứu trên thế giới [8]. Kết quả nghiên cứu khẳng định có thể tính toán và tiên lượng tương đối chính xác tỷ lệ sạch sỏi qua phim chụp CLVT trước mổ, từ đó có thể đưa ra những lựa chọn phù hợp và có chiến lược giải thích, tư vấn trước với BN.

Khi chia BN thành 2 nhóm có và không đặt JJ trước phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi sau 24 giờ và 1 tháng ở 2 nhóm hầu như không có sự khác biệt. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy việc đặt sonde JJ trước mổ không có ảnh hưởng tới tỷ lệ sạch sỏi. Điều này là phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước [5].

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả loạt ca với cỡ mẫu nhỏ ($n = 24$) được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, do đó kết quả có thể không hoàn toàn đại diện cho tất cả các bệnh viện. Thứ hai, thời gian theo dõi sau phẫu thuật còn ngắn (1 tháng). Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi thận bằng ống mềm là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho sỏi thận có kích thước $> 20\text{mm}$. Việc đánh giá LIP và IL có thể cung cấp thông tin hữu ích trong việc tiên lượng hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Venkatachalapathy VSS, et al. Outcomes of retrograde intrarenal surgery in renal calculi of varying size. *Indian J Urol*. 2022; 38(2):128-134.
2. Constantinou BT, Benedicto BC, Porto BC, et al. PCNL vs. two staged RIRS for kidney stones greater than 20 mm: Systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *Minerva Urol Nephrol*. 2024; 76(1).
3. Batur AF, Gülmen M, et al. Changes that have occurred in the surgical treatment preference for non-emergent kidney stones during the COVID-19 pandemic: Six months of clinical experience in a tertiary referral centre. *Jus*. 2021; 8(2):86-91.
4. Senel S, Gultekin H, Kizilkan Y, et al. The role of preoperative ureteral stenting in retrograde intrarenal surgery outcomes for renal stones: A matched-pair analysis. *Cent European J Urol*. 2024; 77(4):668-673.

5. Hoàng Long, Nguyễn Đình Bắc. Kết quả sớm của tán sỏi nội soi bằng ống soi mềm kỹ thuật số điều trị sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *TCNCYH*. 2022; 159(11):105-113.
6. Karakoç O, Karakeçi A, Ozan T, et al. Comparison of retrograde intrarenal surgery and percutaneous nephrolithotomy for the treatment of renal stones greater than 2cm. *Turk J Urol*. 2015; 41(2):73-77.
7. Resorlu B, Issi Y, Onem K, Germiyanoglu C. Management of lower pole renal stones: The devil is in the details. *Ann Transl Med*. 2016; 4(5): 98-98.
8. Vassallo L. Retrograde Intrarenal Surgery (RIRS) CT pre-operative planning: What radiologists should to know. Published online 2023:1194 words.
9. Xiao Y, et al. The R.I.R.S. scoring system: An innovative scoring system for predicting stone-free rate following retrograde intrarenal surgery. *BMC Urol*. 2017; 17(1):105.

**KẾT QUẢ CẢI THIẾN TRIỆU CHỨNG TUYẾN TIỀN LIỆT Ở BỆNH NHÂN
TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC PHẪU THUẬT
NỘI SOI BÓC NHÂN QUA NIỆU ĐẠO VỚI ĐAO LƯỠNG CỰC
TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108**

Phạm Thanh Hải^{1}, Phạm Văn Duyệt², Đỗ Ngọc Thế³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá điểm triệu chứng tuyến tiền liệt quốc tế (international prostate symptom score - IPSS) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân (BN) tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) được phẫu thuật (PT) nội soi bóc nhân qua niệu đạo với dao lưỡng cực (bipolar transurethral enucleation of the prostate - B-TUEP) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2023 - 2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trên 68 BN TSLTTTL được PT B-TUEP. **Kết quả:** IPSS: Trước PT, trung vị là 27 (IQR 21 - 29); sau PT 1 tháng, trung vị là 5 (IQR 3 - 7,5); sau PT 3 tháng, trung vị là 2 (IQR 1 - 4); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Các yếu tố gồm lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax) trước PT, điểm chất lượng cuộc sống (quality of life - QoL) sau PT 1 tháng có liên quan đến IPSS sau PT 1 tháng ($p < 0,05$). Không tìm thấy yếu tố liên quan đến IPSS sau PT 3 tháng ($p > 0,05$). **Kết luận:** Điều trị TSLTTTL bằng PT B-TUEP mang lại hiệu quả cải thiện IPSS. Qmax trước PT, QoL sau PT 1 tháng ảnh hưởng đến IPSS sau PT 1 tháng.

Keywords: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt; Dao lưỡng cực; Nội soi niệu đạo; IPSS.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Đại học Y Dược Hải Phòng

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Phạm Thanh Hải (bshaipham@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1588>

**RESULTS OF PROSTATE SYMPTOM IMPROVEMENT IN PATIENTS
WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA TREATED WITH
TRANSURETHRAL ENUCLEATION USING BIPOLAR ENERGY
AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To determine the international prostate symptom score (IPSS) and associated factors in patients with benign prostatic hyperplasia treated with transurethral enucleation using bipolar energy at 108 Military Central Hospital from 2023 to 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive, longitudinal case series was conducted on 68 patients with benign prostatic hyperplasia who underwent transurethral enucleation with bipolar energy. **Results:** IPSS: Preoperative median was 27 (IQR 21 - 29); 1-month postoperative median was 5 (IQR 3 - 7.5); 3-month postoperative median was 2 (IQR 1 - 4), with a statistically significant difference ($p < 0.001$). Factors including preoperative Qmax and QoL 1-month postoperatively were associated with IPSS 1-month postoperatively ($p < 0.05$). No factors were associated with IPSS 3-month postoperatively ($p > 0.05$). **Conclusion:** Transurethral bipolar energy treatment for benign prostatic hyperplasia results in improvement of prostatic symptoms. Preoperative Qmax and QoL 1-month postoperatively influence IPSS 1-month postoperatively.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia; Bipolar energy; Transurethral endoscopy; IPSS.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỷ lệ mắc TSLTTTL tăng dao động từ 50 - 75% ở nam giới > 50 tuổi, và đạt đến 80% ở nam giới > 70 tuổi. Tỷ lệ mới mắc chung dao động từ 8,5 - 41 trường hợp trên 1.000 người/năm [1]. TSLTTTL gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới, bao gồm triệu chứng tắc nghẽn và triệu chứng kích thích, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của BN [2]. Khi các triệu chứng trở nên nặng hơn, không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc có biến chứng như bí tiểu cấp, nhiễm trùng tiết niệu tái phát, sỏi bàng quang,

suy thận... can thiệp ngoại khoa là cần thiết [2].

Trên thế giới, hiện nay PT bóc nhân tuyến tiền liệt (TTL) qua nội soi niệu đạo (sử dụng LASER hoặc dao điện lưỡng cực) được Hội Niệu khoa châu Âu khuyến cáo áp dụng thay thế cho mổ mở. Tuy nhiên, không phải trung tâm hay bệnh viện nào cũng được trang bị hệ thống LASER đắt tiền, bóc nhân TTL qua nội soi niệu đạo bằng điện lưỡng cực được coi là phương pháp điều trị thay thế. PT này sử dụng năng lượng lưỡng cực để bóc nhân và cầm máu đồng thời [3].

Nhằm đánh giá kết quả cải thiện IPSS và một số yếu tố liên quan ở BN TSLTTTL được điều trị bằng PT B-TUEP, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá IPSS và một số yếu tố liên quan ở BN TSLTTTL được PT B-TUEP.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 68 BN TSLTTTL, có chỉ định điều trị ngoại khoa, được nội soi qua niệu đạo bóc nhân TTL với dao lưỡng cực. Tái khám sau 1 tháng là 60 BN, sau 3 tháng là 51 BN.

* *Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Niệu dưới, Trung tâm Tiết niệu - Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

* *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 12/2023 - 5/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

* *Thang điểm đánh giá:*

IPSS là công cụ đánh giá các triệu chứng đường tiểu dưới ở nam giới, đặc biệt dùng cho TSLTTTL.

IPSS bao gồm 7 câu hỏi về mức độ nặng của các triệu chứng tiết niệu như cảm giác tiểu không hết, tiểu lại nhanh, dòng tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, khó nhịn tiểu, phải rặn mới tiểu được và số lần tiểu đêm. Mỗi câu được chấm điểm từ 0 - 5, tổng điểm tối đa là 35, giúp phân loại mức độ triệu chứng.

* *Xử lý số liệu:* Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 theo Quyết định số 1354/QĐ-BV ngày 15/4/2022. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho phép sử dụng và công bố. BN đồng ý được điều trị ngoại khoa bằng B-TUEP. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2023 - 5/2025, chúng tôi lựa chọn được 68 BN được PT nội soi qua niệu đạo bóc nhân TSLTTTL với dao lưỡng cực. Sau khi ra viện, BN tới tái khám sau PT 1 tháng là 60 BN, sau PT 3 tháng là 51 BN.

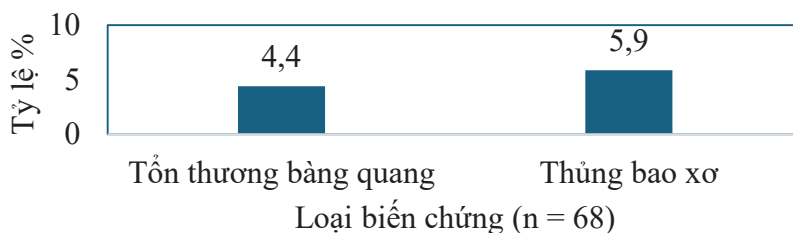
Tuổi trung bình là $72,4 \pm 6,7$, trung vị là 72 (IQR 67 - 77,5).

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước PT

IPSS trung bình là $25,5 \pm 5,9$, trung vị là 27,0 (IQR 21 - 29). QoL trung bình là $4,9 \pm 0,8$, trung vị là 5,0 (IQR 4,0 - 5,0). Qmax trung bình là $7,2 \pm 2,7$ mL/s, trung vị là 6,8 (IQR 5,2 - 8,9). PVR trung bình là $59,0 \pm 45,5$ mL, trung vị là 57 (IQR 36,5 - 66,0). Vttl (thể tích tuyến tiền liệt) trung bình là $73,7 \pm 20,1$ mL, trung vị là 72 (IQR 56,0 - 89,5). PSA trung bình là $8,4 \pm 5,7$ ng/mL, trung vị là 7,1; thấp nhất là 1,1, cao nhất là 23,1.

2. Kết quả trong và sau PT

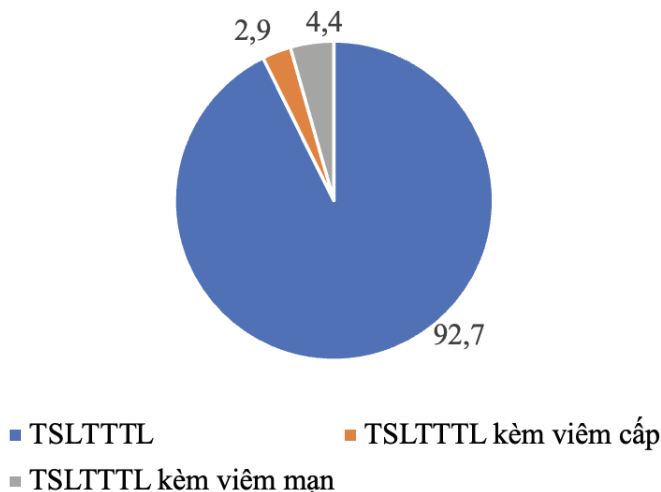
Thời gian PT trung bình là $54,2 \pm 17,5$ phút; trung vị là 50 phút (IQR 40 - 65). Lượng dịch rửa trong PT trung bình là $28,8 \pm 9,1$ L; trung vị là 27L (IQR 21 - 35), thấp nhất là 14, cao nhất là 50.



Biểu đồ 1. Tai biến, biến chứng trong PT.

Có 7 ca tai biến trong PT, chiếm 10,3% tổng số ca. Trong đó 3 ca (4,4%) tổn thương bàng quang trong PT, 4 ca (5,9%) thủng bao xơ.

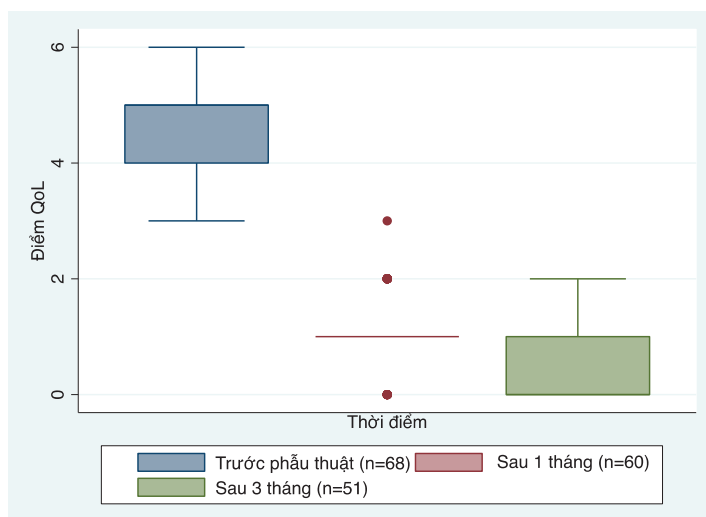
Thời gian lưu sonde trung bình là $2,3 \pm 1,4$ ngày; trung vị là 2 ngày (IQR 2 - 2), đa số thời gian lưu sonde là 1 - 2 ngày (76,5%), 3 - 7 ngày (22,1%), > 7 ngày (1,5%).



Biểu đồ 2. Kết quả giải phẫu bệnh (n = 68).

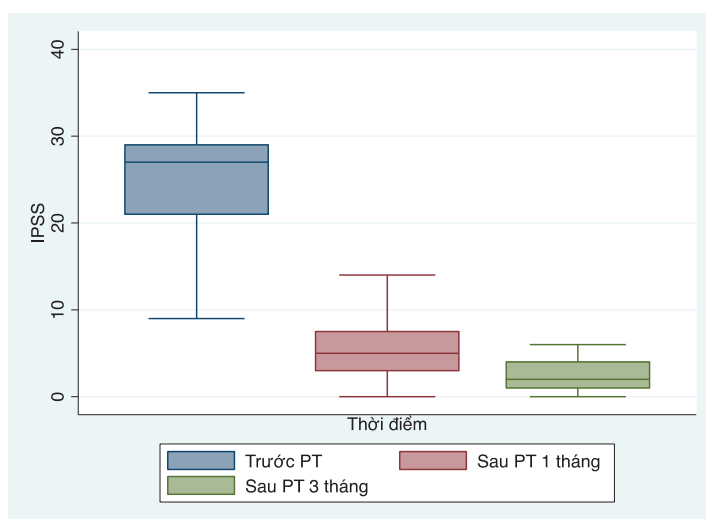
Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy tất cả BN đều là TSLTTTL, trong đó có 2 ca (2,9%) kết hợp viêm cấp, 3 ca (4,4%) phối hợp viêm mạn.

Các BN được đánh giá tình trạng tiểu tiện, IPSS tại các thời điểm trước PT, sau PT 1 tháng và sau PT 3 tháng.



Biểu đồ 3. Điểm QoL theo các thời điểm.

QoL trước PT trung bình là $4,9 \pm 0,8$, trung vị là 5 (IQR 4 - 5); sau PT 1 tháng, QoL trung bình là $1,1 \pm 0,7$, trung vị là 1 (IQR 1 - 1); sau PT 3 tháng, QoL trung bình là $0,6 \pm 0,6$, trung vị là 0 (IQR 0 - 1); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon test $p < 0,001$).



Biểu đồ 4. Theo dõi IPSS theo các thời điểm.

IPSS trước PT trung bình là $25,5 \pm 5,8$, trung vị là 27 (IQR 21 - 29); sau PT 1 tháng, IPSS trung bình là $5,9 \pm 4,1$, trung vị là 5 (IQR 3 - 7,5); sau PT 3 tháng, IPSS trung bình là $2,6 \pm 1,6$, trung vị là 2 (IQR 1 - 4); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon test $p < 0,001$).

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan đến IPSS sau PT 1 tháng (n = 60).

Đặc điểm	Hệ số β	Se	p	95%CI	
Tuổi (năm)	0,01	0,08	0,870	-0,15	0,17
Bệnh nền (có)	1,03	1,22	0,408	-1,53	3,60
Ngày nằm viện hậu phẫu	1,49	0,78	0,074	-0,16	3,14
IPSS trước PT	-0,11	0,10	0,295	-0,33	0,11
QoL trước PT	1,02	0,76	0,195	-0,57	2,61
Qmax trước PT	0,51	0,23	0,037	0,03	0,99
PVR trước PT	0,00	0,01	0,774	-0,02	0,03
Vttl trước PT	-0,04	0,04	0,342	-0,13	0,05
PSA trước PT	-0,01	0,10	0,937	-0,22	0,20
Bảng quang chống đối độ 2, 3	-2,22	1,15	0,070	-4,64	0,20
Hình thái TTL to cả 3 thùy	-1,59	1,43	0,281	-4,58	1,41
Thời gian mổ (phút)	0,11	0,08	0,169	-0,05	0,28
Dịch rửa (L)	-0,19	0,10	0,088	-0,40	0,03
Thời gian lưu sonde (ngày)	-2,06	1,33	0,140	-4,85	0,74
Tai biến PT	-3,52	2,17	0,122	-8,09	1,04
Biến chứng sau rút sonde	1,00	2,50	0,695	-4,26	6,25
QoL sau 1 tháng	4,40	0,72	< 0,001	2,88	5,92
Qmax sau 1 tháng	-0,08	0,09	0,376	-0,28	0,11
PVR sau 1 tháng	-0,13	0,11	0,247	-0,35	0,10
PSA sau 1 tháng	-0,02	0,32	0,942	-0,71	0,66
Vttl sau 1 tháng	0,02	0,06	0,778	-0,12	0,15
Hệ số β_0	5,12	9,21	0,585	-14,22	24,47

Kiểm định mô hình có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0045$, ($R\text{-squared} = 0,80$) mô hình giải thích được 80% sự biến thiên của IPSS sau PT 1 tháng. Phân tích cho thấy các yếu tố gồm Qmax trước PT, QoL sau PT 1 tháng có liên quan đến IPSS sau PT 1 tháng ($p < 0,05$).

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến IPSS sau PT 3 tháng (n = 51).

