

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VỠ BÀNG QUANG TRONG PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Thái Kinh Luân^{1,2}, Châu Quý Thuận², Lâm Văn Chương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các tổn thương phối hợp của bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp. Gồm tất cả những trường hợp được chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2019 – 06/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu có 111 TH được chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc và được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy, tuổi trung bình là 39,8 ± 15,3 và độ tuổi lao động từ 20 đến 40 chiếm đa số, tỷ lệ nam/ nữ là 6,9/1. Lý do vào viện phổ biến của các trường hợp là tai nạn giao thông chiếm 81,1%. Đặc điểm lâm sàng phổ biến là đau hạ vị, tiểu máu lần lượt là 84,8% và 90,2%. Dấu hiệu cổ choáng chấn thương chiếm 5,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9% các TH vỡ bàng quang trong phúc mạc tự phát thường triệu chứng không điển hình, bệnh nhân vào viện trễ, nên chẩn đoán thường muộn hay bỏ sót. Cystography và CT-Cystography có vai trò quan trọng trong chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc với độ nhạy lên đến gần 95%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 89,2% các TH được chẩn đoán trước phẫu thuật là vỡ BQ trong phúc mạc. Tình trạng tổn thương đi kèm có chấn thương đầu mặt và gãy khung chậu hay gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 19,8% và 13,5%. **Kết luận:** Vỡ bàng quang trong phúc mạc thường gặp ở độ tuổi lao động có nguyên nhân phổ biến là tai nạn giao thông với choáng chấn thương chiếm tỉ lệ là 5,4%. Trong đó, các phương tiện hình ảnh học đóng vai trò quan trọng chẩn đoán là Cystography và CT-Cystography với độ nhạy gần 95%. **Từ khóa:** Vỡ bàng quang trong phúc mạc, chợ rẫy

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH INTRAPERITONEAL BLADDER RUPTURE TREATED AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical features, paraclinical characteristics, and associated lesions of patients with intraperitoneal bladder rupture treated at Cho Ray Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive case series study, including all cases diagnosed with intraperitoneal bladder rupture and treated at Cho Ray Hospital from January 2019 to June 2024. **Results:** The study included 111

cases diagnosed with intraperitoneal bladder rupture and treated at Cho Ray Hospital. The mean age was 39.8 ± 15.3 years, with the majority being of working age (20–40 years). The male-to-female ratio was approximately 6.9:1. The most common cause of hospital admission was traffic accidents, accounting for 81.1% of cases. The most frequent clinical features were suprapubic pain and hematuria, observed in 84.8% and 90.2% of patients, respectively, while signs of traumatic shock were present in 5.4% of cases. In our study, 9% of cases were spontaneous intraperitoneal bladder ruptures, which typically presented with atypical symptoms. These patients often presented late, leading to delayed or missed diagnoses. Cystography and CT-cystography played crucial roles in diagnosing intraperitoneal bladder rupture, with sensitivities approaching 95%. In our study, 89.2% of cases were diagnosed with intraperitoneal bladder rupture preoperatively. The most common associated injuries were craniofacial trauma and pelvic fractures, with incidences of 19.8% and 13.5%, respectively. **Conclusions:** Intraperitoneal bladder rupture commonly occurs in individuals of working age, with traffic accidents being the most frequent cause. Traumatic shock was observed in 5.4% of cases. Imaging modalities such as cystography and CT-cystography play a crucial role in diagnosis, with sensitivities approaching 95%. **Keywords:** Intraperitoneal bladder rupture, cho ray

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang là tạng rỗng, khi không chứa nước tiểu nằm trong tiểu khung phía sau xương mu, trên đáy chậu. Bàng quang bị vỡ trong phúc mạc sau một chấn thương vào vùng dưới rốn do bị đá, đâm vào bụng, ngã va đập vùng bụng dưới rốn vào vật cứng hoặc vỡ do bị đè ép trong tình trạng căng đầy nước tiểu, vượt lên trên xương mu.^{1,2} Ngoài ra, vỡ bàng quang còn gặp trong những trường hợp vỡ tự phát hay sau can thiệp nội soi hay phẫu thuật.³

