

1. **Williams BA, Matsumoto H, McCalla DJ, et al.** Development and initial validation of the Classification of Early-Onset Scoliosis (C-EOS). *J Bone Joint Surg Am.* 2014;96(16):1359-1367. doi:10.2106/JBJS.M.00253
2. **Moreno Mateo F, Bovonratwet P, Peiró García A.** Early-onset scoliosis. *Curr Opin Pediatr.* 2024; 36(1): 105-111. doi:10.1097/MOP.0000000000001318
3. **Karol LA.** The Natural History of Early-onset Scoliosis. *J Pediatr Orthop.* 2019;39(Issue 6, Supplement 1 Suppl 1): S38-S43. doi:10.1097/BPO.0000000000001351
4. **Yang S, Andras LM, Redding GJ, Skaggs DL.** Early-Onset Scoliosis: A Review of History, Current Treatment, and Future Directions. *Pediatrics.* 2016;137(1). doi:10.1542/peds.2015-0709
5. **Campbell RM, Smith MD, Mayes TC, et al.** The characteristics of thoracic insufficiency syndrome associated with fused ribs and congenital scoliosis. *J Bone Joint Surg Am.* 2003; 85(3): 399-408. doi:10.2106/00004623-200303000-00001
6. **Zampini JM, Sherk HH, Lewis A.** Sayre: the first Professor of Orthopaedic Surgery in America. *Clin Orthop.* 2008;466(9): 2263-2267. doi:10.1007/s11999-008-0349-6
7. **Mehta MH.** Growth as a corrective force in the early treatment of progressive infantile scoliosis. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87(9):1237-1247. doi:10.1302/0301-620X.87B9.16124
8. **Fedorak GT, MacWilliams BA, Stasikelis P, et al.** Age-Stratified Outcomes of Mehta Casting in Idiopathic Early-Onset Scoliosis: A Multicenter Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2022;104(22): 1977-1983. doi:10.2106/JBJS.22.00344
9. **Ashebo L, Anari JB, Cahill PJ.** Update on the Diagnosis and Management of Early-onset Scoliosis. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2023; 16(10):447-456. doi:10.1007/s12178-023-09848-w
10. **Fedorak GT, D'Astous JL, Nielson AN, MacWilliams BA, Heflin JA.** Minimum 5-Year Follow-up of Mehta Casting to Treat Idiopathic Early-Onset Scoliosis. *J Bone Joint Surg Am.* 2019; 101(17): 1530-1538. doi:10.2106/JBJS.18. 01268

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ THỂ VI NHÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Đinh Thị Lan Anh¹, Lê Thị Yến^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư biểu vủ thể vi nhú xâm nhập tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được điều trị tại bệnh viện K trong giai đoạn từ 01/2019 đến 10/2024. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 70 bệnh nhân UTV thể vi nhú xâm nhập điều trị tại bệnh viện K, tuổi trung bình là 51,1 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là bệnh nhân tự phát hiện u vú (65,7%); bệnh giai đoạn III thường gặp nhất chiếm 52,9%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 83,5%, sống thêm không bệnh 5 năm là 73,8%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng bệnh. **Kết luận:** Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập có một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng khác với các thể ung thư biểu mô khác. BN giai đoạn sớm đạt hiệu quả tốt sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF INVASIVE MICROPAPILLARY CARCINOMA BREAST

¹Bệnh viện K

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

CANCER IN K HOSPITAL

Objective: To identify the clinical characteristics, the laboratory characteristics, the result of treatment, and the prognostic factors of Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer (IMPC). **Patients:** The patients were diagnosed invasive micropapillary carcinoma breast cancer and treated at Vietnam National Cancer Hospital from January 2019 to October 2024. **Method:** Retrospective combined prospective study, convenience sampling. **Results:** We collected 70 patients who were eligible for study. The average age at diagnosis was 51,1. The main presenting symptom was mass breast palpable (65,7%). The rate of stage III was 52,9%. The five-year overall survival rate was the five-year disease-free survival rate was 73,8%. The stage of disease was the main prognostic factor. **Conclusion:** Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer shows distinct features compared to other breast cancer subtypes. The majority of patients with early stage had excellent survival. **Keywords:** Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ung thư thường gặp, có tỷ lệ mắc cao nhất trong các bệnh lý ung thư ở nữ giới¹. UTV thể vi nhú xâm nhập là thể hiếm gặp chiếm khoảng 2-7% ung thư vú xâm nhập^{2,3}. UTV thể vi nhú có đặc điểm lâm sàng khác biệt so với các thể bệnh khác, thường được chẩn đoán các bệnh nhân lớn tuổi, khối u lớn đã di căn hạch, khối u đã xâm nhập mạch, xâm