Đặc điểm	Hệ số β	Se	p	95%CI	
Tuổi (năm)	-0,08	0,07	0,283	-0,23	0,08
Bệnh nền (có)	-1,22	1,46	0,427	-4,57	2,14
Ngày nằm viện hậu phẫu	1,05	0,51	0,074	-0,13	2,22
IPSS trước PT	0,13	0,05	0,037	0,01	0,26
QoL trước PT	-0,28	0,42	0,530	-1,26	0,70
Qmax trước PT	0,10	0,19	0,617	-0,34	0,54
PVR trước PT	0,00	0,00	0,369	-0,02	0,01
Vttl trước PT	0,00	0,02	0,907	-0,05	0,05
PSA trước PT	-0,02	0,06	0,699	-0,15	0,11
Bàng quang chống đối độ 2, 3	-0,21	1,06	0,849	-2,65	2,23
Hình thái TTL to cả 3 thùy	0,45	0,78	0,586	-1,36	2,25
Thời gian mổ (phút)	-0,01	0,04	0,843	-0,11	0,09
Dịch rửa (L)	0,02	0,07	0,822	-0,14	0,17
Thời gian lưu sonde (ngày)	-1,50	0,81	0,101	-3,36	0,37
Tai biến PT	-0,50	1,30	0,710	-3,50	2,50
Biến chứng sau rút sonde	0,60	1,19	0,625	-2,13	3,34
IPSS sau PT 1 tháng	0,17	0,15	0,271	-0,17	0,51
QoL sau 1 tháng	0,56	0,84	0,528	-1,39	2,50
Qmax sau 1 tháng	-0,08	0,08	0,376	-0,27	0,12
PVR sau 1 tháng	-0,06	0,08	0,465	-0,23	0,12
PSA sau 1 tháng	0,10	0,24	0,698	-0,46	0,66
Vttl sau 1 tháng	-0,06	0,04	0,153	-0,15	0,03
QoL sau 3 tháng	0,81	1,07	0,471	-1,65	3,27
Qmax sau 3 tháng	-0,03	0,09	0,758	-0,23	0,17
PVR sau 3 tháng	-0,13	0,06	0,075	-0,28	0,02
Hệ số β_0	9,13	6,63	0,206	-6,16	24,42

Kiểm định mô hình không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0462$, (R-squared = 0,91) mô hình giải thích được 91% sự biến thiên của IPSS sau PT 3 tháng. Không có yếu tố nào liên quan đến IPSS sau PT 3 tháng ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

1. Theo dõi chỉ số IPSS trước và sau PT

IPSS trước PT trung bình là $25,5 \pm 5,8$, trung vị là 27 (IQR 21 - 29); sau PT 1 tháng, IPSS trung bình là $5,9 \pm 4,1$, trung vị là 5 (IQR 3 - 7,5); sau PT 3 tháng, IPSS trung bình là $2,6 \pm 1,6$, trung vị là 2 (IQR 1 - 4); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon test $p < 0,001$). Chỉ số IPSS trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi so sánh với các kết quả nghiên cứu cùng kỹ thuật B-TUEP của tác giả, như bảng sau:

Bảng 3. Chỉ số IPSS trước và sau PT trong một số nghiên cứu.

Tên tác giả	Phương pháp	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
Giulianelli (2017) [4]	B-TUEP	Trung bình $21,72 \pm 5,15$	Trung bình $13,12 \pm 6,11$	Trung bình $7,12 \pm 4,99$
Samir (2019) [5]	B-TUEP	Trung vị 29 (IQR 27 - 32)	Trung vị 15 (IQR 10 - 18)	-
Dương Cao Trí (2019) [6]	B-TUEP	Trung bình $27,4 \pm 4,5$	Trung bình $7,69 \pm 3,88$	-
Dương Hoàng Lân (2021) [7]	B-TUEP	Trung bình $28,6 \pm 2,64$	Trung bình $11,53 \pm 2,48$	Trung bình $8,7 \pm 2,43$

Kết quả thay đổi điểm IPSS trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy PT nội soi bóc nhân TTL mang lại hiệu quả rất cao trong việc cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới cho BN TSLTTTL. Sự cải thiện diễn ra nhanh chóng ngay trong tháng đầu tiên và tiếp tục tiến triển tốt ở tháng thứ ba, đưa BN từ nhóm triệu chứng nặng xuống nhóm triệu chứng rất nhẹ.

2. Một số yếu tố liên quan đến cải thiện IPSS sau PT 1 tháng

Hồi quy đa biến cho thấy kiểm định mô hình có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0045$, (R-squared = 0,80) mô hình giải thích được 80% sự biến thiên của IPSS sau PT 1 tháng. Phân tích cho thấy các yếu tố gồm Qmax trước PT, hình thái

TTL, QoL sau PT 1 tháng có liên quan đến IPSS sau PT 1 tháng ($p < 0,05$). Trong đó, Qmax trước PT tăng 1 điểm thì IPSS tăng $\beta = 0,51$ điểm (95%CI: 0,03 - 0,99); QoL sau PT 1 tháng tăng 1 điểm thì IPSS sau 1 tháng PT tăng 4,40 điểm (95%CI: 2,88 - 5,92). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn

chung có sự khác biệt khi so sánh với tác giả Đỗ Ngọc Thê [8], trong đó có mối tương quan nghịch giữa tỷ lệ % cải thiện IPSS sau PT 1 tháng với tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ % cải thiện IPSS sau 1 tháng càng thấp [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Dương Cao Trí và CS (2019), IPSS không tương quan với tuổi và Qmax trước PT, nhưng có mối tương quan với Vttl qua siêu âm trước PT [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Dương Hoàng Lâm và CS (2021) nhận thấy không có mối tương quan giữa IPSS với tuổi và Vttl trước mổ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Trịnh Tú Lâm (2022) cho thấy IPSS không tương quan chặt chẽ với kích thước TTL khi thăm trực tràng hay trên siêu âm [9].

3. Một số yếu tố ảnh hưởng cải thiện IPSS sau PT 3 tháng

Khi phân tích đa biến, các yếu tố liên quan đến IPSS sau PT 3 tháng bao gồm độ tuổi, bệnh nền, ngày nằm viện hậu phẫu, IPSS trước PT, QoL trước PT, Qmax trước PT, PVR trước PT, Vttl trước PT, PSA trước PT, mức độ bàng quang chống đối, hình thái TTL, thời gian mổ, dịch rửa, thời gian lưu sonde, bí tiểu sau rút sonde đặt lại, tai biến PT, biến chứng sau rút sonde, IPSS sau PT 1 tháng, QoL sau PT 1 tháng, Qmax sau

PT 1 tháng, PSA sau 1 tháng, QoL sau PT 3 tháng, Qmax sau PT 3 tháng, PVR sau 3 tháng. Kết quả cho thấy kiểm định mô hình có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0462$, ($R\text{-squared} = 0,91$) mô hình giải thích được 91% sự biến thiên của IPSS sau PT 3 tháng. Mặc dù vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy không có yếu tố nào liên quan đến IPSS sau PT 3 tháng ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Bebi và CS (2021), cho thấy phân tích đơn biến và phân tích đa biến các yếu tố như độ tuổi, kích thước TTL, IPSS trước PT không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với IPSS sau PT 3 tháng [10].

KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy điều trị TSLTTTL với dao lưỡng cực qua nội soi niệu đạo mang lại hiệu quả cải thiện triệu chứng TTL. Lưu lượng dòng tiểu tối đa trước PT, điểm QoL sau PT 1 tháng có ảnh hưởng đến IPSS sau PT 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Egan KB. The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms: Prevalence and incident rates. *Urol Clin North Am*. 2016; 43(3):289-297.
2. Bộ Y tế. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị triệu chứng đường tiểu dưới do tăng sinh

lãnh tính tuyến tiền liệt", ban hành kèm theo Quyết định 1531/QĐ-BYT ngày 24/3/2023. 2023.

3. Geavlete B, Stanescu F, Iacobaie C, et al. Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia cases - a medium term, prospective, randomized comparison. *BJU Int.* 2013; 111(5):793-803.

4. Giulianelli R, Gentile BC, Mirabile G, et al. Bipolar plasma enucleation of the prostate (B-TUEP) in benign prostate hypertrophy treatment: 3-year results. *Urology.* 2017; 107:190-195.

5. Samir M, Tawfick A, Mahmoud MA, et al. Two-year follow-up in bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate in comparison with bipolar transurethral resection of the prostate in treatment of large prostates. Randomized controlled trial. *Urology.* 2019; 133:192-198.

6. Dương Cao Trí. Đánh giá kết quả sớm phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực tại Bệnh viện Bình Dân. *Luận văn Thạc sĩ Y học,*

Trường đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2019.

7. Dương Hoàng Lân. Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng LASER Thulium qua ngã nội soi niệu đạo tại Bệnh viện Bình Dân. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II.* Đại Học Y Dược TPHCM. 2020.

8. Đỗ Ngọc Thê. Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bóc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. *Luận án Tiến sĩ Y học,* Học viện Quân y. 2019.

9. Trịnh Tú Lâm. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút mạch. *Luận án Tiến sĩ Chẩn đoán Hình ảnh.* Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108. 2022.

10. Bebi C, Turetti M, Lievore E, et al. Bipolar transurethral enucleation of the prostate: Is it a size-independent endoscopic treatment option for symptomatic benign prostatic hyperplasia?. *PloS One.* 2021; 16(6):e0253083.

TẮC NGHẼN ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI DO PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Nguyễn Vũ^{1,2}, Lương Thanh Tú¹
Ngô Đậu Quyền^{1,3}, Trần Minh Tuấn¹
Phạm Thanh Hải¹, Đỗ Trường Thành^{1,3}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Báo cáo 2 ca bí tiểu sau ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và đánh giá kết quả điều trị lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, phân tích hồ sơ của 2 bệnh nhân (BN), gồm lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Ca 1 là BN nam, 62 tuổi, có tiền sử phì đại lành tính tuyến tiền liệt (benign prostatic hyperplasia - BPH), xuất hiện bí tiểu vào ngày thứ 14 sau ghép thận. Điều trị nội khoa không hiệu quả, creatinine máu tăng sau khi rút sonde tiểu. BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt, chức năng thận ghép phục hồi tốt; ca 2 là BN nam, 50 tuổi, mắc đái tháo đường, bị nhiễm khuẩn huyết do áp xe tuyến tiền liệt sau ghép thận. Sau điều trị kháng sinh tích cực, BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt. Chức năng thận trở về mức nền. **Kết luận:** Ở nam giới ≥ 50 tuổi, cần tầm soát và can thiệp BPH trước ghép thận nếu có chỉ định. Can thiệp sớm ở BN có tắc nghẽn đường tiểu dưới giúp cải thiện triệu chứng và bảo tồn chức năng thận ghép.

Từ khóa: Bí tiểu; Ghép thận; Phì đại lành tính tuyến tiền liệt; Tắc nghẽn đường tiểu dưới.

LOWER URINARY TRACT OBSTRUCTION DUE TO BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: A CLINICAL CASE REPORT

Abstract

Objectives: To report 2 cases of post-transplant urinary retention at VietDuc University Hospital and compare clinical outcomes. **Methods:** A descriptive,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Lê Nguyễn Vũ (nguyenvu.urologist@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1590>

analysed study was conducted on 2 kidney transplant recipients, including clinical presentation, management, and follow-up outcomes. **Results:** Case 1 was a 62-year-old male with BPH, developing urinary retention on postoperative day 14. Medical therapy was ineffective, and serum creatinine increased after catheter removal. Transurethral resection of the prostate (TURP) restored graft function; case 2 was a 50-year-old male with diabetes mellitus, developing sepsis due to a prostatic abscess post-transplantation. After intensive antibiotic therapy, TURP and abscess drainage into the bladder were performed, with renal function returning to baseline. **Conclusion:** In males aged ≥ 50 years, pre-transplant evaluation and management of BPH are essential. Early intervention for lower urinary tract obstruction improves symptoms and preserves graft function.

Keywords: Urinary retention; Kidney transplantation; Benign prostatic hyperplasia; Lower urinary tract obstruction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu, cải thiện chất lượng sống và kéo dài thời gian sống ở BN suy thận mạn giai đoạn cuối. Ở nam giới > 50 tuổi, bí tiểu do tắc nghẽn đường tiểu dưới là biến chứng thường gặp, có thể xảy ra sớm hoặc muộn sau ghép. Nguyên nhân chính bao gồm hẹp cổ bàng quang hoặc BPH. Chẩn đoán và điều trị sớm tắc nghẽn đường tiểu dưới là yếu tố quyết định để bảo tồn chức năng thận ghép. Bí tiểu cấp sau ghép thận, dù hiếm gặp, có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng nếu không được xử trí kịp thời. Nam giới cao tuổi với BPH là nhóm nguy cơ cao. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật đúng thời điểm giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng và bảo tồn chức năng thận ghép. Nghiên cứu mô tả 2 ca lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 11/2024 - 02/2025 nhằm: *Chia sẻ*

kinh nghiệm xử trí ngoại khoa và chỉ định các trường hợp bí tiểu do phì đại tiền liệt tuyến ở BN ghép thận.

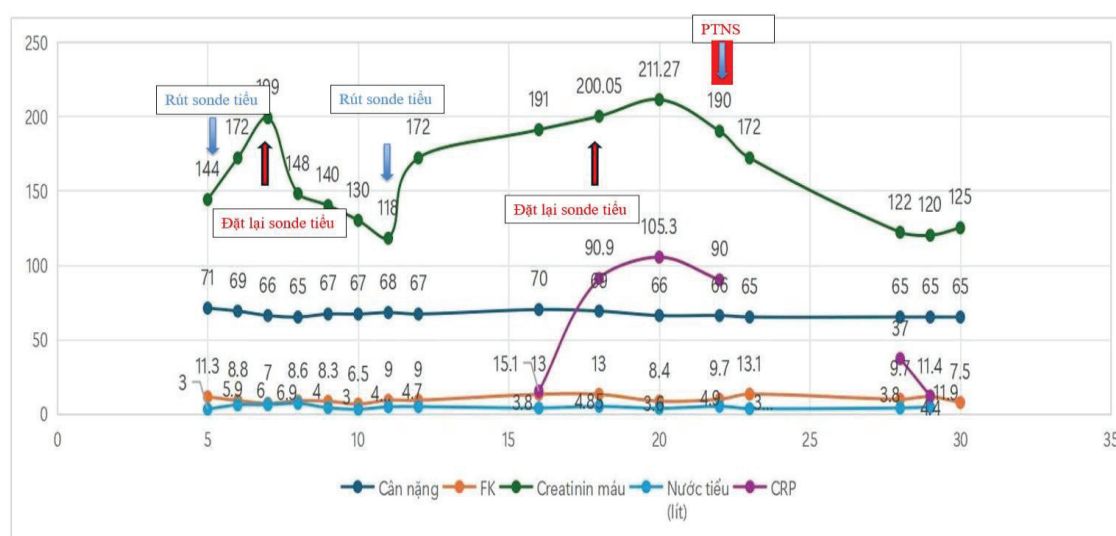
GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

1. Ca lâm sàng 1

BN N.V.C, nam, 62 tuổi, có tiền sử ghép thận lần thứ nhất tính đến thời điểm nghiên cứu là 7 năm. BN được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn V tiến triển trong 1 năm. Lần này, BN được ghép thận lần thứ hai từ người hiến chết não vào tháng 12/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Sau ghép, chức năng thận tiến triển tốt, creatinine máu trước ghép là $862 \mu\text{mol/L}$, giảm còn $144 \mu\text{mol/L}$ sau 5 ngày. Ngày thứ 5 sau ghép, BN được rút sonde tiểu, xuất hiện triệu chứng tiểu khó, creatinine máu tăng lên $172 - 199 \mu\text{mol/L}$. BN được đặt lại sonde tiểu và điều trị bằng alfuzosin (Xatral) đường uống, creatinine

giảm ngay còn 148 - 140 - 130 $\mu\text{mol/L}$. Siêu âm đài bể thận không giãn, thận ghép phân bố mạch máu bình thường với RI 0,68, tiền liệt tuyến kích thước tương đương 50cm^3 , có chỉ số lùi vào bàng quang 18mm. Thuốc thải ghép: Pred + Prograf 4,5mg/4,5mg + Myfortic 720mg/720mg. Sau 4 ngày, rút sonde tiểu nhưng BN xuất hiện triệu chứng

tiểu khó tái phát, creatinine tăng lên 118 - 172 - 191 - 211 $\mu\text{mol/L}$. BN điều trị nội khoa tích cực, không cải thiện, CRP có xu hướng tăng lên từ 90,9 - 105 mg/L. BN vẫn tiểu tốt, không tăng cân, không có dấu hiệu thải ghép trên lâm sàng. Khi đặt lại sonde tiểu, creatinine máu giảm xuống 190 $\mu\text{mol/L}$, BN không còn triệu chứng bí tiểu.



Biểu đồ 1. Diễn biến sau ghép liên quan đến tắc nghẽn đường tiểu dưới.

Khám trực tràng ghi nhận tuyến tiền liệt phì đại, mềm, không đau. Siêu âm tuyến tiền liệt cho thấy kích thước $\sim 56\text{cm}^3$, lùi nhiều vào bàng quang. Thận ghép kích thước bình thường, đài bể thận không giãn, chỉ số kháng (resistive index - RI) tăng nhẹ 0,76. PSA trong giới hạn bình thường. BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt (TURP) vào ngày thứ 22 sau ghép. Trong mổ, quan sát thấy tuyến

tiền liệt phì đại hai thùy bên và lùi vào bàng quang, ca mổ diễn ra thuận lợi. Sau mổ, BN ổn định, rút sonde tiểu sau 5 ngày, tiểu dễ, creatinine máu giảm nhanh còn 122 $\mu\text{mol/L}$. Sau 1 tháng, chỉ số IPSS (International Prostate Symptom Score) thấp. BN duy trì điều trị với prednisone 5mg, tacrolimus 3,5 mg/ngày, và certican 2 mg/ngày. Sau 3 tháng, creatinine máu ổn định ở mức 125 $\mu\text{mol/L}$.



Hình 1. Trong mô, tiền liệt tuyến to 2 thùy bên.