Vỡ bàng quang trong phúc mạc là một cấp cứu tiết niệu. Bệnh nhân vỡ bàng quang thường đến bệnh viện trong bệnh cảnh đa chấn thương, có nhiều tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, gãy khung chậu, chấn thương ngực bụng, gãy xương tứ chi...^{1,2} Vì vậy, các dấu hiệu lâm sàng chẩn đoán vỡ bàng quang thường bị lu mờ và dễ bị bỏ qua, dẫn đến việc chẩn đoán muộn và có thể bị bỏ sót tổn thương, đặc biệt khi bệnh nhân trong tình trạng choáng nặng.¹ Xuất phát từ những thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Khảo sát các đặc điểm

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Thái Kinh Luân

Email: thaikinhlun@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các trường hợp bị vỡ bàng quang trong phúc mạc được chẩn đoán tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2019 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật ở tuyến trước.

Hồ sơ thiếu các biến số cần thu thập thông tin.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp từ 01/2019 đến 06/2024.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện là tất cả các bệnh nhân đảm bảo đủ các tiêu chí nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 01/2019 đến 06/2024.

Các tiêu chí nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi bệnh nhân

Giới

Nguyên nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc

Tai nạn giao thông

Tai nạn sinh hoạt

Tai nạn lao động

Tự phát

Thời gian từ lúc tai nạn đến khi phẫu thuật

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của các đặc điểm này đối với chẩn đoán.

Đặc điểm lâm sàng:

Tiểu máu hay thông niệu đạo có máu

Mắc tiểu nhưng không tiểu được

Đau hạ vị lan khắp bụng

Choáng: da và niêm mạc nhợt, tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh nông, mạch nhanh nhỏ trên 100 lần/phút, khó bắt, huyết áp hạ < 90 mmHg.

Đặc điểm cận lâm sàng: Chụp bàng quang có thuốc cản quang (Cystography) ghi nhận các giá trị thoát thuốc cản quang vào trong phúc mạc, thoát thuốc cản quang ra ngoài phúc mạc và phổi hợp cả hai.

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu có tiêm thuốc cản quang (CT-Scans) ghi nhận đặc điểm tổn thương bàng quang và các tổn thương đi kèm.

Thu thập và xử lý số liệu: Epidata, Stata 14.2

Y đức: Nghiên cứu xét duyệt bởi Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 205/ HĐĐĐ-ĐHYD ngày 24 tháng 01 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2024 có 111 trường hợp chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình là 39,8 ± 15,3 (16-92 tuổi), trong đó số bệnh nhân từ 20 đến 40 tuổi chiếm đa số với 50% các trường hợp.

Số lượng bệnh nhân nam là 97/111 bệnh nhân chiếm 87,4%, nữ 14/111 bệnh nhân chiếm 12,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 6,9/1.

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc

Nguyên nhân	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	90	81,1
Tai nạn sinh hoạt	8	7,2
Tai nạn lao động	3	2,7
Tự phát	10	9
Tổng cộng	111	100

Tai nạn giao thông có 90 TH (81,1%) chiếm đa số.

Bảng 2. Phân bố số TH (%) theo triệu chứng của vỡ bàng quang và xử trí ở tuyến trước

Đặc điểm	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng của vỡ bàng quang		
Tiểu máu hay thông niệu đạo có máu	Có	83 90,2
	Không	9 9,8
	Không ghi nhận	19 17,1
Mắc tiểu nhưng không tiểu được	Có	56 90,3
	Không	6 9,7
	Không ghi nhận	38 34,2
Gõ đục vùng thấp	Có	9 20,9
	Không	34 79,1
	Không ghi nhận*	68 61,3
Triệu chứng của các tổn thương phối hợp		
Đau khi ép bursa khung chậu	Có	10 43,5
	Không	13 56,5
	Không ghi nhận*	88 79,3
Đau hạ vị	94	84,8
Choáng	6	5,4
Sơ cứu ở tuyến trước	90	81,1

Ghi chú: (*): không ghi nhận trong hồ sơ bệnh án

Trong số các trường hợp có ghi nhận dữ liệu hồ sơ, ba triệu chứng lâm sàng phổ: tiểu máu hay thông niệu đạo có máu chiếm 90,2%, đau hạ vị lan khắp bụng chiếm 84,8% và mắc tiểu nhưng không đi tiểu được chiếm 90,3%.