nhập thần kinh, thụ thể nội tiết dương tính, yếu tố phát triển biểu mô dương tính. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra đây là một thể bệnh có độ ác tính cao, các bệnh nhân phát hiện tại thời điểm đã di căn. Về chiến lược điều trị nhìn chung UTV thể vi nhú xâm nhập cũng tuân theo nguyên tắc điều trị chung của ung thư vú xâm nhập⁴. Tuy nhiên, nhiều ý kiến chuyên gia đề xuất các nghiên cứu đặc hiệu tập chung tìm hiểu sâu về ung thư vú thể vi nhú xâm nhập từ đó đưa ra đồng thuận về chiến lược điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân này.

Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân mắc UTV ngày càng gia tăng, tuy nhiên, hiện tại có ít nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về UTV thể vi nhú xâm nhập. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của BN UTV thể vi nhú xâm nhập tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân UTV thể vi nhú xâm nhập, được điều trị tại bệnh viện K

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vú thể vi nhú xâm nhập dựa trên kết quả mô bệnh học
- Điều trị tại bệnh viện K từ 01/2019 đến 10/2024

- Không có bệnh ung thư khác kèm theo
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh từ chối điều trị.
- Người bệnh mắc bệnh đồng mắc nặng phối hợp đe dọa tính mạng

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Thời gian: 01/2024 đến 05/2025

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

- Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh nhân đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên đều được đưa vào nghiên cứu, n= 70
- Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng giai đoạn bệnh. Đánh giá kết quả bằng thời gian sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

2.5. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 70 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

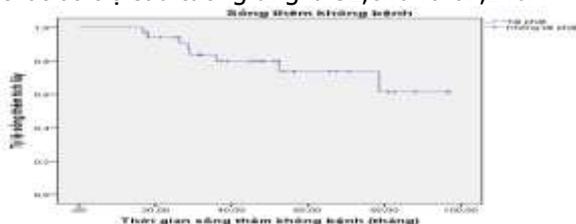
Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ % (%)	P
Nhóm tuổi			
Tuổi trung bình	51,1		
Kích thước u (cm)			
T ≤ 2	29	41,4	0,371
2 < T ≤ 4	35	50	
T ≥ 5	6	8,6	
Tình trạng hạch			
0	13	18,6	0,751
1-3	20	28,1	
4-9	24	34,3	
≥ 10	13	18,6	
Giai đoạn TNM			
I	15	21,4	0,454
II	18	25,7	
III	37	52,9	
Xâm nhập mạch bạch huyết, TK			
Có	37	52,9	0,812
Không	24	34,3	
Không rõ	9	12,8	
Tình trạng TTNT			
ER/PR âm tính	15	21,4	0,352
ER/PR dương tính	55	78,6	
Her2/neu			
Am tính	50	71,4	0,543
Dương tính	20	28,6	
Phẫu thuật			
0,689			
Cắt tuyến vú triệt căn biến đổi	55	78,6	0,689
PT bảo tồn	15	21,4	
PT khác	0	0	
Triệu chứng lâm sàng			
Khám sàng lọc	9	12,9%	
Tự sờ thấy u	46	65,7%	
Đau vú	8	11,4%	
Biến đổi da vùng u	7	10%	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 51,1 tuổi, thấp nhất là 45 tuổi, cao nhất 72 tuổi. Đa số bệnh nhân có kích thước U < 5cm chiếm 91,4%. Bệnh phát hiện ở thời điểm chẩn đoán là giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có khối u xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh là 52,9%, có 12,8% bệnh nhân không rõ tình trạng xâm nhập mạch và thần kinh của khối u. Tỷ lệ bệnh nhân có TTNT dương tính, Her2 dương tính tương ứng 78,6% và 28,6%. Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi chiếm 78,6%. Phần lớn bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán bệnh do tự sờ thấy u vú, tỷ lệ khám phát hiện qua sàng lọc chiếm tỷ lệ 12,9%.