2. Ca lâm sàng 2

BN N.Q.S, nam, 50 tuổi, mắc đái tháo đường type 2 nhiều năm, điều trị bằng insulin. Năm 2019, BN được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn II do đái tháo đường, điều trị bảo tồn. Đến tháng 3/2024, suy thận mạn tiến triển giai đoạn V, phải lọc máu chu kỳ, lượng nước tiểu còn 1,5L/24 giờ. BN được ghép thận từ người cho sống vào tháng 11/2024, hòa hợp HLA 5/6. Sau ghép, BN ra viện với creatinine máu 133,22 $\mu\text{mol/L}$, hemoglobin 12,4 g/dL. BN duy trì thuốc ức chế miễn dịch: Mycophenolate mofetil 1.000mg x 2 lần/ngày, tacrolimus 2mg x 2 lần/ngày, prednisone 5 mg/ngày; nồng độ tacrolimus 7,8 ng/mL. Đái tháo đường được kiểm soát bằng insulin (20 - 18 UI/ngày), glucose máu 8,15 mmol/L. Hai tháng sau ghép, BN xuất hiện tiêu buốt, tiểu dắt, tiểu đêm nhiều lần kèm sốt 38°C. BN nhập viện tại bệnh viện tỉnh, được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu, điều trị bằng kháng sinh quinolone

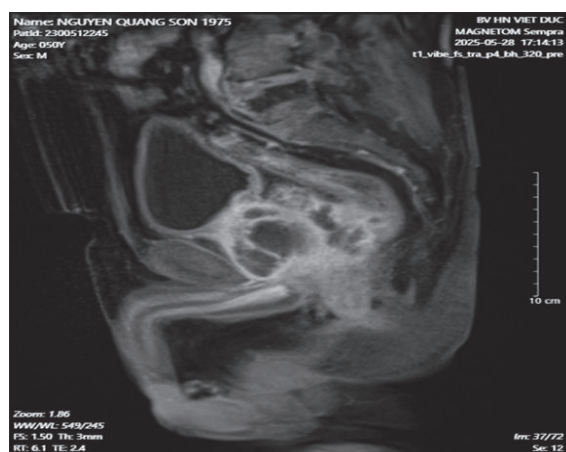
1 g/ngày và cephalosporin 3 g/ngày trong 14 ngày. Sau điều trị, BN hết sốt nhưng vẫn còn tiểu dắt, tiểu đêm và tiểu khó. Siêu âm ngày 30/5/2025 ghi nhận khối áp xe tuyến tiền liệt kích thước 83 x 61 x 55mm (~120cm³), với ổ dịch lớn nhất 36 x 38mm ở thùy trái, ranh giới không đều, tăng sinh mạch mạnh. Đài bể thận giãn nhẹ, chỉ số RI tăng (0,77 - 0,83). Khám trực tràng ghi nhận tuyến tiền liệt phì đại, căng, đau tức, không có mủ qua niệu đạo. Chụp MRI xác nhận nhiều ổ áp xe tuyến tiền liệt, ổ lớn nhất 55 x 56mm, thành bàng quang dày, không có dịch tự do trong ổ bụng. Xét nghiệm máu thấy hồng cầu 3,7 T/L, hemoglobin 94 g/L, bạch cầu 11,57 G/L (bạch cầu đa nhân trung tính 10,05 G/L), creatinine máu 126 $\mu\text{mol/L}$. Cây nước tiểu phát hiện *E. coli* (10³ CFU/mL), nhạy với ertapenem, imipenem, meropenem, amikacin, fosfomycin; kháng cephalosporin, levofloxacin, norfloxacin. Thuốc thải ghép: Pred+ Prograf 3mg + Mycophenolat mofetil giảm dần 500mg/500mg. BN

được điều trị bằng ertapenem (Invanz) 1 g/ngày trong 5 ngày, cấy nước tiểu lần hai âm tính. Siêu âm trước mổ cho thấy ổ áp xe tuyến tiền liệt kích thước còn 48 x 52mm. BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt và dẫn lưu ổ áp xe vào bàng quang sau 1 tuần điều trị kháng sinh. Trong mổ, quan sát thấy tuyến tiền liệt phì đại

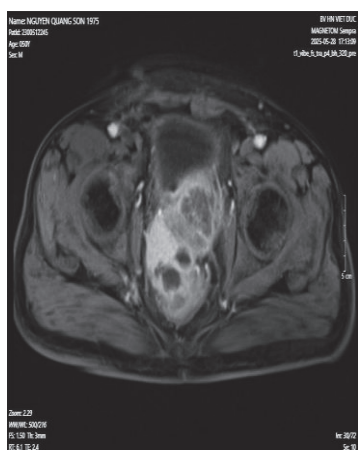
hai thùy, nhiều vị trí chảy mủ trắng vào niệu đạo, đặc biệt ở thùy trái. Sau mổ, BN sốt 38°C vào đêm hậu phẫu ngày thứ nhất, được bổ sung fosfomycin 1 g/ngày và metronidazole 0,5 g/ngày trong 5 ngày. Xét nghiệm sau mổ thấy bạch cầu 7,71 G/L, bạch cầu đa nhân trung tính 72,7%, creatinine máu 110,3 $\mu\text{mol/L}$.



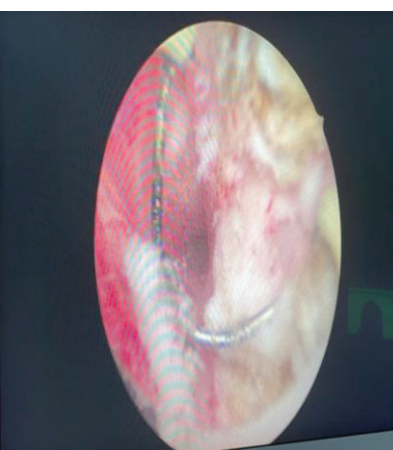
Hình 2. Áp xe TLT dưới siêu âm.



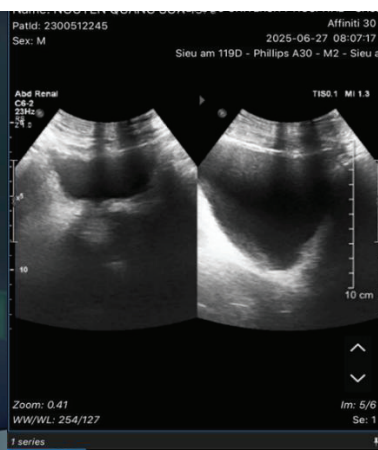
Hình 3. Nhiều ổ áp xe TLT.



Hình 4. Trước mổ TLT.



Hình 5. Nội soi phá bỏ ổ áp xe.



Hình 6. Siêu âm sau mổ 1 tháng.

Rút sonde tiểu sau 7 ngày, BN ra viện không sốt, không tiểu máu, tiểu không kiểm soát nhẹ (cải thiện hoàn toàn sau 1 tháng). Siêu âm sau 1 tháng cho thấy thận ghép bình thường, đài bể thận không giãn, tuyến tiền liệt kích thước 52 x 39 x 40mm, không còn ổ áp xe. Chỉ số IPSS thấp. BN duy trì kháng sinh (augmentin 1 g/ngày + ciprofloxacin 0,5 g/ngày x 2 tuần) + prednisone 5mg, prograf (tacrolimus) 1,5mg x 2 lần/ngày, MMF (mycophenolate mofetil) 500mg x 2 lần/ngày. Sau 3 tháng, BN tiểu tốt, không sốt, IPSS nhẹ 4 - 5 điểm, creatinine máu 129 $\mu\text{mol/L}$, glucose máu 9,2 mmol/L.

BÀN LUẬN

Chức năng bàng quang có thể giảm do không sử dụng trong thời gian chạy thận kéo dài. Sau ghép thận, nhờ lượng nước tiểu tăng trở lại, bàng quang có thể hồi phục đáng kể, kể cả ở các trường hợp bàng quang teo trước đó. Ở những BN suy thận mạn vô niệu hoặc thiếu niệu, hẹp cổ bàng quang - tuyến tiền liệt thường không có triệu chứng rõ ràng trước ghép và chỉ khi ghép thận ổn định, tiểu hồi phục sau ghép, các rối loạn tiểu tiện mới biểu hiện rõ. Nếu BN có biểu hiện của tắc nghẽn đường tiết niệu khi đang chờ ghép thực hiện phẫu thuật nội soi tuyến tiền liệt, nguy cơ xơ hóa cổ bàng quang và sẹo tại vùng tuyến rất cao, khiến việc can thiệp này khó chấp

nhận trước ghép [1]. Trong trường hợp này, nội soi qua đường niệu đạo để cắt u hoặc rạch cổ tuyến tiền liệt là lựa chọn phù hợp sau ghép. Tuy nhiên, vẫn còn tranh cãi về thời điểm tối ưu để can thiệp, có thể thực hiện sớm ngay sau ghép hay nên chờ cho vết mổ và đặc biệt là miệng nối niệu quản - bàng quang ổn định. Nếu chọn phương án trì hoãn, có thể đối mặt với nguy cơ bí tiểu cấp ở BN đang dùng thuốc ức chế miễn dịch sau ghép, từ đó phải đặt sonde dài ngày làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và gây suy giảm chức năng thận ghép, biểu hiện tăng creatinine máu và CRP tăng lên (tương tự BN số 1). Hơn nữa, nếu thực hiện phẫu thuật sớm trên miệng nối còn mới, có thể lo ngại ảnh hưởng đến vị trí nối niệu quản. Điều trị nội khoa tối ưu là điều kiện tiên quyết để đảm bảo sự thành công của ghép thận. Bên cạnh đó, chức năng bàng quang ổn định cũng là yếu tố then chốt. Sau ghép, lượng nước tiểu tăng đột ngột có thể làm bộc lộ hoặc làm nặng thêm tình trạng BPH hoặc tắc nghẽn đường thoát nước tiểu, dẫn đến bí tiểu. Bí tiểu là biểu hiện lâm sàng nổi bật nhất và trong giai đoạn sớm sau ghép, áp lực bàng quang tăng cao do co bóp cơ detrusor có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng thận ghép. Tình trạng này có thể gây rò nối niệu - bàng quang hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu nặng thông qua đường niệu quản, đặc biệt trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Hiện có

hai lựa chọn điều trị là nội khoa và phẫu thuật [2]. Nhóm thuốc chẹn alpha (alpha-blockers) là lựa chọn nội khoa đầu tay, hiệu quả trong các trường hợp có hội chứng đường tiểu dưới (LUTS) tắc nghẽn mức độ từ nhẹ đến trung bình. Đáng chú ý, nếu sử dụng alpha-blockers trước ghép ở BN có chẩn đoán phì đại tiền liệt tuyến, triệu chứng LUTS sau ghép có thể giảm rõ rệt. Tuy nhiên, việc chọn đúng BN vẫn là thách thức vì khó đánh giá đầy đủ tuyến tiền liệt ở những người sống trong tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu do chạy thận kéo dài. Một số tác giả đề xuất nên trì hoãn nội soi can thiệp niệu đạo cho đến sau khi ghép thận, ngay cả khi BN có phì đại tiền liệt tuyến do nguy cơ biến chứng sau mổ cao hơn ở nhóm BN này. Nội soi qua đường niệu đạo trước ghép ở BN vô niệu có thể làm tăng nguy cơ hẹp cổ bàng quang. Chúng tôi thường lựa chọn nút mạch tiền liệt tuyến là như phương án thay thế khả thi cho mổ nội soi qua đường niệu đạo trong điều trị BN tắc nghẽn đường tiểu dưới, đặc biệt ở những BN có thể tích tuyến tiền liệt nhỏ ($< 30\text{cm}^3$). Tác giả Marinho (2021) [3] ghi nhận bí tiểu cấp xảy ra ở khoảng 4,6% BN nam > 55 tuổi với sản lượng tiểu thấp trước mổ. Tác giả Tsaur (2010) [4] quan sát thấy 27% rối loạn đi tiểu ở BN nam cao tuổi ghép thận. Tác giả Bahadir (2024) [5] nhận

thấy LUTS sau ghép dao động từ 5,8 - 33%, với phì đại tuyến tiền liệt là nguyên nhân chính. Tuổi cao và thời gian chạy thận dài là những yếu tố nguy cơ rõ rệt làm tăng khả năng bí tiểu sau ghép. Tác giả Gratzke và CS [6] ghi nhận nguy cơ cao ở BN ≥ 60 tuổi và thời gian lọc máu > 120 tháng. Điều này gợi ý bí tiểu sau ghép không chỉ do BPH mà còn liên quan đến hẹp cổ bàng quang chức năng - hậu quả của tình trạng vô niệu/thiếu niệu kéo dài. Vấn đề đáng quan tâm khác là nhiễm khuẩn huyết sau nội soi cắt u phì đại ở những BN có ghép tạng, đặc biệt ở BN suy giảm miễn dịch sau ghép - có thể dẫn đến nhiễm trùng nặng, thậm chí mất thận ghép. BN số 2 của chúng tôi đã diễn biến từ phì đại tiền liệt tuyến điều trị nội khoa thành áp xe tiền liệt tuyến trên nền bệnh lý đái tháo đường ở BN sau ghép. Tác giả Reinberg và CS [7, 8] từng báo cáo 1 ca tử vong do nhiễm nấm candida sau can thiệp qua đường niệu đạo sớm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, mặc dù có 13,1% BN bị nhiễm trùng tiết niệu, nhưng tất cả đều là nhiễm khuẩn không triệu chứng và đáp ứng tốt với kháng sinh, không làm ảnh hưởng đến chức năng ghép. Một lo ngại khác là nguy cơ tổn thương miệng nối niệu quản - bàng quang trong quá trình nội soi sớm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tất cả BN được kiểm tra bàng

quang bằng bơm thuốc cản quang trước mổ và không ghi nhận rò. Khi mổ, nhóm tác giả duy trì áp lực tưới thấp và cầm máu kỹ nhằm hạn chế tụ máu và đảm bảo an toàn nôi. Tác giả Vedrine (2009) [9] thực hiện nội soi qua niệu đạo cắt phì đại tiền liệt tuyến trung bình 15 ngày, IPSS sau 34 tháng trung bình là 4, không suy chức năng thận ghép. Tác giả Volpe và CS [7] đã thực hiện nghiên cứu tiền cứu trên 314 nam giới sau ghép thận, trong đó 103 BN (32,8%) xuất hiện LUTS trong giai đoạn theo dõi từ 4 - 5 năm. Trong số đó, 32 BN được chỉ định TURP, ghi nhận cải thiện đáng kể cả về triệu chứng cơ năng lẫn các thông số niệu động học (Qmax, PVR). Đặc biệt, creatinine huyết thanh giảm sau 1 và 6 tháng, và duy trì ở mức thấp hơn so với trước mổ tại thời điểm 2 và 4 năm. Tác giả Sarier và CS (2018) [2] tiến hành trên 38 BN nội soi qua đường niệu đạo, Qmax tăng từ 8,2 lên 22,4 mL/s, creatinine giảm từ 1,8 xuống 1,4 mg/dL, biến chứng nhẹ. Các nghiên cứu của Vedrine (2009), Volpe (2013) và Sarier (2018) đều xác nhận nội soi qua đường niệu đạo trong vòng 30 ngày sau ghép là an toàn, không ảnh hưởng nôi niệu - bàng quang [2, 7, 9], Qmax cải thiện rõ rệt, creatinine giảm hoặc ổn định. Tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là nhiễm trùng tiểu nhẹ. Phẫu thuật sớm giúp giảm thời gian đặt sonde niệu đạo và nguy cơ ú nước thận.

KẾT LUẬN

Tắc nghẽn đường tiểu dưới sau ghép thận vẫn xảy ra, đặc biệt ở nam giới cao tuổi có bệnh lý tiền liệt tuyến. Can thiệp kịp thời giúp cải thiện dòng tiểu và bảo tồn chức năng thận ghép. Cần tầm soát rối loạn tiểu tiện và tình trạng tuyến tiền liệt ở nam giới ≥ 50 tuổi trước ghép để xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này thực hiện theo quy định của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội với mã số đề tài: QG.24.51. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yanishi M, Kawa G, Nakamoto T, et al. Lower urinary tract symptoms and functions after kidney transplantation at our hospital. *Jpn J Urol.* 2015; 106(4):249-254.
2. Sarier M, Tekin S, Yuksel Y, et al. Early TURP/TUIP postrenal transplant: A prospective study. *Turk J Urol.* 2018; 44(3):123-129.
3. Marinho AC, Costa R, Antunes H, et al. Acute urinary retention after kidney transplant: Effect on graft function. *Transplant Proc.* 2021; 53(5):1532-1537.

4. Tsaur I, Jones J, Melamed RJ, et al. Postoperative voiding dysfunction in older male renal transplant recipients. *Transplant Proc.* 2010; 42(9):3585-3589.
5. Bahadir HB, Erdogan O, Tzel M, et al. Prevalence of male LUTS after kidney transplantation: systematic review. *BJU Int.* 2024; 133(1):12-20.
6. Gratzke C, Pahde A, Dickmann M, et al. Predictive factors for urinary retention following kidney transplantation in male patients. *Scand J Urol Nephrol.* 2012; 46(1):44-47.
7. Volpe A, Billia M, Quaglia M, et al. Long-term outcomes of TURP after kidney transplantation. *BJU Int.* 2013; 112(2):154-159.
8. Reinberg Y, Manivel JC, Sidi AA, Ercole CJ. Transurethral resection of prostate immediately after renal transplantation. *Urology.* 1992; 39(4):319-321.
9. Vedrine N, Ginguené C, Houlgatte A. Résection transurétrale de prostate après transplantation rénale. *Progrès en Urologie.* 2009; 19(6):391-395.

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT CHỖM NANG THẬN TẠI BỆNH VIỆN E TỪ NĂM 2021 - 2025**

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Phạm Quang Khải^{1,3}, Nguyễn Hùng Thịnh³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt chỏm nang thận.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 98 BN điều trị PTNS cắt chỏm nang thận tại Bệnh viện E từ năm 2021 - 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 63,64 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 56/42. 2 trường hợp có tiền sử gia đình bệnh lý nang thận. Đau vùng thắt lưng gặp nhiều nhất (88,7%). Kích thước nang thận thường gặp từ là 50 - 100mm (73,5%). 41,8% gặp ở cả 2 bên thận, 56,1% là nang đơn độc. Thời gian phẫu thuật trung bình là 45,66 phút (n = 98); không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa hai phương pháp điều trị và vị trí nang thận. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,68 ngày. BN được xuất viện sau 4,05 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian rút dẫn lưu; thời gian nằm viện giữa hai phương pháp mổ. Không ghi nhận ca nào có biến chứng tổn thương tạng, chảy máu. **Kết luận:** Phương pháp PTNS cắt chỏm nang thận là phương pháp an toàn, ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngày càng rút ngắn, đạt hiệu quả tốt đến 98%. PTNS sau phúc mạc (PM) có tính thẩm mỹ cao. Thời gian rút dẫn lưu, nằm viện được rút ngắn so với trước 2 - 3 ngày.

Từ khóa: Bệnh nang thận; Phẫu thuật nội soi; Cắt chỏm nang thận.

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC
RENAL CYST UNROOFING AT E HOSPITAL IN 2021 - 2025**

Abstract

Objectives: To evaluate the outcome of laparoscopic renal cyst unroofing.

Methods: A retrospective, prospective, and descriptive study was conducted on 98 patients who underwent laparoscopic renal cyst unroofing at E Hospital from 2021 to 2025.

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam

*Tác giả liên lạc: Phạm Quang Khải (quangkhaipham96@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 08/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1594>

Results: The mean age of the patients was 63.64 years, with a male-to-female ratio of 56:42. Two cases had a family history of polycystic kidney disease. The most common presenting symptom was flank pain (88.7%). The most frequently observed cyst size ranged from 50 - 100mm (73.5%). Bilateral cysts were found in 41.8% of cases, while 56.1% had solitary cysts. The mean operative time was 45.66 minutes (n = 98), with no significant difference in operative time between the two surgical approaches or cyst locations. The mean drain removal time was 2.68 days, and the average hospital stay was 4.05 days. There was a statistically significant difference in drain removal time and length of hospital stay between the two surgical methods. No cases of organ injury or bleeding complications were reported. **Conclusion:** Laparoscopic renal cyst unroofing is a safe, minimally invasive procedure with a progressively shorter operative time and a success rate of up to 98%. Post-peritoneal laparoscopic surgery provides excellent cosmetic outcomes. The duration of drainage and hospital stay was reduced by 2 - 3 days compared to previous approaches.