Bảng 3. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính vỡ bàng quang trong phúc mạc

Kết quả chụp cắt lớp vi tính	Số TH (n)	Tỉ lệ (%)
Dịch tự do ổ bụng	80	72,1
Thoát thuốc cản quang trong phúc mạc	13	11,7
Thoát thuốc cản quang ngoài phúc mạc	1	0,9
Thoát thuốc cản quang trong và ngoài phúc mạc phổi hợp	2	1,8
Máu cục lòng bàng quang	4	3,6
Bình thường	5	4,5
Tổn thương khác	6	9
Tổng cộng	111	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả chụp cắt lớp vi tính phát hiện hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài bàng quang có 16 TH chiếm 14,4% bao gồm thoát thuốc cản quang ra ngoài phúc mạc, trong phúc mạc và phổi hợp trong và ngoài phúc mạc. CT-Scans chỉ ghi nhận hình ảnh dịch tự do ổ bụng chiếm nhiều nhất với 80 TH (72,1%).

Bảng 4. Phân bố số TH theo kết quả chụp X-quang bàng quang có cản quang

Kết quả Cystography	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Không chụp	14	12,7
Thoát thuốc ra ngoài PM cạnh BQ	2	2,1
Thoát thuốc vào trong PM	92	94,9
Bình thường	3	3
Tổng cộng	111	100

Trong 14 TH không chụp Cystography: Viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng 5/14 (35,7%), Xuất huyết bàng quang nhiều 1/14 (7,1%) và CT-Scan có hình ảnh vỡ BQ trong PM 8/14 (57,2)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các TH được chụp Cystography có 97 TH chiếm 87,3%, trong đó thoát thuốc cản quang vào trong phúc mạc có 92 TH chiếm 94,9%.

Bảng 5. Phân bố số BN theo các tổn thương phổi hợp

Tổn thương phổi hợp	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Chấn thương gan	6	5,4
Vỡ ruột non	1	0,9
Rách mạc treo ruột	12	10,8
Chấn thương thận	1	0,9
Chấn thương lách	2	1,8
Gãy khung chậu	15	13,5
Chấn thương cơ quan sinh dục ngoài	1	0,9
Gãy xương các chi	13	11,7
Chấn thương đầu mặt	22	19,8
Chấn thương cột sống	2	1,8
Chấn thương ngực	8	7,2

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương phổi hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là chấn thương đầu mặt có 22 TH (19,8%), kể đến gãy khung chậu 15 TH (13,5%) và rách mạc treo ruột 12 TH (10,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Đặc điểm về tuổi:** Trong các nghiên cứu trước đó, vỡ bàng quang trong phúc mạc đa số gặp ở độ tuổi lao động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi lớn nhất 92, tuổi nhỏ nhất 16, tuổi trung bình là 39,8. Độ tuổi chiếm nhiều nhất trong nghiên cứu là từ 20 đến 40 tuổi.

Theo Kinzie và cs, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 40,2 tuổi, tuổi thấp nhất là 20 tuổi, tuổi cao nhất là 90 tuổi.⁵ Nghiên cứu của Trịnh Hoàng Tín, độ tuổi trung bình là 33,4 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, tuổi lớn nhất là 70, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 20 đến 50 tuổi.⁶ Tỷ lệ vỡ bàng quang trong phúc mạc theo độ tuổi trong đề án của chúng tôi chiếm nhiều nhất là từ 20 đến 40 tuổi, gần tương tự các tác giả khác. Độ tuổi trung bình trong đề án có cao hơn các tác giả khác.