Bảng 2. Điều trị hóa chất

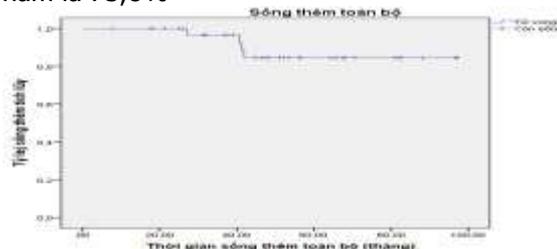
Điều trị hóa chất	n	%
Điều trị hoá chất trước	23	32,8%
Hoá chất bổ trợ	47	67,2%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhận điều trị hóa chất trước và phẫu thuật trước nhận điều trị hóa chất bổ trợ sau tương ứng là 32,8% và 67,2%.



Biểu đồ 2: Sống thêm không bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là 73,8%



Biểu đồ 3: Sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 83,5%

Bảng 3: Phân tích đơn biến và phân tích đa biến về sống còn và đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh		Phân tích đa biến		Phân tích đơn biến	
		HR(95%CI)	p	HR(95%CI)	P
Sống còn toàn bộ 5 năm (OS)					
Tuổi	<35, 35-60, >60	1,34(0,741-2,41)	0,431	2,63(1,315-5,516)	0,611
Giai đoạn TNM	I, II, III	3,42(1,850-6,561)	<0,001	2,72(1,315-5,811)	0,005
Xâm nhập mạch, TK	Có, Không	2,83(1,12-7,6)	0,025	1,58(0,52-4,39)	0,415
Tình trạng TTNT	Âm tính, dương tính	0,37 (0,167-0,183)	0,005	0,28(0,110-0,812)	0,008
Tình trạng Her2	Âm tính, dương tính	1,073(0,592-2,218)	0,841	0,83(0,311-2,019)	0,796
Sống thêm không bệnh 5 năm (PFS)					
Tuổi	<35, 35-60, > 60	0,677(0,547-1,002)	0,051	0,66 (0,654-1,379)	0,606
Giai đoạn TNM	I, II, III	3,09(2,115-4,308)	<0,001	2,56(1,713-4,301)	<0,001
Xâm nhập mạch, TK	Có, Không	2,053(1,204-3,502)	0,008	0,609(0,315-1,977)	0,700
Tình trạng TTNT	Âm tính, dương tính	0,768(0,410-1,551)	0,437	1,069(0,513-2,176)	0,768
Tình trạng Her2	Âm tính, dương tính	1,515(1,00-2,199)	0,036	1,314(0,798-2,166)	0,931

Nhận xét: Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng sống còn toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm với P có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư vú là bệnh UT phổ biến nhất ở nữ giới tại Việt Nam và trên toàn thế giới¹. Theo thống kê mới nhất tỷ lệ mắc bệnh có sự tăng lên trong những năm gần đây, đặc biệt là các khu vực đang phát triển như các thành phố lớn Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh⁵. Ung thư vú có nhiều thể mô bệnh học và dưới nhóm phân tử với chiến lược điều trị khác nhau tùy từng cá thể. UTBM thể vi nhú là thể mô bệnh học hiếm gặp, các nghiên cứu trước đây chỉ ra hầu hết carcinoma thể vi nhú là một thành phần trong thể hỗn hợp và độ tuổi mắc trung bình là 50-53. Trong nghiên cứu của Shuang Hao và cộng sự, BTBM thể vi nhú mắc ở tuổi trung bình 52,4 tuổi⁶. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tuổi mắc trung bình là 51,2. Do đó, cần lưu ý đến thể bệnh này thường mắc ở độ tuổi trung niên.