Keywords: Nephrocyst disease; Laparoscopic surgery; Renal cyst unroofing.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang thận là bệnh lý phổ biến xuất phát từ nhu mô thận và không thông với đường bài tiết [1]. Theo nhiều báo cáo hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 20 - 40%, tăng dần theo độ tuổi, đặc biệt là ở những người > 50 tuổi, bệnh thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. BN thường không có triệu chứng và chỉ được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác. Tuy không gây triệu chứng và không cần điều trị nhưng khi nang thận to > 50mm hoặc nằm ở vị trí chèn ép các bể thận, gây cho BN triệu chứng đau

vùng hông lưng, nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát, tiểu máu, tăng thải albumin, tăng huyết áp và tăng mức lọc cầu thận [2]. Trước đây, khi BN được chỉ định điều trị thuốc giảm đau không đỡ hay kích thích nang tăng dần thì các phương pháp điều trị khác được áp dụng chủ yếu là các phương pháp can thiệp như chọc hút nang dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp CT kết hợp bơm chất gây xơ hóa nang, mổ mở, tuy nhiên, phương pháp này có tỷ lệ tái phát cao và hiệu quả không bền vững [3]. PTNS trong điều trị nang thận đạt hiệu quả tốt, ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật được rút ngắn và tính thẩm mỹ cao [1, 3]. Tại

Bệnh viện E cũng đã triển khai phương pháp này trong điều trị cắt chỏm nang thận nhiều năm. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Đánh giá hiệu quả của phương pháp PTNS cắt chỏm nang thận trong giai đoạn từ tháng 01/2021 - 12/2025.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 98 BN được điều trị PTNS cắt chỏm nang thận trong thời gian từ tháng 01/2021 - 12/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN có kích thước nang trên chụp cắt lớp vi tính và trên siêu âm > 50mm hoặc nang thận < 50mm nhưng có triệu chứng lâm sàng, có chèn ép đài bể thận.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

* *Các chỉ số nghiên cứu:* Tuổi và giới tính; tiền sử bệnh; triệu chứng lâm sàng của bệnh; đặc điểm nang trên cận lâm sàng; thời gian phẫu thuật, dẫn lưu, nằm viện.

* *Xử lý số liệu:* Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện E. Số liệu được thu thập trung thực, bảo mật thông tin đối với các đối tượng nghiên cứu và được Bệnh viện E cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm tuổi, giới tính và tiền sử bệnh

Nghiên cứu trên 56 BN nam (57,1%) được điều trị cắt chỏm nang thận bằng PTNS chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với BN nữ với 45 BN (42,9%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,04 \pm 14,86$, trong đó, BN nhỏ tuổi nhất là 13, cao tuổi nhất là 88, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi giữa hai giới ($p > 0,05$). Đa số BN vào viện với tiền sử bình thường (69,4%), 5 ca tái phát nang thận cùng bên (5,1%), 2 ca có tiền sử mỡ sỏi thận (2%), 2 ca bệnh có tiền sử gia đình (2%), 12 ca đang sử dụng thuốc chống đông (12,2%).

2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng**Bảng 1.** Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Nam (n = 56)		Nữ (n = 42)		Chung		p(M-F)
	n	%	n	%	n	%	
Đau lưng	52	59,8	35	40,2	87	88,7	> 0,05
Tiểu máu	4	66,7	2	33,3	6	6,1	> 0,05
Tăng huyết áp	5	62,5	3	37,5	8	8,2	> 0,05
Không triệu chứng	2	40	3	60	5	5,1	> 0,05

(M: Male - Nam; F: Female - Nữ)

Triệu chứng đau lưng gặp nhiều nhất trên lâm sàng (88,7%), chỉ 6,1% trường hợp vào viện với triệu chứng tiểu máu.

Bảng 2. Kích thước nang thận trên hình ảnh CT ổ bụng (vị trí).

Kích thước (mm)	Nam		Nữ		Chung		p(M-F)
	n	%	n	%	n	%	
50 - ≤ 100	38	52,8	34	47,2	72	73,5	> 0,05
> 100	1	50	1	50	2	2	
$\bar{X} \pm SD$	60,25 ± 15,67		62,02 ± 16,65		61,87 ± 16,12		
(Min - Max)	(30 - 106)		(34 - 106)		(30 - 106)		

(M: Male - Nam; F: Female - Nữ)

Kích thước nang thận nhỏ nhất ghi nhận là 30mm ở trẻ em 13 tuổi, lớn nhất là 106mm, đa số các nang thận có kích thước ≤ 100mm (98%), chỉ 2 trường hợp có nang thận > 100mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước nang thận ở hai nhóm giới tính (p > 0,05).

Bảng 3. Vị trí nang thận.

Nang thận	Thận trái		Thận phải		Chung		p(T-P)
	n	%	n	%	n	%	
Cực trên	45	57,7	33	42,3	78	79,6	> 0,05
Cực giữa	5	29,4	12	70,6	17	17,3	< 0,05
Cực dưới	26	60,5	17	39,5	43	43,9	> 0,05
Nang cạnh bể thận	7	70	3	30	10	10,2	> 0,05

(T: Trái; P: Phải)

Nhóm nghiên cứu ghi nhận 10 ca (10,2%) nang cạnh bể thận, đa số là nang cực trên chiếm 79,6%.

3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật.

Thời gian	PTNS sau PM (a) (n = 89)	PTNS qua PM (b) (n = 9)	Nang cạnh BT (n = 10)	Sử dụng chống đông (n = 12)	Chung	p _(a-b)
Phẫu thuật (1)	45,4 ± 11,5 (20; 65)	47,8 ± 10,03 (30; 60)	58,0 ± 4,8 (50; 60)	50,8 ± 9,7 (30; 60)	45,66 ± 11,34 (20; 65)	> 0,05
Dẫn lưu (2)	2,57 ± 1,3 (1; 6)	3,78 ± 1,8 (1; 7)	3,1 ± 1,3 (1; 5)	4,58 ± 1,4 (1; 7)	2,68 ± 1,37 (1; 7)	< 0,05
Nằm viện (3)	3,89 ± 1,4 (2; 7)	5,67 ± 1,3 (4; 8)	4,6 ± 1,3 (2; 6)	6,3 ± 0,99 (4; 8)	4,05 ± 1,5 (2; 8)	< 0,05
p	-	-	p ₁ < 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	p ₁ > 0,05 p ₂ < 0,05 p ₃ < 0,05	-	-

(BT: Bể thận)

Thời gian phẫu thuật trung bình là 45,66 ± 11,34 phút, trong đó, nhóm PTNS sau PM là 45,4 ± 11,5 phút. Thời gian phẫu thuật ở nhóm có nang cạnh bể thận lâu hơn là 58,0 ± 4,8 phút. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa hai phương pháp PTNS ($p > 0,05$) nhưng khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm BN nang cạnh thận và những BN khác ($p < 0,05$). Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,68 ± 1,37 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của BN là 4,05 ± 1,5 ngày. Trong đó, thời gian nằm viện trung bình của nhóm PTNS sau PM là 3,89 ± 1,4, ngắn hơn so với mổ PTNS qua PM là 5,67 ± 1,3 ngày, ở BN có sử dụng chống đông, thời gian nằm viện lâu hơn là 6,3 ± 0,99 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện giữa hai phương pháp PTNS và nhóm BN sử dụng chống đông ($p < 0,05$). Ghi nhận 2 ca biến chứng rách PM trong PTNS qua PM.

BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ nam/nữ là tương đương nhau (57,1% và 42,9%). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Ramazan Topaktas và CS (2018) với tỷ lệ nam là 57% và nữ là 43%.

BN có độ tuổi từ 13 - 88 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,04, trong đó, BN có độ tuổi ≥ 60 chiếm đa số, trường hợp nhỏ tuổi nhất là 13 tuổi, không có sự khác biệt về độ tuổi ở hai giới. Tỷ lệ này tương đồng

với báo cáo của Ali Akkoc và CS (2020) là $63,6 \pm 8,2$ tuổi [5], cao hơn so với nghiên cứu của Shicong Lai (2017) là $57,86 \pm 11,63$ tuổi [6]. Như vậy, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng tăng.

Qua khai thác tiền sử trong số BN đến điều trị PTNS cắt chỏm nang thận, ghi nhận 5 ca tái phát nang thận cùng bên (5,1%), 2 ca có tiền sử mổ sỏi thận (2%), 2 ca có tiền sử gia đình (2%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai giới, tỷ lệ ít hơn so với báo cáo của Nguyễn Thị Thùy Linh và CS (2022) với 65,2% BN có tiền sử gia đình có người mắc bệnh thận đa nang. Đối với đặc điểm di truyền về bệnh nang thận, thường là bệnh thận đa nang di truyền trội hoặc lặn trên nhiễm sắc thể thường, do vậy, việc mắc bệnh không phụ thuộc vào giới tính nam hay nữ.

BN nhập viện do đau vùng hông lưng chiếm đa số (88,7%), tình trạng này do tăng áp lực trong nang hoặc nang to gây chèn ép ứ trệ nước tiểu trong bể thận, mức độ đau cũng là một trong những yếu tố để lựa chọn phương pháp điều trị sao cho phù hợp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh An (2024) với 84,4% BN vào viện do đau tức vùng thắt lưng [7], tác giả Lorn Sopheak (2021) là 86,96% BN [8].

Đường kính trung bình nang là $61,87 \pm 16,12$ mm, kích thước lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được là 106mm, kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Shicong Lai (2017) là $66,9 \pm 16,2$ mm [6]. Chỉ 2/98 (2%) ca bệnh có kích thước nang > 100mm, đa số kích thước nang ở ngưỡng từ 50 - 100mm (73,5%), tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Minh An (2024) là 81,8% với nhóm có đường kính từ 50 - 100mm [7]. Tỷ lệ 24,5% BN có kích thước nang < 50mm, đặc biệt có 1 ca nang nhỏ nhất là 30mm ở trẻ 13 tuổi nhưng lại có biểu hiện triệu chứng gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN, từ đó, chúng tôi có chỉ định phẫu thuật với các trường hợp này.

Nghiên cứu tiến hành lựa chọn mổ nội soi đường qua PM với 9 BN. Trong đó, 5 ca tái phát nang thận cùng bên (5,1%), 2 ca có tiền sử mổ nội soi sỏi thận cùng bên do đã mổ cũ nguy cơ dính cao (2%) và 2 ca vị trí nang nằm lệch hẳn phía trước lựa chọn đường bụng để dễ tiếp cận (2%). Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $45,66 \pm 11,34$ phút, trong đó, nhóm sau PM là $45,4 \pm 11,5$ phút và nhóm qua PM là $47,8 \pm 10,03$ phút, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa hai phương pháp PTNS ($p > 0,05$), kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Ngọc Minh với nhóm PTNS sau PM là $41,82 \pm 9,3$ phút

và nhóm PTNS qua PM là $45,41 \pm 7,52$ phút, nghiên cứu của Ali Akkok (2020) cho thấy thời gian mổ trung bình là $41,4 \pm 5,6$ phút, nhưng ngắn hơn so với báo cáo của Shicong Lai (2017) là $66,89 \pm 22,68$ phút [5, 6, 9]. Đối với nhóm BN có nang cạnh bể thận, thời gian phẫu thuật trung bình lâu hơn $58,0 \pm 4,8$ phút do yêu cầu phẫu tích tỉ mỉ tránh tổn thương bể thận. Nhóm nghiên cứu chúng tôi trong quá trình phẫu thuật ghi nhận 2 ca rách PM (2%) và không ghi nhận ca bệnh nào có biến chứng chảy máu hay tổn thương tạng, tương tự như các báo cáo khác ở trong nước [1, 7].

Thời gian rút dẫn lưu trung bình trên BN được điều trị PTNS cắt chỏm nang thận trong nghiên cứu này là $2,57 \pm 1,3$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp: Nhóm nội soi sau PM có thời gian rút dẫn lưu trung bình là $2,57 \pm 1,3$ ngày, trong khi nhóm nội soi qua PM là $3,78 \pm 1,8$ ngày ($p < 0,05$). Đối với BN sử dụng chống đông, thời gian này trung bình là $4,58 \pm 1,4$ ngày lâu hơn so với nhóm còn lại, nhóm BN này cần theo dõi sát sau mổ do nguy cơ chảy máu cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy phương pháp sau PM có ưu thế hơn về mặt thời gian chăm sóc hậu phẫu, giúp BN hồi phục nhanh hơn và giảm gánh nặng theo dõi hậu phẫu; so với nghiên cứu của Phạm Ngọc Minh (2021), thời gian rút dẫn lưu trung

bình sau phẫu thuật chỉ < 1 ngày, cho thấy sự khác biệt rõ rệt. Tuy nhiên, nghiên cứu này chủ yếu thực hiện trên nhóm BN trẻ tuổi, nang đơn thuần và không ghi nhận biến chứng hậu phẫu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm nhiều trường hợp BN lớn tuổi, có nang kích thước lớn, vị trí nang hai bên [9].

Thời gian nằm viện trung bình là $4,05 \pm 1,5$ ngày, trong đó, nhóm PTNS sau PM có thời gian lưu viện ngắn hơn ($3,89 \pm 1,4$ ngày) so với nhóm qua PM ($5,67 \pm 1,3$ ngày) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm BN dùng chống đông nằm viện lâu hơn so với các BN khác là $6,3 \pm 0,99$ ngày do phải chuyển chống đông từ đường uống sang đường tiêm từ 3 - 5 ngày và phải theo dõi BN sau mổ khi hết chảy máu mới sử dụng lại chống đông, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh với nghiên cứu của Ali Akkok (2020) về thời gian nằm viện chỉ khoảng 1 ngày, do đa số BN ở nghiêm cứu chúng tôi đều lớn tuổi, có nhiều bệnh lý nền. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Minh An (2024) tại Bệnh viện Y Thái Bình có thời gian nằm viện trung bình là $4,6 \pm 1,3$ ngày, tương đối sát với kết quả nghiên cứu hiện tại. Tác giả cũng ghi nhận một số biến chứng nhẹ như nhiễm khuẩn vùng trocar hay chảy máu nhẹ ở dẫn lưu, điều này khiến thời gian nằm viện kéo dài hơn [5, 7].

KẾT LUẬN

Qua 98 trường hợp điều trị bằng phương pháp PTNS cắt chỏm nang thận, nghiên cứu cho thấy PTNS qua PM là phương pháp an toàn, ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngày càng rút ngắn, đạt hiệu quả tốt lên đến 98% (96/98 BN không có biến chứng trong mổ). Thời gian rút dẫn lưu, nằm viện rút ngắn hơn so với trước đây 2 - 3 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Thanh Út, Đàm Văn Cương. Kết quả điều trị nang thận có triệu chứng bằng phẫu thuật nội soi sau PM cắt chỏm nang thận. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020; 29:21-27.

2. Shao Q, Xu J, Adams T, Tao S, Cui Y, Shen H, et al. Comparison of aspiration-sclerotherapy versus laparoscopic decortication in management of symptomatic simple renal cysts. *Journal of X-ray Science and Technology*. 2013; 21(3):419-428.

3. Hemal AK. Laparoscopic management of renal cystic disease. *The Urologic clinics of North America*. 2001; 28(1): 115-126.

4. Topaktas R, Akkoc A, Altin S, Aydin C, Urkmez A. Effectiveness of harmonic scalpel in laparoscopic

treatment of simple renal cyst. *JPMMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2018; 68(7):1124-1128.

5. Akkoç A, Aydın C. How safe and effective is laparoscopic decortication of simple renal cysts in elderly patients? *The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male*. 2020; 23(3):227-231.

6. Lai S, Xu X, Diao T, Jiao B, Jiang Z, Zhang G. The efficacy of retroperitoneal laparoscopic deroofting of simple renal cyst with perirenal fat tissue wadding technique: A retrospective study. *Medicine*. 2017; 96(41):e8259.

7. Nguyễn Minh An, Phan Hoài Nam. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt chỏm nang thận tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình giai đoạn 2019 - 2023. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2024; 49(3):194-203.

8. Lorn Sopheak, Nguyễn Minh Tuấn, Trần Hiếu Học, Trần Mạnh Hùng, Nguyễn Trường Giang. Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt nang thận tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 506(2):21-25.

9. Phạm Ngọc Minh. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang thận tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2016-2021. *Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2*. Đại học Y Hà Nội. 2021; 46-61.

**KẾT QUẢ SƠM NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO CẮT TRỌN KHỐI U BẰNG
LASER HOLMIUM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG CHƯA
XÂM LẤN LỚP CƠ KẾT HỢP BƠM GEMCITABINE NỘI BÀNG QUANG**

Vũ Ngọc Thắng^{1,2,3}, Nguyễn Phương Hạnh⁴, Nguyễn Thị Thanh Huyền³
Nguyễn Lê Duy³, Bùi Thế Bun³, Đoàn Thị Chi³, Lê Thị Kiều³
Nguyễn Thị Diễm³, Bùi Thị Thùy Dung³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của nội soi qua niệu đạo cắt trọn khối u sử dụng laser holmium (en-bloc resection of bladder tumor using holmium laser - HoLERBT) kết hợp bơm Gemcitabine nội bàng quang (BQ) điều trị ung thư BQ giai đoạn chưa xâm lấn lớp cơ (non-muscle-invasive bladder cancer - NMIBC). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 21 bệnh nhân (BN) NMIBC bằng phương pháp HoLERBT từ tháng 01/2024 - 3/2025. Các BN được hóa trị nội BQ với Gemcitabine 2.000 mg/lần trong 6 tuần, từ 10 - 14 ngày sau mổ. **Kết quả:** Nam giới chiếm 76,2%, nữ giới chiếm 23,8%. Tuổi trung bình (TB) là $62,52 \pm 14,073$. CT-scanner trước mổ (21/21 BN) phát hiện có u BQ chiếm 95,2%, không phát hiện u BQ chiếm 4,8%. Kích thước khối u TB là $13,8 \pm 7,18$ mm. Cơ detrusor được lấy ở 20/21 BN (95,2%). Thời gian mổ TB là $33,43 \pm 12,56$ phút. Thời gian lưu sonde tiểu sau mổ TB là $1,62 \pm 0,59$ ngày. Giải phẫu bệnh sau mổ: carcinoma nhú đường niệu độ thấp là 8/21 BN (38,1%); carcinoma nhú đường niệu độ cao là 13/21 BN (61,9%); pTa: 42,9%, pT1: 57,1%. Không có tai biến trong mổ. Không BN nào có phản xạ thần kinh bịt. Có 1 BN tái phát sau 9 tháng (4,8%). **Kết luận:** Sử dụng phương pháp HoLERBT trong điều trị NMIBC là phương pháp an toàn và khả thi.