Hầu hết các bệnh nhân này nằm trong độ tuổi lao động, đây là lực lượng lao động chính, do đó ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của bệnh nhân, gia đình và xã hội.

- **Đặc điểm về giới:** Phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ nam 87,4% và nữ 12,6%. Tỷ lệ này tương đương với các tác giả khác. Tác giả Lê Anh Tuấn tỷ lệ này là 95,5% và 4,5%.⁷ Trịnh Hoàng Tín tỷ lệ này là 77,4% và 22,6%. Nhìn chung, nam giới có tần suất vỡ bàng quang cao hơn nữ giới và thường xảy ra ở độ tuổi lao động, vì nam giới ở độ tuổi này thường tham gia giao thông cùng với tình trạng sử dụng rượu nên làm tăng nguy cơ vỡ bàng quang.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

- **Nguyên nhân chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc:** Theo Nguyễn Xuân Toàn⁴, nguyên nhân chiếm đa số là tai nạn giao thông chiếm 90,1%. Cũng theo tác giả Trịnh Hoàng Tín⁶, nguyên nhân chiếm đa số là tai nạn giao thông chiếm 72,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông với 81,1%, gần tương đồng với các tác giả trên.

- **Triệu chứng của vỡ bàng quang:** Theo báo cáo của Kinzie và cộng sự (2013), tiểu máu hay thông niệu đạo có máu chiếm tỉ lệ 76,7%.⁵ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng. Ngoài ra, triệu chứng tiểu máu hay thông

niệu đạo có máu có thể gặp trong các trường hợp sau: chấn thương thận, vỡ bàng quang hay tổn thương niệu đạo. Vì vậy, sau một chấn thương vùng bụng chậu kèm theo rối loạn đi tiểu, tiểu máu hay thông niệu đạo có máu là những triệu chứng gợi ý tổn thương đường tiết niệu, chúng ta cần khảo sát một cách có hệ thống.

Đau hạ vị lan khắp bụng cũng thường xuất hiện. Theo tác giả Trịnh Hoàng Tín⁶, triệu chứng này chiếm tỉ lệ 90,6%. Nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn có thể có khác biệt về quần thể nghiên cứu. Mặc dù triệu chứng đau hạ vị lan khắp bụng chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên cần chẩn đoán phân biệt với gãy khung chậu, hay tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

Choáng có 6 TH (5,4%) là dấu hiệu biểu hiện tình trạng nặng của bệnh. Sốc có thể do mất máu hay đau, nhưng hầu như bao giờ cũng xảy ra trên bệnh nhân có nhiều tổn thương phối hợp, đây là nguyên nhân chính gây tử vong trong vòng 6 giờ đầu sau khi xảy ra tai nạn.⁷ Theo Trịnh Hoàng Tín⁶, tỉ lệ bệnh nhân có sốc là 48,4%; nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các báo cáo của các tác giả có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy là tuyến cuối của khu vực phía nam, nên đa số đã được hồi sức và ổn định huyết động tử tuyến trước.

Số BN đã được sơ cứu ở tuyến trước là 90 TH (81,1%), điều này nói lên bệnh viện Chợ Rẫy là tuyến cuối nên đa số đã được sơ cứu trước đó.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- **Kết quả chụp cắt lớp vi tính:** Theo tác giả William SH và cs (2002) thì CT-Scans giúp phát hiện tổn thương tạng đặc trong ổ bụng với tỷ lệ từ 92-97,6%, tuy nhiên phương tiện này được xem là không hữu dụng để chẩn đoán tổn thương tạng rỗng hay tổn thương mạc treo ruột.⁸ Ở những bệnh nhân có nguy cơ tổn thương tạng rỗng hay mạc treo ruột, nếu CT-Scans cho kết quả âm tính thì không đủ độ tin cậy để loại trừ các tổn thương kèm theo này.