Từ khóa: U bàng quang; En-bloc; Laser holmium; Gemcitabine.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở Linh Đàm - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hà Nội - Hệ thống Y tế VinMec

⁴Bệnh viện Nhi Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Thắng (bsthangxp@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 08/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1595>

EARLY RESULTS OF TRANSURETHRAL ENDOSCOPIC EN-BLOC RESECTION OF TUMOR USING HOLMIUM LASER IN THE TREATMENT OF NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER COMBINED WITH INTRAVESICAL GEMCITABINE INSTILLATION

Abstract

Objectives: To evaluate the efficacy and safety of transurethral en-bloc resection of bladder tumors using holmium laser (HoERBT) combined with intravesical Gemcitabine instillation in the treatment of non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC). **Methods:** A prospective case series study was conducted on 21 patients with NMIBC who underwent HoERBT from January 2024 to March 2025. All patients received intravesical chemotherapy with Gemcitabine 2,000mg per instillation for 6 weeks, from 10 to 14 days after surgery. **Results:** Male patients accounted for 76.2%, female patients accounted for 23.8%. The mean age was 62.52 ± 14.073 years. Preoperative CT-scan (21/21 cases) detected bladder tumor in 95.2% (20/21 cases), no bladder tumor in 4.8% (1/21 cases). Mean tumor size: 13.8 ± 7.18 mm. The detrusor muscle was obtained in 20/21 cases (95.2%). The mean operative time was 33.43 ± 12.56 minutes. The mean duration of postoperative catheterization was 1.62 ± 0.59 days. Postoperative pathology: Low-grade papillary urothelial carcinoma was 8/21 cases (38.1%), high-grade papillary urothelial carcinoma was 13/21 cases (61.9%); stage pTa: 42.9%, pT1: 57.1%. There were no intraoperative complications. No cases of obturator nerve reflex were observed. Recurrence occurred in 1 case (4.8%) after 9 months. **Conclusion:** HoERBT in the treatment of NMIBC is safe and feasible.

Keywords: Bladder tumor; En-bloc; Holmium Laser; Gemcitabine.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN (2020), ung thư BQ là một trong những ung thư đường tiết niệu phổ biến đứng thứ 19/36 loại ung thư thường gặp tại Việt Nam [1]. Khoảng 75% các trường hợp được chẩn đoán NMIBC. Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt đốt khối u BQ (transurethral resection of bladder tumor - TURBT) vẫn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn ban đầu cho NMIBC.

Tuy nhiên, TURBT truyền thống có thể dẫn đến cắt vụn khối u, tạo phản xạ thần kinh bịt có thể gây chảy máu hoặc thủng BQ [2]. Sự hiện diện cơ detrusor BQ trong mẫu u cắt được coi là tiêu chí cốt lõi cho thấy đã đáp ứng đúng yêu cầu kỹ thuật. ERBT là kỹ thuật cải tiến nhằm khắc phục những hạn chế của TURBT [3]. Laser là nguồn năng lượng đã được chứng minh là hiệu quả và an toàn trong phẫu thuật nội soi niệu đạo [4, 5]. Hóa

trị nội BQ sau phẫu thuật là một phần quan trọng trong điều trị NMIBC nguy cơ TB và cao. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU guidelines), Gemcitabine là một trong những thuốc hóa trị nội BQ được sử dụng rộng rãi và cho thấy hiệu quả tương đương hoặc thậm chí vượt trội so với Bacillus Calmette-Guérin (BCG) trong một số trường hợp [6].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về sử dụng laser holmium cắt trọn khối u bàng quang kết hợp bơm Gemcitabine nội BQ sau phẫu thuật còn rất ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu phương pháp HoLERBT kết hợp với bơm Gemcitabine nội BQ sau phẫu thuật trong điều trị BN NMIBC nhằm: *Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 21 BN được chẩn đoán NMIBC giai đoạn pTa, pT1, thuộc nhóm nguy cơ TB và nguy cơ cao, phẫu thuật theo phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối u BQ bằng laser holmium kết hợp với hóa trị nội BQ bằng Gemcitabine 6 chu kỳ sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ tháng 01/2024 - 3/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* U BQ có kích thước $\leq 4\text{cm}$; BN ≥ 18 tuổi; ung thư BQ

lần đầu hoặc tái phát; BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Ung thư BQ xâm lấn cơ hoặc không phải dạng ung thư tế bào chuyển tiếp; có chống chỉ định mổ nội soi với hẹp niệu đạo không đặt được máy nội soi; nhiễm trùng hệ tiết niệu chưa điều trị ổn định; cứng khớp không dạng được khớp háng...

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, báo cáo hàng loạt ca bệnh.

** Dụng cụ phẫu thuật:* Dàn nội soi, bộ dụng cụ nội soi BQ, ống nội soi niệu quản bán cứng của hãng Karl storz. Laser holmium 100W: Máy Acure - Accutech hoặc X-Sphinter. Loại dây laser phát tia ở đầu tặn, sử dụng được nhiều lần 365 μ hoặc 550 μ . Nước muối sinh lý NaCl 0,9%. Bộ nong niệu đạo (Béniqué). Pank sử dụng cho máy nội soi niệu quản.

** Các bước tiến hành:* Đặt máy nội soi vào BQ. Trường hợp niệu đạo hẹp, tiến hành nong niệu đạo bằng Béniqué. Nếu sau nong niệu đạo vẫn không đặt được máy nội soi BQ, sử dụng ống nội soi niệu quản bán cứng. Dùng laser holmium năng lượng từ 55 - 60w đánh dấu và cắt cách chân khối u khoảng 1cm đến hết lớp cơ BQ, lấy trọn cả khối u khối thành BQ. Cầm máu diện phẫu thuật. Lấy toàn bộ khối u gửi giải phẫu bệnh lý. Đặt sonde Foley 3 chạc niệu đạo chảy rửa BQ bằng NaCl 0,9%.

* *Hóa trị nội BQ theo EAU 2022 [6]:*
Bơm Gemcitabine 2.000mg pha với 100mL dung dịch NaCl 0,9% vào BQ, lưu thuốc trong BQ khoảng 2 giờ. Thực hiện mỗi tuần 1 lần trong 6 tuần. Thời gian bơm Gemcitabine sau phẫu thuật từ 10 - 14 ngày, đến khi có kết quả mô bệnh học.

* *Đánh giá kết quả phẫu thuật:*
Đánh giá phân loại tai biến, biến chứng phẫu thuật theo phân loại Clavien-Dindo. Cắt u thành công khi có thể nhìn thấy và cắt sâu đến lớp cơ detrusor BQ được chứng minh bởi kết quả giải phẫu bệnh có hiện diện của mô cơ trong chân khối u cắt được.

* *Xử lý số liệu:* Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 24.0. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trị số TB ($\pm$ độ lệch chuẩn). Biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo đúng các quy trình, quy định của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 21 BN dùng phương pháp HoLERBT với kích thước u ≤ 4 cm, được bơm Gemcitabine theo phác đồ, trong đó có 16 BN nam (76,2%), 5 BN nữ (23,8%), tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1. Tuổi TB là $62,52 \pm 14,073$, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất 84 tuổi. Tuổi từ 18 - 40 có 3 BN (14,3%); 41 - 60 tuổi có 6 BN (28,6%); 61 - 80 tuổi có 10 BN (47,6%) và ≥ 80 tuổi có 2 BN (9,5%).

Bảng 1. Một số đặc điểm liên quan của u BQ.

	Đặc điểm	Số BN, n (%)
Số lượng u (n = 21)	1 khối u	16 (76,2)
	2 khối u	4 (19)
	3 khối u	1 (4,8)
Kích thước u BQ (n = 27)	≤ 1 cm	11 (40,7)
	$> 1 - 3$ cm	15 (54,5)
	$> 3 - 4$ cm	1 (4,8)
Vị trí khối u (n = 21)	2 thành bên	18 (85,7)
	Các vị trí khác	3 (14,3)

Chụp CT scanner trước mổ (21/21 BN) phát hiện 20/21 BN có u BQ (95,2%). Không phát hiện u BQ với 1/21 BN (4,8%), BN này phát hiện tình cờ khi tán sỏi

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

niệu quản bên phải nội soi. Do u có kích thước 3mm, chụp CT scanner chẩn đoán sỏi tiết niệu nên chúng tôi không tiêm thuốc cản quang, vì vậy không phát hiện u BQ trước tán sỏi.

Bảng 2. Kết quả trong và sau phẫu thuật.

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	33,43 ± 12,56 (15 - 60)
Truyền máu trong hoặc sau phẫu thuật (mL)	0
Phản xạ thần kinh bị (%)	0
Có cơ detrusor trong mẫu u, n (%)	20/21 (95,2)
Tai biến - biến chứng (%)	0
Thời gian lưu sonde niệu đạo sau phẫu thuật (ngày)	1,62 ± 0,59 (1 - 3)
Thời gian chảy rửa BQ sau phẫu thuật (ngày)	1,33 ± 0,57 (1 - 2)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	2,14 ± 0,65 (1 - 4)

1 BN (4,8%) không thấy cơ detrusor của BQ khi phẫu thuật, được nội soi BQ cắt lại lần 2 sau 3 tuần. Kết quả giải phẫu bệnh lần 2 không thấy tế bào u tại lớp cơ detrusor của BQ.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật (n = 21).

Giải phẫu bệnh		Số BN, n (%)
Giai đoạn	pTa	9 (42,9)
	pT1	12(57,1)
Độ biệt hóa tế bào khối u theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2004)	Độ thấp	8 (38,1)
	Độ cao	13 (61,9)

Khối u BQ chủ yếu ở giai đoạn pT1 (57,1%). Độ biệt hoá chủ yếu là độ cao (61,9%). Triệu chứng sau bơm Gemcitabine: 19 BN không có triệu chứng bất thường (90,5%). Có 2 BN có tiểu buốt và đau hạ vị sau bơm (9,5%). Các dấu hiệu này xuất hiện vào những lần bơm đầu tiên, mức độ giảm dần và khỏi sau lần bơm cuối. Kết quả tái khám: 21 BN được theo dõi định kỳ mỗi 3, 6, 9, 12, 18 tháng. Ngắn nhất là 3 tháng và dài nhất là 18 tháng. Có 1 BN tái phát vào tháng thứ 9 (4,8%), vị trí thành trái BQ giai đoạn T1, không phải vị trí ban đầu và giải phẫu bệnh có kết quả ung thư biểu mô đường tiết niệu thể nhú, không xâm nhập, độ mô học thấp.



Hình 1. Khối u được cắt en-bloc và lấy ra khỏi BQ.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi TB của BN là $62,52 \pm 14,073$. Số lượng BN tập trung chủ yếu trong độ tuổi từ 41 - 80 tuổi (76,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và CS (2021) với độ tuổi TB là $57,68 \pm 15,91$, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 61 - 70 tuổi (34%), tỷ lệ nam/nữ là 2,92/1 [3].

ERBT cho phép loại bỏ toàn bộ khối u một cách nguyên vẹn, giúp cải thiện độ chính xác trong đánh giá giai đoạn bệnh lý và có khả năng giảm nguy cơ tái phát. Năng lượng cắt u có thể sử dụng laser, điện đơn cực hoặc lưỡng cực. Năng lượng laser holmium có khả năng cắt và cầm máu hiệu quả, giúp giảm lượng máu mất trong phẫu thuật, không tạo phản xạ thần kinh bật, cải thiện tầm nhìn cho phẫu thuật viên giúp làm giảm nguy cơ thủng BQ, chảy máu nặng, hoặc cắt không hết khối u [4].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u TB là $13,8 \pm 7,18\text{mm}$, nhỏ nhất là 3mm, lớn nhất là 35mm. Chúng tôi không cắt en-bloc những khối u kích thước $> 4\text{cm}$, do khó giữ được toàn vẹn cả khối u khi lấy khỏi BQ. Lấy trọn khối u giúp bác sỹ giải phẫu bệnh đánh giá chính xác hơn về giai đoạn, độ mô học và sự xâm nhập của khối u, đặc biệt là sự hiện diện của lớp cơ detrusor. Nghiên cứu của chúng tôi không có BN có tai biến hoặc biến chứng sau phẫu thuật; 95,2% BN lấy được cơ detrusor, tỷ lệ này tương đương hoặc cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác sử dụng kỹ thuật en-bloc TURB với các nguồn năng lượng khác nhau. Nghiên cứu của Abdelwahab Hashem và CS cho thấy cơ detrusor được lấy ở 98% BN khi sử dụng HolERBT và 62% BN khi sử dụng cTURBT [4]. Tác giả Kramer MW và CS báo cáo kết quả từ một nghiên cứu đa trung tâm ở châu Âu so sánh cTURBT và laser. Theo phân độ mức

độ các tai biến, biến chứng của Clavien - Dindo, hầu hết các biến chứng đều ở mức thấp (độ I), không có sự khác biệt đáng kể giữa ERBT sử dụng điện và laser [7].

Thời gian phẫu thuật TB trong nghiên cứu là $33,43 \pm 12,56$ phút, ngắn nhất là 15 phút và dài nhất là 60 phút. Không có BN nào phải truyền máu trong hoặc sau phẫu thuật. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và CS thực hiện ERBT sử dụng dao điện lưỡng cực có thời gian mổ TB là $32,23 \pm 8,45$ phút [3] cho thấy tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u BQ ở vị trí hai bên thành BQ là chủ yếu với 18/21 BN (85,7%). Đây là vị trí khi sử dụng cắt khối u bằng dao điện hay gây phản xạ thần kinh bị có thể gây tai biến thủng BQ, chảy máu nặng hoặc không cắt được hết khối u. Tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng cắt ERBT bằng điện lưỡng cực cho tỷ lệ kích thích thần kinh bị là 23,4% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào kích thích thần kinh bị khi cắt HoLERBT, thời gian lưu sonde niệu đạo TB là 1,6 ngày, thời gian chảy rữa BQ sau phẫu thuật TB là 1,33 ngày, thời gian lưu viện sau phẫu thuật TB là 2,14 ngày. Nghiên cứu của Abdelwahab Hashem và CS cho thấy thời gian lưu sonde niệu đạo sau phẫu thuật là 2 ngày sau HoLERBT

và 2 - 8 ngày sau cTURBT. Thời gian nằm viện từ 2 - 5 ngày ở nhóm cTURBT và 2 ngày ở nhóm HoLERBT [4]. Điều này cho thấy ưu điểm của phương pháp này so với cắt đốt khối u có sử dụng dòng điện.

Hóa trị nội BQ là liệu pháp bổ trợ quan trọng sau TURB để giảm nguy cơ tái phát và tiến triển của NMIBC, đặc biệt đối với các khối u có nguy cơ TB và cao. Do nguồn cung BCG toàn cầu giai đoạn này không đủ, Gemcitabine được xem như lựa chọn thay thế. Gemcitabine là tác nhân chống ung thư có thể ức chế quá trình sửa chữa DNA trong tế bào ung thư và ngăn chặn sự phát triển của tế bào ung thư [8]. Theo EAU guidelines (2022), Gemcitabine có thể là lựa chọn thay thế hiệu quả, đặc biệt ở những BN không dung nạp hoặc thất bại với BCG [6]. Nghiên cứu của chúng tôi bắt đầu hóa trị nội BQ bằng Gemcitabine từ 10 - 14 ngày sau phẫu thuật. Thời điểm này được chấp nhận để đảm bảo vết mổ đã lành đủ để giảm nguy cơ biến chứng do hóa chất. Các hướng dẫn hiện tại và các nghiên cứu khác cũng khuyến cáo bắt đầu hóa trị nội BQ trong vòng 2 tuần sau TURB [7].

21 BN được theo dõi sau phẫu thuật mỗi 3, 6, 9, 12 và 18 tháng. Chỉ có 1 BN tái phát (4,8%) vào tháng thứ 9 với vị trí thành trái BQ, không phải vị trí ban đầu (theo quan sát đại thể trong phẫu thuật) và giải phẫu bệnh có kết quả ung thư

biểu mô đường niệu thể nhú, không xâm nhập, độ mô học thấp. Tác giả Kramer MW và CS phát hiện tỷ lệ tái phát khối u nội tại là 21,2% sau 1 năm, sau cả ERBT điện và laser [7].

KẾT LUẬN

Sử dụng phương pháp HoLERBT kết hợp bơm Gemcitabine nội BQ là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị NMIBC. Phương pháp này cho phép lấy được mẫu bệnh phẩm nguyên vẹn, giảm thiểu nguy cơ chảy máu, thời gian nằm viện và tỷ lệ tái phát thấp. Cần có thêm các nghiên cứu lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định vai trò của phương pháp này trong điều trị NMIBC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Globocan. Global Cancer Observatory: Cancer Today. *Lyon, France: International Agency for Research on Cancer*. 2022; Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Teoh JY, Kamat AM, Black PC, et al. Recurrence mechanisms of non-muscle-invasive bladder cancer - a clinical perspective. *Nat. Rev. Urol.* 2022; 19:280-294.
3. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Thanh Mộng, Trần Trọng Huân. Ưu điểm của phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu BQ bằng điện lưỡng cực. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2021; 25(1):195-199.

4. Abdelwahab Hashem, Ahmed Mosbah, Nasr A El-Tabey et al. Holmium laser en-bloc resection versus conventional transurethral resection of bladder tumors for treatment of non-muscle-invasive bladder cancer: A randomized clinical trial. *Eur Urol Focus*. 2021; 7:1035-1043.

5. Campi R, Seisen T, Roupret M. Unmet clinical needs and future perspectives in non-muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol Focus*. 2018; 4:472-480.

6. Marko Babjuk, Maximilian Burger, Otakar Capoun et al. European Association of Urology Guidelines on non-muscleinvasive bladder cancer (Ta, T1, and Carcinoma in Situ). *Eur Urol*. 2022; 81(1):75-94.

7. Kramer MW, Rassweiler JJ, Klein J et al. En bloc resection of urothelium carcinoma of the bladder (EBRUC): A European multicenter study to compare safety, efficacy, and outcome of laser and electrical en bloc transurethral resection of bladder tumor. *World J Urol*. 2015; 33:1937-1943.

8. Dong Ha Kim, Taek Sang Kim, Su Hwan Kang, Seong Bin Kim. Efficacy of intravesical gemcitabine instillation compared with intravesical Bacillus Calmette-Guérin instillation for non-muscle invasive bladder cancer. *Kosin Medical Journal*. 2024; 39(4):254-258.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG, CHUYỂN LƯU NƯỚC TIỂU THEO PHƯƠNG PHÁP BRICKER TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

*Đỗ Ngọc Thế¹, Giang Lê Duy², Nguyễn Thị Thu Hương¹
Trần Thanh Tùng^{1*}, Trần Đức Dũng¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn của bệnh nhân (BN) ung thư bàng quang (UTBQ) được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang (TBBQ), chuyển lưu nước tiểu (CLNT) theo phương pháp Bricker. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng trên 40 BN UTBQ được điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT kiểu Bricker tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội (BV TWQĐ) 108 từ tháng 3/2021 - 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 66,89; tỷ lệ nam/nữ là 7/1. Triệu chứng thường gặp nhất là đái máu (67,5%); UTBQ phát hiện lần đầu chiếm 37,5%; thời gian mắc bệnh trung bình là 68,98 tháng. Mô bệnh học chủ yếu là ung thư (UT) biểu mô chuyển tiếp (97,5%), độ ác tính cao chiếm 85%. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) dự đoán đúng giai đoạn T ở 90,0% BN. **Kết luận:** UTBQ phát hiện lần đầu phải cắt TBBQ chiếm tới 37,5% với mô bệnh học chủ yếu là UT biểu mô chuyển tiếp (97,5%). Chụp CLVT có vai trò quan trọng trong chỉ định điều trị cũng như tiên lượng bệnh.

Từ khoá: Đặc điểm lâm sàng; Đặc điểm cận lâm sàng; Ung thư bàng quang; Phương pháp Bricker.

¹Trung tâm Tiết niệu - Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La

*Tác giả liên hệ: Trần Thanh Tùng (tranthanhtunghy9x@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1607>

**SURVEY OF SOME CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
OF BLADDER CANCER PATIENTS TREATED WITH TOTAL CYSTECTOMY
AND URINARY DIVERSION USING THE BRICKER METHOD
AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To describe some clinical, paraclinical, and diagnostic characteristics of bladder cancer patients treated with total cystectomy and Bricker urinary diversion. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study without a control group was conducted on 40 bladder cancer patients who underwent total cystectomy and Bricker urinary diversion at 108 Military Central Hospital from March 2021 to May 2024. **Results:** The average age was 66.89 years old; the male/female ratio was 7/1. The most common symptom was hematuria (67.5%), 37.5% had first-time bladder cancer, and the average duration of the disease was 68.98 ± 131.2 months. The main histopathology was transitional carcinoma (97.5%), with high malignancy accounting for 85%. CT-scans correctly predicted the T stage in 90.0% patients. **Conclusion:** Bladder cancer detected for the first time requires total cystectomy, accounting for 37.5% with the main histopathology being transitional carcinoma (97.5%). CT-scans play an important role in treatment indications as well as prognosis.

Keywords: Clinical characteristics; Paraclinical characteristics; Bladder cancer; Bricker method.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh ác tính đứng thứ hai sau UT tuyến tiền liệt trong các bệnh UT đường niệu và là một trong những bệnh UT phổ biến nhất trên thế giới. Tại Việt Nam, mỗi năm có 1.502 ca mắc mới và có 883 ca tử vong do UTBQ [1]. Các Hội Niệu khoa trên thế giới đều thống nhất phân chia UTBQ thành 2 loại là UTBQ không xâm lấn cơ (non-invasive muscle bladder cancer - NIMBC) và UTBQ xâm lấn cơ

(invasive muscle bladder cancer - IMBC) dựa vào độ xâm lấn của khối u qua các lớp của thành bàng quang (giai đoạn T). Việc phân loại này rất quan trọng vì giúp tiên lượng và đưa ra phương án điều trị phù hợp cả trước, trong và sau phẫu thuật [2, 3]. Trên thực tế lâm sàng, việc phân định giai đoạn T nhiều khi vẫn chưa thật chính xác do hạn chế từ việc lấy bệnh phẩm của cắt đốt nội soi qua niệu đạo. Các công cụ để chuẩn đoán như chụp CLVT, chụp cộng hưởng từ (MRI), đặc điểm đại thể khối u qua nội

soi, phân độ mô học... có đóng góp quan trọng khi chỉ định điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả một số đặc điểm bệnh học của BN, với mong muốn đóng góp thêm các thông tin vào đánh giá tiền phẫu của các trường hợp UTBQ được chỉ định cắt TBBQ.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 40 BN UTBQ được phẫu thuật cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker, tại BV TWQĐ 108 từ tháng 3/2021 - 5/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN UTBQ điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* UT từ nơi khác đi căn đến bàng quang; không phải

UTBQ nguyên phát hoặc UTBQ có đồng mắc UT của cơ quan khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng.

* *Các chỉ tiêu đánh giá:*

Đặc điểm BN: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, lý do vào viện, tiền sử điều trị UTBQ.

Đặc điểm u: Vị trí, số lượng, hình thái u; chẩn đoán giai đoạn (T, N) trước mổ, sau mổ.

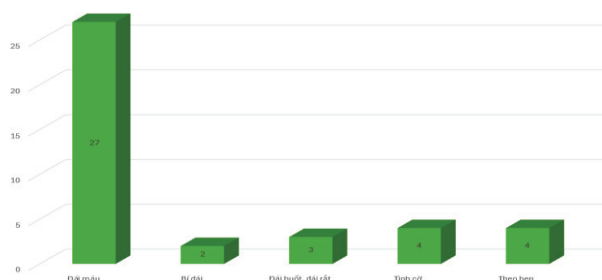
3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được thực hiện theo quy định trong nghiên cứu của BV TWQĐ 108. Số liệu nghiên cứu được BV TWQĐ 108 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm BN và triệu chứng lâm sàng

Độ tuổi trung bình là $66,89 \pm 6,44$ (56 - 82), nhóm tuổi chiếm đa số là từ 61 - 70 tuổi (50%). Tỷ lệ nam/nữ là 7/1 (nam chiếm 87,5%, nữ chiếm 12,5%)



Biểu đồ 1. Lý do vào viện (n = 40).

Đa số BN vào viện với lý do là đái máu chiếm 67,5%.

Bảng 1. Đặc điểm về quá trình điều trị và thời gian phát hiện bệnh (n = 40).

Một số đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá trình điều trị UTBQ		
UTBQ chẩn đoán lần đầu	15	37,5
U tái phát	25	62,5
Cắt bàng quang bán phần	0	0
Mổ cắt u nội soi 1 lần	17	42,5
Mổ cắt u nội soi 2 - 3 lần	6	15,0
Mổ cắt u nội soi > 3 lần	2	5,0
Thời gian phát hiện u bàng quang		
≤ 3 tháng	11	27,5
> 3 - 6 tháng	5	12,5
> 6 - 12 tháng	6	15
> 1 - 3 năm	11	27,5
> 3 - 5 năm	3	7,5
> 5 năm	4	10

Có 25 BN từng mổ nội soi điều trị u bàng quang. Trong đó, số BN mổ nội soi cắt u 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 68,98 tháng.

2. Triệu chứng lâm sàng

Đái máu chiếm đa số (67,5%), tiếp theo là rối loạn tiểu tiện (12,5%), đau tiểu khung (7,5%), thiếu máu (7,5%), gầy sút cân (12,5%), không có BN nào sờ thấy u chắc vùng hạ vị.

3. Đặc điểm cận lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn

Bảng 2. Một số thông số xét nghiệm máu trước phẫu thuật.

Xét nghiệm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Hồng cầu (T/L)	Bình thường	37	92,5	$4,51 \pm 0,80$
	Thấp	3	7,5	
Hemoglobin (g/L)	Bình thường	38	95,0	$132,37 \pm 18,91$
	Thấp	2	5,0	
Bạch cầu (G/L)	Bình thường	35	87,5	$8,61 \pm 2,75$
	Cao	5	12,5	
Ure	Bình thường	31	77,5	$6,8 \pm 2,03$
	Cao	9	22,5	
Creatinine	Bình thường	34	85	$88,73 \pm 33,76$
	Cao	6	15	

Có 7,5% BN có hồng cầu thấp, 5% BN có hemoglobin thấp, 22,5% BN tăng ure và 15% BN tăng creatinine.

Bảng 3. Hình ảnh u bàng quang qua nội soi bàng quang.

Kết quả soi bàng quang		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Vùng cổ bàng quang	3	9,7
	Vùng tam giác bàng quang	1	3,2
	Đỉnh bàng quang	1	3,2
	Thành sau	5	16,1
	Thành trước	0	0
	Thành bên	14	45,2
	Cạnh lỗ niệu quản	4	12,9
	Rải rác trong lòng bàng quang	3	9,7
	Tổng	31	100
Hình thái u	Có cuống	5	23,8
	Không có cuống	16	76,2
	Tổng	21	100

Có 21 BN (45,2%) hồi cứu có kết quả nội soi bàng quang, vị trí u ở thành bên (tổng n = 31 vì có 10 BN có u ở 2 vị trí khác nhau trong lòng bàng quang). Chủ yếu là loại u không có cuống chiếm 76,2%.

Bảng 4. Đặc điểm hình thái u trên phim CLVT (n = 40)

	Đặc điểm u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	Một u	27	67,5
	Nhiều u	13	32,5
Kích thước u (cm)	< 3	19	47,5
	3 - 5	16	40
	> 5	5	12,5
Vị trí u	Thành bên	21	52,5
	Thành sau	7	17,5
	Xâm lấn lỗ niệu quản	8	20
	Nhiều vị trí	4	10
	Niệu đạo tiền liệt tuyến	0	0

Trên phim CLVT, đa số hay gặp u đơn độc (27/40 trường hợp chiếm 67,5%), kích thước u hay gặp nhất là < 3cm (47,5%), vị trí u hay gặp nhất là thành bên (52,5%).

4. Mức độ xâm lấn của u trên phim CLVT của 40 BN trước phẫu thuật

Giai đoạn cT1 chiếm 15%, cT2 chiếm đa số (50%), cT3 chiếm 32,5% và cT4 chiếm 2,5%

Bảng 5. Kết quả mô bệnh học sau mổ (n = 40).

Loại GPB	Độ biệt hóa			
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Tổng/Tỷ lệ (%)
UTBM tế bào chuyển tiếp	1	5	33	39/40 (97,5%)
UT mô liên kết	0	0	1	1/40 (2,5%)
Tổng/Tỷ lệ (%)	1/40 (2,5%)	5/40 (12,5%)	34/40 (85%)	40 (100%)

(UTBM: Ung thư biểu mô)

UTBM tế bào chiếm đa số (97,5%), độ biệt hóa độ 3 chiếm nhiều nhất (85%).

Bảng 6. Đặc điểm giai đoạn bệnh sau phẫu thuật (n = 40).

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
U nguyên phát (pT)	pT1	9
	pT2	16
	pT3	14
	pT4a	1
Di căn hạch (pN)	pN0	33
	pN1	4
	pN2	3
Giai đoạn	I	8
	II	13
	III	19

Đánh giá sau phẫu thuật, u chủ yếu ở giai đoạn T2 và T3 với tỷ lệ lần lượt là 40% và 35%. Tỷ lệ đánh giá đúng giai đoạn T của CLVT căn cứ theo mô bệnh học sau mổ. Đánh giá đúng 90%, dưới mức chiếm 7,5%, quá mức 2,5%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm BN và triệu chứng lâm sàng

Nghiên cứu 40 BN UTBQ được điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT kiểu Briker của chúng tôi ghi nhận: Tuổi trung bình là 69,89; nhóm tuổi hay gặp nhiều nhất là từ 61 - 70 (50%). Tương tự, nghiên cứu của Mao (2020) có tuổi trung bình là 65,8 [4], của Jalolov (2024) là 62,1 (46 - 78) tuổi [5], Nguyễn Viết Hiếu và CS (2021) là 66,68 tuổi [6]. Tóm lại, tuổi mắc UTBQ tiến triển trung bình hay gặp nhất ở độ tuổi từ 61 - 70.

Tỷ lệ giới tính trong y văn và trong các nghiên cứu về UTBQ từ trước tới nay đều ghi nhận nam giới chiếm đa số so với nữ giới [5, 6], và được lý giải do tỷ lệ hút thuốc lá ở nam và nữ rất chênh lệch, chủ yếu là nam giới hút thuốc.

Lý do vào viện chiếm đa số trong nghiên cứu này là đái máu với tỷ lệ 67,5%. Tác giả Farling (2017) ghi nhận có 80% BN đái máu [2], Nguyễn Viết Hiếu (2021) có tới 89% đái máu. Đây cũng là triệu chứng phổ biến nhất khiến BN UTBQ phải đi khám bệnh [6].

Thời gian phát hiện UTBQ ≥ 1 năm còn cao (45%), trong đó số BN > 5 năm

là 10% (*Bảng 1*). Theo tác giả Nguyễn Trọng Thảo (2020), thời gian phát hiện UTBQ > 1 năm là 54,8%, > 5 năm là 26,2% [7]. Có 62,5% BN là u tái phát, không có BN nào cắt bàng quang bán phần trước đó. Tác giả Nguyễn Trọng Thảo (2020) [7] ghi nhận tỷ lệ u tái phát là 59,5%; Nguyễn Viết Hiếu và CS (2021) [6] có tỷ lệ BN mổ nội soi 1 lần là 37,6%, tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 42,5%. Tỷ lệ tái phát liên quan đến hiệu quả lấy bỏ tổn thương UT trong mổ và áp dụng bơm thuốc vào bàng quang sau mổ. Chúng tôi ghi nhận 27,5% BN đã từng được điều trị nội bàng quang bằng miễn dịch (BCG), hoặc hóa trị (Doxrubicin, Mitomycin) trước đó.

2. Đặc điểm cận lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn

Có 21 BN hồi cứu được kết quả nội soi bàng quang, vị trí u ở thành bên chiếm 45,2% tổng của vị trí u ($n = 31$ vì có 10 BN có u ở 2 vị trí khác nhau trong lòng bàng quang). U không có cuống chiếm 76,2% (*Bảng 3*). Theo tác giả Hà Mạnh Cường (2021) [8], u không có cuống chiếm 74,6%, u ở thành bên bàng quang là 22,1% và u ở thành sau là 42,9%, tương tự nghiên cứu của chúng tôi về hình dáng u.

Chụp CLVT có vai trò rất lớn, ngoài việc xác định vị trí u, kích thước u, hình dáng u, còn có vai trò rất quan trọng

trong việc đánh giá mức độ xâm lấn của khối u, đồng thời đánh giá khả năng di căn hạch vùng của khối u cũng như các tổn thương di căn xa như di căn gan, phổi. Vị trí u hay gặp nhất là thành bên (52,5%) và ghi nhận có 8 BN có u xâm lấn lỗ niệu quản gây chít hẹp lỗ niệu quản 1 bên hoặc 2 bên làm giãn thận - niệu quản, về mặt vị trí u trên phim CLVT khá tương đồng với những BN đã nội soi bàng quang trước đó (*Bảng 3*). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Mehta N (2015) [9], tỷ lệ u ở vị trí thành bên bàng quang là 56,2%, có 67,5% BN là u đơn độc, 13 BN có nhiều u trên CLVT. Kết quả này của tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) [8] với 61% BN có 1 khối u. Trước phẫu thuật có 50% BN có u xâm lấn tới lớp cơ thành bàng quang, có 1 trường hợp (2,5%) có u xâm lấn vào túi tinh, 32,5% có u xâm lấn ra lớp thanh mạc và mỡ xung quanh bàng quang. Những BN cT1 trước mổ vẫn có chỉ định cắt TBBQ vì UTBQ đa ổ tái phát nhanh, độ ác tính cao

Kết quả mô bệnh học cho thấy có 39/40 BN (97,5%) là UT biểu mô tế bào chuyển tiếp (TCC) (*Bảng 5*), tương tự với Nguyễn Trọng Thảo (2020) [7] với TCC là 97,6%, Nguyễn Viết Hiếu (2021) [6] với TCC là 91%. Chúng tôi có 34 BN (85%) có độ biệt hóa độ 3. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ tái phát của u tỷ lệ thuận với độ ác tính của

tế bào, đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của BN sau phẫu thuật.

Đánh giá mức độ xâm lấn của u qua kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy pT1 chiếm 22,5%, pT2 chiếm 40%, pT3 chiếm 35% và pT4 chiếm 2,5% so với kết quả CLVT trước mổ là cT1 chiếm 15%, cT2 chiếm 50%, cT3 chiếm 32,5% và cT4 chiếm 2,5%.

Tỷ lệ pT1 sau phẫu thuật (22,5%) cao hơn so với cT1 trước mổ (15%) do nhóm nghiên cứu có những BN đã có điều trị tân hóa trị hỗ trợ trước mổ. Tỷ lệ dự đoán chính xác giai đoạn T ở nghiên cứu này chiếm 90,0%, dự đoán dưới mức là 7,5% và quá mức là 2,5%. Theo tác giả Lê Minh Hoàn và CS (2015), giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T có độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn $\leq T3a$ (81,8%), độ đặc hiệu là 89,6%, độ chính xác là 85,9%. Ở giai đoạn T3b, CLVT có độ nhạy là 90,6%, độ đặc hiệu là 96,7% và độ chính xác là 94,5%. Ở giai đoạn T4, CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt là ở giai đoạn T4b với độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%. Do vậy giai đoạn T càng lớn thì độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CLVT càng cao. Vì vậy, kết quả mức độ xâm lấn của u giữa giải phẫu bệnh sau mổ và CLVT trước mổ khá tương đồng đối với T3 và T4, có sự khác biệt giữa T1 và T2 trước và sau mổ [10].

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 40 BN UTBQ được phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT bằng phương pháp Briker cho thấy tuổi trung bình là 69,89, tỷ lệ nam/nữ là 7/1, triệu chứng thường gặp nhất là đái máu (67,5%). UT biểu mô chuyển tiếp chiếm 97,5%, với độ ác tính cao (85%). Chụp CLVT dự đoán đúng giai đoạn T lên tới 90,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J Dobruch, M Oszczudłowski. Bladder cancer: Current challenges and future directions. *Medicina (Kaunas)*. 2021; 57(8):1-2.
2. KB Farling. Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management. *Nurse Pract*. 2017; 42(3):26-33.
3. SK Bhanvadia. Bladder cancer survivorship. *Curr Urol Rep*. 2018; 19(12):111.
4. W Mao. Cost-effectiveness analysis of two kinds of bladder cancer urinary diversion: Studer versus Bricker. *Transl Androl Urol*. 2020; 9(3):1113-1119.
5. OK Jalolov. Review of standard and advanced surgical treatments for invasive bladder cancer. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2024; 14(2):212-219.

6. Nguyễn Viết Hiếu, Đỗ Ngọc Thê, Trần Đức. Đặc điểm bệnh học ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 509:96-105.

7. Nguyễn Trọng Thảo. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 - 2019. *Luận văn BSCKII*. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2020.

8. Hà Mạnh Cường. Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm

doxorubicin tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Luận án Tiến sĩ Y học*. Đại học Y Hà Nội. 2021.

9. N Mehta. Intrinsic tumour factors affecting recurrence in non muscle invasive bladder cancer: A hospital based study from India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(7):2675-2677.

10. Lê Minh Hoàn, Trần Công Hoan. Giá trị cắt lớp vi tính đa dãy chẩn đoán ung thư bàng quang. *Tạp chí Điện quang và Y học Hạt nhân Việt Nam*. 2015; 19:45-48.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM SIÊU NHỎ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Khẩn^{1}, Nguyễn Việt Cường¹, Nguyễn Phú Việt²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi qua da (percutaneous nephrolithotomy - PCNL) đường hầm siêu nhỏ tại Bệnh viện Quân y 175. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc trên 196 bệnh nhân (BN) có chỉ định PCNL đường hầm siêu nhỏ (Ultra-mini PCNL - UMP) tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 - 6/2025. **Kết quả:** Các BN được phẫu thuật chủ yếu với một đường hầm (95,92%) và chọc dò chủ yếu vào đài dưới (61,22%). Thời gian phẫu thuật cho một BN trung bình là $56,08 \pm 18,01$ (20 - 110) phút. Tỷ lệ sạch sỏi là 93,88% sau 3 tháng phẫu thuật. Không có tai biến trong phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu này là 7,65%, phân độ biến chứng Clavien-Dindo có cùng 3,06% là biến chứng độ I và độ II, tỷ lệ biến chứng độ II, IIIa, IIIb đều là 0,51%. **Kết luận:** UMP là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận với tỷ lệ sạch sỏi cao và ít tai biến, biến chứng.