Đối với tổn thương bàng quang, trong báo cáo của Hass C.A và cs (1999), CT-Scans chẩn đoán được 8 trong 15 TH vỡ bàng quang và không chính xác bằng chụp bàng quang có cản quang.⁹ Do bàng quang là tạng rỗng, khi chấn thương bàng quang sẽ xẹp lại nên rất khó thấy vết rách bàng quang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của CT-Scans là 11,7%.

- **Kết quả chụp X-quang bàng quang có cản quang:** Chụp X-quang bàng quang có cản quang là công cụ giúp chẩn đoán vỡ bàng quang với độ chính xác cao với độ nhạy 90 - 95% và độ đặc hiệu 100%.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng

tôi, độ nhạy của Cystography (94,8%) khá tương đồng với báo cáo của các tác giả.

- **Các tổn thương phối hợp kèm theo:** So với báo cáo của Kinzie và cs (2013), tổn thương trong ổ bụng chiếm nhiều nhất 74%, kể đến là gãy khung chậu 59%, trong khi đó gãy xương sọ chỉ chiếm 11,1% và tổn thương não chiếm 18,5%.⁵ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt chút ít so với báo cáo của Kinzie có thể do đặc điểm đề án chúng tôi chọn bao gồm cả các vết thương, chấn thương đầu mặt ở da và mô mềm nên có thể chiếm tỷ lệ nhiều hơn. Còn tổn thương trong ổ bụng chúng tôi chia nhỏ tổn thương cụ thể hơn gồm rách mạc treo, chấn thương gan, lách, vỡ ruột non nên tỷ lệ có phần ít hơn. Ngoài ra gãy các xương dài cũng đáng quan tâm và chiếm tỷ lệ không nhỏ. Nhưng nhìn tổng thể kết quả chúng tôi khá tương đồng với tác giả khác.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù đã cung cấp những dữ liệu quý giá về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vỡ bàng quang trong phúc mạc tại Bệnh viện Chợ Rẫy với cỡ mẫu tương đối lớn, nhưng cũng không tránh khỏi một số giới hạn nhất định.

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: Do là nghiên cứu hồi cứu, dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, điều này có thể dẫn đến việc thiếu hụt một số thông tin chi tiết hoặc thông tin không được ghi nhận đầy đủ. Ví dụ, một số trường hợp triệu chứng lâm sàng có thể không được mô tả chi tiết đầy đủ như mong muốn của một nghiên cứu tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Cỡ mẫu được xác định bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các trường hợp đáp ứng tiêu chí trong một khoảng thời gian nhất định. Điều này có nghĩa là kết quả của nghiên cứu có thể không đại diện hoàn toàn cho quần thể bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc nói chung ở các cơ sở y tế khác hoặc trên phạm vi rộng hơn.

V. KẾT LUẬN

Vỡ bàng quang trong phúc mạc là một cấp cứu tiết niệu với độ tuổi thường gặp là 20 – 50 tuổi. Nguyên nhân phổ biến của các trường hợp là tai nạn giao thông chiếm 81,1% với đặc điểm lâm sàng phổ biến là đau hạ vị, tiểu máu lần lượt là 84,8% và 90,2%. Tỷ lệ sốc chấn thương gặp trong nghiên cứu chiếm 5,4%. Cystography và CT-Cystography có vai trò quan trọng trong chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc với độ nhạy lên đến gần 95%. CT-Scans còn giúp phát hiện các tổn thương đi kèm, có độ nhạy kém