Từ khóa: Sỏi thận; Tán sỏi qua da; Đường hầm siêu nhỏ.

RESULTS OF KIDNEY STONE TREATMENT BY ULTRA-MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT MILITARY HOSPITAL 175

Abstract

Objectives: To evaluate the results of kidney stone treatment by ultra-mini percutaneous nephrolithotomy (PCNL) at Military Hospital 175. **Methods:** A prospective, descriptive, longitudinal study was conducted on 196 patients indicated

¹Bệnh viện Quân y 175

²Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Khẩn (bs.nguyenvankhan@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1606>

for ultra-mini percutaneous nephrolithotomy (UMP) at Military Hospital 175 from December 2023 to June 2025. **Results:** Most patients underwent surgery using a single access tract (95.92%), with the majority of punctures made through the lower calyx (61.22%). The average surgical time per patient was 56.08 ± 18.01 (range: 20 - 110) minutes. The stone-free rate 3 months post-operation was 93.88%. No intraoperative accidents occurred. The complication rate recorded in this study was 7.65%, with Clavien-Dindo classification showing 3.06% as grade I and grade II complications; the rates for grade II, IIIa, and IIIb complications were each 0.51%. **Conclusion:** UMP is an effective and safe method for treating kidney stones, with a high surgical stone-free rate and minimal complications.

Keywords: Kidney stone; Percutaneous nephrolithotomy; Ultra-mini tract.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi thận qua da đã khẳng định được vị thế là can thiệp phẫu thuật hàng đầu trong điều trị sỏi thận, đặc biệt là những loại sỏi lớn hoặc phức tạp. Cùng với sự tiến bộ của các trang thiết bị, sự ra đời của các đường hầm nhỏ hơn đã cải tiến hơn nữa phương pháp này, nâng cao cả hiệu quả và tính an toàn của nó. Trong đó, UMP với mức độ xâm lấn tối thiểu, đường ống tiếp cận nhỏ (11 - 13Fr) cho phép quan sát và tiếp cận hệ thống đài, bể thận tốt hơn, góp phần vào hiệu quả của kỹ thuật [1]. Kết quả điều trị của UMP đã được chứng minh trong một số nghiên cứu. Nghiên cứu của Tepeler và CS (2016) trên 48 BN đã báo cáo tỷ lệ sạch sỏi sau một tháng phẫu thuật cao (96%), giảm thiểu nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật [2]. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về hiệu quả của UMP như của tác giả Nguyễn Minh Thiên và CS (2015), Nguyễn Văn

Ân và CS (2018) [3, 4]. Trước thực tế đó, Bệnh viện Quân y 175 đã triển khai ứng dụng kỹ thuật UMP trong điều trị sỏi thận cho BN, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp UMP tại Bệnh viện Quân y 175.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 196 BN với chẩn đoán trước mổ là bệnh sỏi thận có chỉ định và được điều trị bằng phương pháp UMP tại Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 - 6/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Tuổi từ ≥ 18 ; thận vẫn còn thái thuộc trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT); kích thước sỏi ≤ 30 mm; điểm ASA ≤ 3 ; BN được điều trị bằng phương pháp UMP, tư thế nằm sấp, định vị bằng chụp X-quang hoặc siêu âm.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

BN có sỏi thận trên thận bệnh lý: Thận đa nang, sỏi nhu mô thận trong bệnh lý sỏi ống thận do bệnh chuyển hóa. BN có sỏi thận kèm hẹp niệu quản hoặc hẹp khúc nối bể thận - niệu quản cần mổ tạo hình (được đánh giá trên hình ảnh chụp thận thuốc cản quang, CLVT trước mổ). BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc.

* *Phương pháp chọn mẫu:* Thuận tiện.

* *Phương tiện nghiên cứu:* Tất cả BN được UMP sử dụng ống soi thận 7Fr và bộ dụng cụ tạo đường hầm 12Fr, máy tán sỏi laser Cyber Ho công suất 100W,

máy Carm, máy siêu âm, thuốc cản quang Celebrix, dây dẫn đường, thông Double J, Foley 10Fr và dung dịch rửa NaCl 0,9%.

* *Xử lý số liệu:* Các số liệu thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu hiện bằng $\bar{X} \pm SD$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của Học viện Quân y chấp thuận theo Quyết định số 4307/GCN-HĐĐĐ ngày 30 tháng 10 năm 2023. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 175 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm BN trước phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính (n = 196).

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40	26	13,27
	40 - 49	46	23,47
	50 - 59	69	35,20
	≥ 60	55	28,06
	Chung	52,60 ± 10,81 (26 - 76)	
Giới tính	Nam	131	66,84
	Nữ	65	33,16

Nghiên cứu thực hiện trên 196 BN, có độ tuổi trung bình là 52,60 ± 10,81 (26 - 76), nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 50 - 59 (35,20%). Về giới tính, tỷ lệ nam giới gần gấp đôi nữ giới (66,84%).

Bảng 2. Đặc điểm của sỏi và mức độ ứ nước thận (n = 196).

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí sỏi	Sỏi đài thận đơn thuần (trên, giữa, dưới)	26	13,27
	Sỏi bể thận	58	29,59
	Sỏi bể thận + nhiều viên nhỏ	71	36,22
	Sỏi san hô một nhánh	15	7,65
	Sỏi san hô 2 nhánh	18	9,18
	Sỏi san hô toàn bộ	8	4,08
Số lượng sỏi (viên)	1	66	33,67
	2	42	21,43
	≥ 3	88	44,90
Kích thước sỏi (mm)	10 - 20	101	51,53
	21 - 30	80	40,82
	31 - 40	14	7,14
	≥ 40	1	0,51
	Trung bình	22,1 ± 5,8 (15 - 43)	
Mức độ ứ nước thận	Không ứ nước	66	33,67
	Độ 1	55	28,06
	Độ 2	57	29,08
	Độ 3	17	8,67
	Độ 4	1	0,51

Tỷ lệ vị trí sỏi bể thận có thêm nhiều viên nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,22%. Số lượng sỏi chủ yếu là có từ ≥ 3 viên sỏi. Kích thước sỏi đa số nằm trong khoảng 10 - 20mm (51,53%). Đa số BN không có ứ nước ở thận (33,67%), chiếm tỷ lệ thấp là các BN bị ứ nước nặng độ 3, độ 4.

2. Đặc điểm BN trong mổ

Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật (n = 196).

Vị trí chọc dò		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng đường hầm	Một đường	188	95,92
	Hai đường	8	4,08
Vị trí chọc đường hầm trên da	Dưới sườn 12	127	64,80
	Khe sườn 11 - 12	69	35,20
Vị trí chọc vào đài thận	Đài trên	14	7,14
	Đài giữa	55	28,06
	Đài dưới	120	61,22
	Đài dưới + Đài giữa	5	2,55
	Đài dưới + Đài trên	2	1,02
Tai biến trong phẫu thuật	Có	0	0,00
	Không	196	100
Tổng thời gian phẫu thuật		56,08 ± 18,01 (20 - 110)	

Các BN của chúng tôi được phẫu thuật chủ yếu với một đường hầm (95,92%), vị trí chọc đường hầm trên da chủ yếu dưới sườn 12 (64,80%) và chọc chủ yếu vào đài dưới (61,22%). Chúng tôi không ghi nhận có xuất hiện tai biến, tổng thời gian phẫu thuật cho một BN trung bình là 56,08 ± 18,01 (20 - 110) phút.

3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật (n = 196).

Thời điểm đánh giá		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngay sau mổ	Sạch sỏi	163	83,16
	Sót sỏi	33	16,84
Sau 1 tháng	Sạch sỏi	170	86,73
	Sót sỏi	26	13,27
Sau 3 tháng	Sạch sỏi	184	93,88
	Sót sỏi	12	6,12

Tỷ lệ sạch sỏi (hết sỏi hoặc vụn sỏi có kích thước < 4mm trên phim chụp X-quang thận) ngay sau mổ trong nghiên cứu này là 83,16% sau đó tăng lên 86,73% sau 1 tháng và tăng lên 93,88% sau 3 tháng phẫu thuật.

Bảng 5. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật theo phân độ Clavien-Dino (n = 196).

Phân độ biến chứng Clavien-Dino	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
I	6	3,06
II	6	3,06
IIIa	1	0,51
IIIb	1	0,51
Iva	1	0,51
Tổng	15	7,65

Tỷ lệ biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu này là 7,65%, trong đó phân độ biến chứng Clavien-Dino độ I và độ II đều là 3,06% là biến chứng, tỷ lệ biến chứng độ II, IIIa, IIIb đều là 0,51%.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này là $52,60 \pm 10,81$ (26 - 76), nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 50 - 59 tuổi (35,20%). Về giới tính, tỷ lệ nam giới cao hơn, gần gấp đôi nữ giới với 66,84%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân và CS ghi nhận BN có tuổi trung bình là 52 tuổi [4]. Tương tự, nghiên cứu của Trần Hoài Nam cũng ghi nhận độ tuổi 40 - 60 là cao nhất (63,78%). Tỷ lệ BN nam/nữ là 2,14/1 [5]. Đa số các nghiên cứu đều có chung nhận xét nam giới dễ mắc bệnh lý sỏi thận hơn so với nữ giới do những đặc trưng về thói quen sinh hoạt, chế độ ăn và hormone cơ thể.

Theo nghiên cứu này, đa số BN có sỏi nằm ở bể thận, chủ yếu là có từ ≥ 3 viên sỏi với kích thước sỏi nhỏ nằm

trong khoảng 10 - 20mm và mức độ ứ nước ở thận thấp. Một số kết quả nghiên cứu khác cho kết quả tương tự của tác giả Trần Hoài Nam và CS ghi nhận 48,11% sỏi có vị trí ở bể thận, 89,73% BN không có giãn thận, kích thước sỏi trung bình là $24,17 \pm 7,6\text{mm}$ [5]. Nghiên cứu của Hoàng Đình Âu và CS có 65,7% sỏi ở bể thận và nhóm đài, 68,6% không ứ nước hoặc ứ nước nhẹ 71,4% có > 1 viên sỏi, kích thước sỏi chủ yếu nằm trong khoảng 20 - 30mm với 57,1% [6]. Số lượng sỏi nhiều, sỏi san hô, kích thước sỏi lớn, thận ít giãn đã được chứng minh là các yếu tố làm tăng thời gian phẫu thuật, giảm tỷ lệ sạch sỏi, đồng thời tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật [5, 6]. Trong việc lấy sỏi, UMP có hạn chế là dụng cụ nhỏ, sỏi phải phân mảnh nhỏ mới lấy ra được. Thực tế, với những trường hợp sỏi san

hồ, gánh nặng sỏi lớn khi thực hiện UMP nên chúng tôi sử dụng hút áp lực để tăng tốc độ lấy sỏi.

Với đặc điểm sỏi chủ yếu ở đài thận, quy trình PCNL tiêu chuẩn hoặc đường hầm nhỏ, lựa chọn của phẫu thuật viên chọc dò vào đài giữa chiếm đa số [5, 6]. Tuy nhiên, với lợi thế của đường ống nhỏ, chúng tôi chủ yếu chọc vào thận ở đài dưới. Thực tế, với hướng đi của đường hầm từ dưới sườn 12 qua đài dưới kết hợp với đường hầm và dụng cụ nhỏ hơn giúp chúng tôi kiểm soát tốt sỏi của BN. Tương tự, nghiên cứu của Kalkanli và CS cũng đánh giá chọc thận vào đài dưới từ đường phía sau có thể mang lại tỷ lệ lấy sỏi cao do dễ dàng tiếp cận đài trên, đài giữa đồng thời ít làm tổn thương nhu mô thận, giảm tỷ lệ biến chứng [7].

Một trong các ưu điểm nổi bật của kỹ thuật UMP là hạn chế việc tổn thương tổ chức khi thực hiện kỹ thuật, chúng tôi không ghi nhận có xuất hiện tai biến, trong quá trình phẫu thuật. Tổng thời gian phẫu thuật cho một BN trung bình là $56,08 \pm 18,01$ (20 - 110) phút. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Gupta và CS có thời gian mổ trung bình 52,66 phút (40 - 70 phút) [8]. Trong một nghiên cứu khác, khi so sánh trên 94 BN, Gupta và CS báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình đối với UMP tương đương với PCNL tiêu chuẩn [9].

Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ trong nghiên cứu này là 83,16%, sau đó tăng lên 86,73% sau 1 tháng và tăng lên

93,88% sau 3 tháng phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các kết quả đã công bố ở Việt Nam và trên thế giới. Ở Việt Nam, Nguyễn Minh Thiện và CS báo cáo tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 94% [3]. Tác giả Nguyễn Văn Ân và CS báo cáo tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ là 77,3% và sau 1 tháng là 81,8% [4]. Trên thế giới, nghiên cứu của Gupta và CS báo cáo tỷ lệ sạch sỏi là 93,3% [8]. Nghiên cứu của Tepeler và CS (2016) trên 48 BN báo cáo tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng phẫu thuật cao (96%), giảm thiểu nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật [2]. Tác giả Chen Q và CS (2021) báo cáo 358 BN được thực hiện UMP ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi đạt 91,62% [10]. Kết quả này cũng cho thấy UMP đạt được tỷ lệ sạch sỏi ngang bằng với phương pháp UMP [5, 6].

Bên cạnh tỷ lệ sạch sỏi, tính an toàn của UMP được đánh giá cao, với tỷ lệ biến chứng thấp hơn được báo cáo so với PCNL truyền thống. Tỷ lệ biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu này là 7,65%, trong đó có 3/196 BN (1,53%) có chảy máu sau mổ, được theo dõi sát và chỉ cần cầm máu nội khoa, có 6/196 BN (3,06%) có sốt nhẹ, chỉ cần uống thuốc hạ sốt, 5/196 BN (2,55%) có nhiễm khuẩn huyết, cần điều trị nâng bậc kháng sinh phổ rộng, 1/196 BN (0,51%) có sốc nhiễm khuẩn được điều trị kháng sinh phổ rộng, kiểm soát huyết áp, kết hợp lọc máu liên tục, hồi phục và ra viện sau 6 ngày điều trị hồi sức.

So sánh với các nghiên cứu sử dụng phương pháp UMP, tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Trần Hoài Nam và CS ghi nhận tỷ lệ biến chứng là 15,68% [5]. Trên thế giới, Chen Q và CS (2021) báo cáo 358 BN được thực hiện UMP với đường hầm 13Fr ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau 1 tuần là 10,06% [10].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp UMP ở 196 BN sỏi thận tại Bệnh viện Quân y 175 cho thấy đây là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận với tỷ lệ sạch sỏi cao, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 86,73% và sau 3 tháng là 93,88%. Tỷ lệ biến chứng thấp (7,65%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Desai J, Solanki R. Ultra-mini percutaneous nephrolithotomy (UMP): One more armamentarium. *BJU International*. 2013; 112(7):1046-1049.
2. Tepeler A, Başbüyük İ, Tosun M, Armağan A. The role of ultra-mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of kidney stones. *Turkish Journal of Urology*. 2016; 42(4):261.
3. Nguyễn Minh Thiện, Lê Tuấn Khuê. Tán sỏi thận ra da bằng kim nhỏ (Microperc) thực hiện tại Medic. *TC Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2015; 19(4):105-110.
4. Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Lê Quý Đông, Hoàng Thiên Phúc, Nguyễn

Ngọc Châu. Bước đầu đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp tán sỏi qua da bằng máy Miniperc Lut. *TC Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016; 20(2):126-131.

5. Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành. Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 533(2):229-233.

6. Hoàng Đình Âu, Thân Thị Minh Nguyệt. Đánh giá các yếu tố trên cắt lớp vi tính đa dãy liên quan đến quá trình tán sỏi tiết niệu cao qua da. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 533(1):48-53.

7. Kalkanli A, Cilesiz NC, Fikri O, et al. Impact of anterior kidney calyx involvement of complex stones on outcomes for patients undergoing percutaneous nephrolithotomy. *Urologia Internationalis*. 2020; 104(5-6):459-464.

8. Gupta S, Das SK. Total tubeless ultra-mini supine percutaneous nephrolithotomy: A feasibility study. *Turkish Journal of Urology*. 2018; 44(4):323-328.

9. Gupta S, Sandhu A, Pal DK. Supine PCNL-5 year experience in a tertiary care center. *Urologia Journal*. 2022; 89(3):404-409.

10. Chen Q, Cao Y, Xia L, et al. The retrospective experience of day-surgery semi tubeless ultra-mini percutaneous nephrolithotomy. *Translational Andrology and Urology*. 2021; 10(2):654-661.

**THỜI ĐIỂM RÚT ỐNG THÔNG TIỂU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI
QUA NIỆU ĐẠO CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT: THỰC TRẠNG, KẾT QUẢ
TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH**

Phan Văn Cường¹, Vũ Sơn¹, Phạm Tuấn Đạt^{1}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt (transurethral resection of the prostate - TURP) và các biến chứng liên quan, đồng thời đối chiếu kết quả với các khuyến nghị từ Guideline quốc tế và bằng chứng khoa học mới nhất. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 263 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật TURP tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình giai đoạn 2013 - 2023. **Kết quả:** Khối lượng tuyến tiền liệt trung bình qua siêu âm là $53,11 \pm 21,17$ gram. Thời gian lưu ống thông tiểu trung bình là $5,69 \pm 1,33$ ngày. Có 20 trường hợp bí tiểu sau khi rút ống thông. Thời gian lưu ống thông tiểu càng dài, nguy cơ bí tiểu sau rút ống thông càng tăng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thời gian lưu ống thông tiểu tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình tương đối dài so với xu hướng rút thông sớm trong các Guideline và nghiên cứu mới nhất của thế giới. Các chỉ định rút thông sớm cần được xem xét dựa trên tình trạng nước tiểu trong, không có cục máu đông và nhằm tối ưu hóa chăm sóc hậu phẫu và giảm thiểu biến chứng liên quan đến ống thông.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt; Ống thông tiểu; Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

**TIMING OF URINARY CATHETER REMOVAL AFTER
TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE:
CURRENT SITUATION AND OUTCOMES
AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate the current status of indwelling urinary catheterization duration following transurethral resection of the prostate (TURP) and the associated complications,

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Phạm Tuấn Đạt (dr.tuandatpham@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1587>

and to compare the results with recommendations from international guidelines and the latest scientific evidence. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 263 patients who underwent TURP at Thai Binh Medical University Hospital from 2013 to 2023. **Results:** The mean prostate volume measured by ultrasound was 53.11 ± 21.17 grams. The mean duration of catheterization was 5.69 ± 1.33 days. There were 20 cases of urinary retention after catheter removal. Longer catheterization duration was associated with a higher risk of post-removal urinary retention ($p < 0.05$). **Conclusion:** The urinary catheterization duration at Thai Binh Medical University Hospital is relatively long compared to the early removal approach recommended in current international guidelines and recent studies. Early catheter removal should be considered when urine is clear, without blood clots, to optimize postoperative care and minimize catheter-related complications.

Keywords: Transurethral resection of the prostate; Urinary catheter; Urinary tract infections.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt là phương pháp điều trị ngoại khoa phổ biến và hiệu quả cho tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLT/TTL). Sau phẫu thuật, việc đặt ống thông tiểu là cần thiết để dẫn lưu nước tiểu, theo dõi tình trạng chảy máu và rửa bàng quang [1]. Tuy nhiên, thời điểm rút ống thông tiểu là quyết định lâm sàng có ý nghĩa quan trọng, trực tiếp liên quan đến tỷ lệ biến chứng, đặc biệt là nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông, cũng như thời gian nằm viện và sự hài lòng của BN [2, 3].

Trong bối cảnh y học hiện đại với các nguyên tắc phục hồi tăng cường sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS), xu hướng rút ống

thông tiểu sớm đã được thúc đẩy nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị và giảm gánh nặng cho hệ thống y tế [4]. Tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, phẫu thuật TURP đã được thực hiện thường quy. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm: *Đánh giá thực trạng thời gian lưu ống thông tiểu, các tai biến và biến chứng liên quan tại Khoa ngoại, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong giai đoạn 2013 - 2023, từ đó đưa ra các khuyến nghị phù hợp để nâng cao chất lượng chăm sóc BN.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 263 BN được phẫu thuật TURP bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Đại

học Y Thái Bình từ tháng 01/2013 - 6/2024.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN được TURP bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình; có kết quả giải phẫu bệnh lý TTL là TSLT/TTL; hồ sơ lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình có đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

Những trường hợp được phẫu thuật ở cơ sở y tế khác chuyển đến điều trị tiếp; hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

** Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* Cỡ mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ đối tượng có đủ điều kiện tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận 263 BN đủ điều kiện lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

** Thu thập số liệu:* Ghi nhận từ hồ sơ bệnh án các thông tin liên quan đến thời điểm rút sonde tiểu sau phẫu thuật, các tai biến, biến chứng liên quan.

** Xử lý số liệu:* Số liệu được kiểm tra, phiếu điều tra không đầy đủ các thông tin sẽ loại bỏ khỏi mẫu nghiên cứu. Một số biến được trình bày dưới dạng biểu đồ. So sánh sự khác biệt bằng test χ^2 (Chi-square test) với các biến định tính; Student T-test với các giá trị trung bình giữa hai nhóm, ANOVA test với ≥ 3 giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá mức độ tương quan với 3 mức: Lỏng lẻo, chặt chẽ, rất chặt chẽ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định trong nghiên cứu của Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đại học Y Thái Bình cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm liên quan đến quá trình phẫu thuật và hậu phẫu

Bảng 1. Thời gian lưu ống thông và khối lượng TTL (n = 263).

Biến số	Giá trị trung bình			r	p
	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max		
Khối lượng TTL (g)	53,11 $\pm$ 21,17	21	166	0,20	0,001
Thời gian lưu ống thông (ngày)	5,58 $\pm$ 0,96	4	11		

Có mối liên quan thuận lỏng lẻo giữa khối lượng TTL và thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật ($r = +0,20$). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Thời gian lưu ống thông tiểu và thời gian phẫu thuật (n = 263).

Biến số	Giá trị trung bình			r	p
	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max		
Thời gian phẫu thuật (phút)	66,88 $\pm$ 20,38	30	120	+0,03	0,63
Thời gian lưu ống thông (ngày)	5,58 $\pm$ 0,96	4	11		

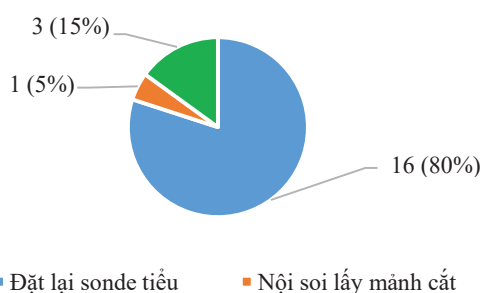
Có mối liên quan thuận lỏng lẻo giữa thời gian phẫu thuật và thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật ($r = +0,03$). Tuy nhiên mối liên quan này không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Khả năng tiểu tiện và thời gian lưu thông tiểu lần đầu (n = 263).

Khả năng tiểu tiện sau rút ống thông	Thời gian lưu ống thông tiểu (ngày)				p
	n	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	
Tiểu được	243	5,55 $\pm$ 0,90	4	11	0,02
Bí tiểu	20	5,95 $\pm$ 1,53	5	11	
Tổng	263*	5,58 $\pm$ 0,96	4	11	

(*: Có 01/264 trường hợp chuyển tuyến ngày thứ 2 sau mổ vì xuất hiện cơn đau thắt ngực)

Có 20 trường hợp bí tiểu sau khi rút ống thông. Thời gian lưu ống thông tiểu càng dài, nguy cơ bí tiểu sau rút ống thông càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

**Biểu đồ 1.** Xử lý bí tiểu sau rút ống thông sau phẫu thuật (n = 20).

Có 16 BN (80,0%) đặt lại thông tiểu. Có 4 BN can thiệp đặt lại máy soi bàng quang khi kết quả siêu âm thấy hình ảnh tăng âm trong lòng bàng quang, bơm rửa bàng quang không có kết quả. Trong 1/4 BN (5,0%) nội soi lấy mảnh cắt, 3 BN (15,0%) nội soi lấy máu cục và đặt lại thông tiểu. Tất cả các trường hợp này sau rút thông tiểu lần 2 đều tiểu tiện được.

BÀN LUẬN

Quyết định thời điểm rút ống thông tiểu sau TURP là một trong những khía cạnh quan trọng nhất trong chăm sóc hậu phẫu, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng sống, thời gian phục hồi của BN và nguy cơ biến chứng.

1. Thời gian lưu ống thông tiểu và so sánh với các nghiên cứu khác

Qua nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật càng dài thì thời gian lưu ống thông càng lâu; có thể do thời gian phẫu thuật kéo dài thì nhiều nguy cơ có thể xảy ra, do đó phẫu thuật viên có xu hướng chỉ định lưu ống thông tiểu lâu hơn. Tuy nhiên, thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong nước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, thời gian lưu ống thông tiểu trung bình là $5,69 \pm 1,33$ ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Văn Công và CS [1] tại một trung tâm y tế khác ở Việt Nam, nhưng dài hơn so với nghiên cứu của Đỗ Văn Hưng và CS ($4,9 \pm 1,4$ ngày) [5].

** Nguy cơ của việc lưu ống thông tiểu dài ngày:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lưu ống thông tiểu kéo dài với thời gian

trung bình là 5,69 ngày tiềm ẩn nhiều nguy cơ. Nguy cơ lớn nhất là nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông. Ống thông tiểu cung cấp đường trực tiếp cho vi khuẩn xâm nhập vào đường tiết niệu, và nguy cơ nhiễm khuẩn tăng tỷ lệ thuận với thời gian lưu ống thông [2, 3]. Ngoài ra, việc lưu ống thông dài ngày còn gây khó chịu đáng kể cho BN, hạn chế vận động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [3]. Nó cũng kéo dài thời gian nằm viện, tăng gánh nặng kinh tế cho BN và hệ thống y tế.

** Nguy cơ của việc rút ống thông tiểu quá sớm:*

Mặc dù xu hướng là rút thông sớm, việc thực hiện quá vội vàng khi BN chưa đạt đủ tiêu chuẩn lâm sàng có thể dẫn đến các biến chứng:

Bí tiểu cấp sau rút ống thông (Acute Urinary Retention - AUR): Đây là biến chứng phổ biến nhất khi rút thông sớm [6], xảy ra khi bàng quang không thể tổng xuất nước tiểu hiệu quả do phù nề niệu đạo/cổ bàng quang sau mổ hoặc do rối loạn chức năng bàng quang từ trước. Điều này đòi hỏi phải đặt lại ống thông tiểu, gây khó chịu và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Tỷ lệ bí tiểu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,6%, cần được quản lý thận trọng khi rút thông.

Chảy máu tái phát: Chảy máu có thể tái diễn nếu các mạch máu nhỏ ở bề mặt cắt chưa ổn định hoàn toàn khi ống thông được rút ra, hoặc do cục máu đông bong ra gây chảy máu mới.

Trong nghiên cứu này, sau rút ống thông tiểu, có 243 BN tiểu tiện được, 20 BN bí tiểu sau khi rút ống thông. Kết quả trình bày tại biểu đồ 1 cho thấy trong số 20 trường hợp bí tiểu sau rút ống thông, có 16 BN (80,0%) đặt lại thông tiểu, 1 BN (5,0%) nội soi lấy mảnh cắt, 3 BN (15,0%) nội soi lấy máu cục và đặt lại thông tiểu. Tất cả các BN này sau rút thông tiểu lần 2 đều tiểu tiện được.

Chúng tôi nhận thấy thời gian lưu ống thông tiểu càng dài, nguy cơ bí tiểu sau rút ống thông càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tác giả Lê Đình Đạm và CS (2023) [7] nghiên cứu và nhận thấy việc rút ống thông tiểu sớm (≤ 2 ngày) sau phẫu thuật TURP là an toàn, giúp giảm biến chứng và thời gian nằm viện. Sự khác biệt rõ rệt này cho thấy tiềm năng đáng kể trong việc tối ưu hóa quy trình quản lý ống thông tiểu tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế về xu hướng rút thông sớm, sự khác biệt trở nên rõ rệt. Nghiên cứu của Sarwar N và CS (2017) [8] đã chứng minh việc rút ống thông tiểu trong vòng

23 giờ là an toàn và không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng như chảy máu, thủng bao xơ, nhiễm trùng tiết niệu liên quan đến ống thông hoặc tái nhập viện. Xu hướng chung của các Guideline quốc tế (như Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) [9], Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU) [10]) cũng khuyến khích rút thông sớm khi điều kiện lâm sàng cho phép.

2. Chỉ định rút ống thông tiểu theo các hướng dẫn

Các Guideline quốc tế mới nhất, đặc biệt là của AUA [9] và EAU [10], trong khuôn khổ các ERAS, đều khuyến nghị rút ống thông tiểu sớm khi an toàn, thường trong vòng 24 - 48 giờ sau TURP [6, 8, 9]. Các chỉ định rút ống thông tiểu dựa trên các tiêu chí lâm sàng chặt chẽ như sau:

* Tiêu chí bắt buộc:

Nước tiểu trong hoàn toàn hoặc chỉ còn rất ít máu hồng nhạt: Đây là dấu hiệu quan trọng nhất cho thấy cầm máu đã ổn định và không còn chảy máu đang hoạt động. Các Guideline nhấn mạnh nước tiểu không có cục máu đông gây tắc nghẽn.

Tình trạng huyết động của BN ổn định: Không có dấu hiệu mất máu đáng kể hoặc cần truyền máu.

BN tỉnh táo và hợp tác tốt: Có khả năng hiểu và tuân thủ các hướng dẫn sau

rút thông, tự đi tiểu và báo cáo các triệu chứng bất thường.

* *Các yếu tố hỗ trợ:*

Phẫu thuật diễn ra suôn sẻ: Không có biến chứng nghiêm trọng trong mổ như tổn thương niệu đạo hoặc thủng bao xơ đáng kể.

BN không sốt tại thời điểm rút ống thông tiểu.

Thể tích TTL và lượng mô cắt bỏ không quá lớn: Một số bằng chứng cho thấy TTL nhỏ hơn hoặc lượng mô cắt bỏ ít hơn có nguy cơ biến chứng thấp hơn khi rút thông sớm.

Không có tiền sử bí tiểu cấp kéo dài hoặc bàng quang thần kinh trước mổ: Những yếu tố này làm tăng nguy cơ bí tiểu sau rút thông.

Có quy trình theo dõi sát sao sau rút thông: Bao gồm đo thể tích nước tiểu tồn dư (PVR) bằng siêu âm và khả năng tái đặt ống thông dễ dàng nếu cần thiết, đây là phần quan trọng của các phác đồ ERAS [3].

KẾT LUẬN

Thời gian lưu ống thông tiểu trung bình sau TURP tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là $5,69 \pm 1,33$ ngày, với 7,6% BN bí tiểu sau rút ($p < 0,05$). Lưu thông lâu làm tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện. Rút thông sớm khi đủ điều kiện lâm sàng có thể giảm biến chứng và tối ưu hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Công, Vũ Thị Hoàng Anh. Kết quả nội soi cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *TNU Journal of Science and Technology*. 2021; 226(05):24-28.
2. Pickard R, MacLennan G, Starr K, et al. Patient-reported outcomes after transurethral resection of the prostate: A 5-year follow-up study. *BJU International*. 2015; 116(3):439-446.
3. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; 50(5):625-663.
4. Gillessen A, Rentsch C, Aebi S, et al. Implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) program in major urological surgery: An interventional study. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(11):3810.
5. Đỗ Văn Hưng, Hoàng Long. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực ở người bệnh có bệnh lý tim mạch. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 505(2):29-33.

6. Kynes JM, et al. Predicting failure of trial of void after catheter removal following transurethral resection of the prostate. *Journal of Urology*. 2020; 203(4):788-794.
7. Lê Đình Đạm, Trần Quý Đôn, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Nhật Minh, Nguyễn Trường An, Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh. Đánh giá kết quả rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 528(Chuyên đề):49-55.
8. Sarwar N, Rahman I, Khan MS, et al. Early catheter removal after transurethral resection of the prostate: A prospective study. *Urology*. 2017; 99:173-177.
9. American Urological Association (AUA). Guidelines on the management of benign prostatic hyperplasia. 2024. Available from: <https://www.auanet.org/guidelines>. Accessed July 26, 2025.
10. Gravas S, Cornford P, Gacci M, et al. European Association of Urology (EAU). *Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), including benign prostatic obstruction (BPO)*. 2024. Available from: <https://www.uroweb.org/guidelines>. Accessed July 26, 2025.

THẺ LỆ GỬI BÀI ĐĂNG TRONG TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ

Tạp chí Y Dược học Quân sự xuất bản 9 kỳ/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về y dược học quân sự, y sinh học và y xã hội học, những thông tin y dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. YÊU CẦU CHUNG

1. Các công trình gửi đăng trên Tạp chí Y Dược học Quân sự phải là bản thảo đăng nguyên vẹn lần đầu và chưa được đăng trên bất kỳ tạp chí hoặc cơ sở dữ liệu có thể tiếp cận công khai nào.
2. Mỗi tác giả chỉ được đứng tên đầu 01 bài báo trong 01 số.
3. Thông tin về nhóm tác giả bài báo cần được trình bày và gửi cùng bản thảo (đề nghị cung cấp đầy đủ địa chỉ email của từng thành viên trong nhóm tác giả). Tác giả liên hệ hoặc đồng tác giả bài báo trực tiếp đăng ký tài khoản và nộp bài qua website của Tạp chí YDHQS.
4. Bản thảo được soạn bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh sử dụng phần mềm Microsoft Word, đúng ngữ pháp, không có lỗi chính tả. Định dạng trang A4 (< 10 trang), kiểu chữ Times New Roman, cỡ chữ 13 (hệ font Unicode), khoảng cách dòng 1,5, cách lề theo chuẩn A4. Bản thảo phải đánh số trang rõ ràng, số trang căn giữa.
5. Các hình ảnh trình bày dưới định dạng khác (.jpg, .pdf, vv) được gửi dưới dạng file gốc kèm theo phần chú thích. Các bảng, biểu đồ, hình ảnh chú thích hình được trình bày vào đúng vị trí trong nội dung của bản thảo và đánh số theo thứ tự xuất hiện trong bài.
6. Tài liệu tham khảo được trích dẫn theo số thứ tự xuất hiện trong nội dung bài. Tài liệu trích dẫn đánh số và trình bày theo quy định AMA (tham khảo ở: https://libguides.usc.edu/ld.php?content_id=49818556). Đối với tên tác giả Việt Nam cần ghi đầy đủ và nguyên họ tên.
7. Các thuật ngữ tiếng Việt thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam. Danh từ tiếng Việt nếu được dịch từ tiếng nước ngoài phải được viết kèm theo từ nguyên gốc. Hạn chế sử dụng các chữ viết tắt. Trong trường hợp không tránh khỏi phải viết tắt thì phải có phần chú thích cho lần sử dụng chữ viết tắt đầu tiên trong bài.
8. Cuối bài có phần lời cảm ơn nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian và/hoặc được các cá nhân, tổ chức hỗ trợ, tài trợ nghiên cứu (nếu có).

II. YÊU CẦU CỤ THỂ VỚI TỪNG DẠNG BÀI BÁO KHOA HỌC

1. Bài báo nghiên cứu gốc (Original research): Theo chuẩn IMRAD

- Tiêu đề (Title)
- Tên tác giả (Authorship)
- Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (Abstract)
- Từ khóa (Keywords)
- Đặt vấn đề (Introduction) và mục tiêu nghiên cứu (Objectives)
- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (Materials and methods)
- Kết quả (Results)
- Bàn luận (Discussion), có thể kết hợp với phần kết quả (Results)
- Kết luận (Conclusion)
- Lời cảm ơn (Acknowledgements)
- Tài liệu tham khảo (References)

2. Bài báo ca bệnh (Case report)

- Tiêu đề (Title)
- Tên tác giả (Authorship)
- Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (Abstract)
- Từ khóa (Keywords)
- Đặt vấn đề (Introduction)
- Giới thiệu ca bệnh (Case report)
- Bàn luận (Discussion)
- Kết luận (Conclusion)
- Lời cảm ơn (Acknowledgements)
- Tài liệu tham khảo (References)

3. Bài báo Tổng quan (Literature review)

- Tiêu đề (Title)
- Tên tác giả (Authorship)
- Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (Abstract)
- Từ khóa (Keywords)
- Đặt vấn đề (Introduction)
- Nội dung tổng quan (Literature review)
- Kết luận (Conclusion)
- Lời cảm ơn (Acknowledgements)
- Tài liệu tham khảo (References)

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ

Journal of Military Pharmaco-medicine

Giấy phép xuất bản số 200/GP-BTTTT ngày 22 tháng 7 năm 2024 của Bộ Thông tin và Truyền thông.

Tòa soạn: Học viện Quân y, Số 160, đường Phùng Hưng, Phường Hà Đông, Thành phố Hà Nội

Số điện thoại: 069.566.520

Email: tcydhqs@vmmu.edu.vn

Tổng biên tập: GS.TS. Trần Viết Tiến

In tại Xưởng in Học viện Quân y

Khuôn khổ: 19 x 27cm

Kỳ hạn xuất bản: 9 kỳ/năm