11,7% trong chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc và các tổn thương ruột hay mạc treo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành.** Chấn thương bàng quang. Cấp cứu ngoại khoa tập 2, Nhà Xuất bản Giao dục Việt Nam, Hà Nội. 2010; tr 293 – 299.
2. **Trần Lê Linh Phương, Lê Tuấn Anh.** Điều trị chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng, kinh nghiệm qua 22 trường hợp. Tập san Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2009;Vol. 13 - No 1, tr 28 – 32.
3. **Papadopoulos, I., Michalopoulos, A., Basdekis, D., Paramythiotis, D., & Fotiadis, C.** Spontaneous intraperitoneal bladder rupture: A rare clinical entity. BMJ Case Reports. 2013. bcr2013009679. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009679>.
4. **Nguyễn Xuân Toàn.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trên chấn thương bụng kín có vỡ bàng quang trong phúc mạc. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM.2013.
5. **Kinzie AM, Alan HT., Ziad NK., et al.** Blunt traumatic bladder rupture: a 10-year perspective. Am Surg. 2013;79(6): 589-593.
6. **Trịnh Hoàng Tín.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và xử trí phẫu thuật vỡ bàng quang ngoài phúc mạc. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM.2015.
7. **Trần Lê Linh Phương.** Điều trị chấn thương đường niệu dưới phúc tạp trong gãy khung chậu nặng. Luận án tiến sĩ y học. Trường đại học Y Dược TP.HCM.2003.
8. **Hoff W.S., Holeyvar M., Nagy K.K., et al.** Practice management guidelines for the evaluation of blunt abdominal trauma: the East practice management guidelines work group. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2002;53(3): 602-615.
9. **Christopher A. Hass.** Limitations of routine spiral computerized tomography in the evaluation of bladder trauma. J Urol. 1999;162(1): 51-52.
10. **Quagliano P.V., et al.** Diagnosis of blunt bladder injury: A prospective comparative study of computed tomography cystography and conventional retrograde cystography. J Trauma. 2006; 61: 410.

KHẢO SÁT DAO ĐỘNG ĐƯỜNG HUYẾT BẰNG THIẾT BỊ CGM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đỗ Đình Tùng¹, Lương Tuấn Kiên¹,
Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Dương Thị Mỹ Hào¹, Lê Thị Mỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự dao động đường huyết bằng máy CGM nhằm cung cấp dữ liệu toàn diện giúp cá thể hóa điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tất cả bệnh nhân được theo dõi glucose máu liên tục trong 14 ngày bằng thiết bị Freestyle Libre. Các chỉ số CGM ghi nhận bao gồm: AG, GMI, GV, TIR, TAR, TBR. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $71,25 \pm 10,05$; 83,3% có ≥ 1 bệnh mạn tính đi kèm. Chỉ 30% bệnh nhân đạt mục tiêu AG và GMI, và 10% đạt đồng thời cả ba tiêu chí GMI, GV và TIR. TIR trung bình là $53,33 \pm 20,46\%$, với 23,3% đạt mục tiêu chung. Trong nhóm ≥ 65 tuổi, 85% đạt TIR > 50%. TAR và TBR lần lượt là 40,82% và 1,53%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân chưa đạt mục tiêu kiểm soát glucose theo chỉ số CGM. CGM là công cụ hữu ích trong quản lý ĐTĐ típ 2, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi và đa bệnh lý.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, Theo dõi glucose liên tục (CGM), Biến thiên đường huyết

SUMMARY

ASSESSMENT OF GLYCEMIC VARIABILITY USING CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING IN PATIENTS WITH TÍP 2 DIABETES MELLITUS AT XANH PON HOSPITAL

Objective: To investigate glycemic variability using CGM devices to provide comprehensive data for individualized treatment. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients with type 2 diabetes at Xanh Pon General Hospital. All patients underwent 14-day continuous glucose monitoring using the Freestyle Libre device. Recorded CGM metrics included AG (average glucose), GMI (glucose management indicator), GV (glycemic variability), TIR (time in range), TAR (time above range), and TBR (time below range). **Results:** The average age was 71.25 ± 10.05 years; 83.3% had at least one chronic comorbidity. Only 30% of patients met AG and GMI targets, and 10% met all three targets: GMI, GV, and TIR. The mean TIR was $53.33 \pm 20.46\%$, with 23.3% meeting the general target. Among patients aged ≥ 65 , 85% had TIR > 50%. TAR and TBR were 40.82% and 1.53%, respectively. **Conclusion:** Most patients did not meet glucose control targets based on CGM metrics. CGM is a valuable tool in managing type 2 diabetes, especially in elderly patients with multiple comorbidities.

Keywords: Type 2 diabetes, Continuous glucose monitoring (CGM), Glycemic variability

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025