Về triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân tự thăm

khám và phát hiện u vú với 65,7% các trường hợp trong khi tỷ lệ phát hiện bệnh qua sàng lọc chỉ là 12,9%. Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên thế giới và nghiên cứu về ung thư vú nói chung tại Việt Nam khi chỉ ra tỷ lệ phát hiện ung thư vú qua khám sàng lọc khá cao. Theo nghiên cứu của chúng tôi, UTBM thể vi nhú có liên quan đến một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng không thuận lợi như phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn 3 với 52,9%, trong khi tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I là 21,4%, bên cạnh đó số bệnh nhân có di căn hạch nách và có u xâm nhập mạch, thần kinh trên giải phẫu bệnh cũng chiếm đa số tương ứng 65,7% và 52,9%. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của tác giả O Zekioglu và cộng sự là 69% và 75,5%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của O Zekioglu cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính là 68% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 13%⁶. Với những đặc điểm trên, Carcinoma thể vi nhú xâm nhập rất được chú trọng trong nhiều thập kỷ qua. Tuy nhiên cho tới thời điểm hiện tại vẫn chưa có một nghiên cứu tiến cứu nào so sánh

phân tích về hiệu quả điều trị giữa carcinoma thể vi nhú xâm nhập với các thể mô bệnh học khác vì vậy tiên lượng xấu của nhóm bệnh nhân này vẫn chưa được giải thích rõ ràng và UTV thể carcinoma vi nhú được điều trị theo nguyên tắc chung của UTV.

Năm 2008, Chen và cộng sự đã nghiên cứu và chỉ ra thời gian sống thêm không bệnh 5 năm và 10 năm của carcinoma vi nhú xâm nhập thấp hơn so với carcinoma ống xâm nhập⁷. Shuang Hao và cộng sự nghiên cứu trên 327 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình là 56,5 tháng và nhận thấy không có sự khác biệt về trung bình sống còn toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh với thể carcinoma ống xâm nhập. Chen và cộng sự nghiên cứu năm 2018 chỉ ra thời gian sống thêm không bệnh 5 năm là 57,8% và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 81,9%⁹. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra kết quả tương đương với tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm tương ứng là 73,8% và 83,5%. Một số nghiên cứu trên thế giới đã tiến hành khi so sánh thời gian sống còn giữa carcinoma vi nhú xâm nhập và carcinoma ống xâm nhập nhận định mặc dù thời gian sống thêm không bệnh của carcinoma vi nhú kém hơn so với thể ống xâm nhập nhưng thời gian sống còn toàn bộ là tương đương nhau. Có thể thấy UTBM thể vi nhú có nhiều yếu tố tiên lượng xấu như kích thước khối u lớn, phát hiện ở giai đoạn muộn, di căn hạch chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ lớn khối u đã xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh nhưng bệnh thường phát hiện ở lứa tuổi sau 50, phần lớn bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính và yếu tố phát triển biểu mô Her2/neu âm tính, những đặc điểm này thường gặp ở dưới nhóm luminal A, luminal B là nhóm có tiên lượng tốt. Chúng tôi cũng đã tiến hành phân tích hồi quy Cox đơn biến và đa biến để tìm hiểu về mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lên thời gian sống còn và nhận thấy giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch là những yếu tố làm ảnh hưởng giảm thời gian sống còn bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ của bệnh nhân tương đồng với một số kết quả nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Feng và cộng sự 2015. Từ đây, chúng tôi khuyến nghị các nhà lâm sàng cần xem xét hội chẩn đa chuyên khoa cùng các nhà phẫu thuật và chẩn đoán hình ảnh đánh giá kỹ tình trạng hạch nách của bệnh nhân trước điều trị bằng siêu âm hoặc phối hợp nhiều phương pháp khác như cộng hưởng từ tuyến vú, CTscanner nên được thực hiện từ đó có chiến lược điều trị phù hợp. Ngoài ra, việc chú ý đánh giá tình trạng xâm nhập

mạch bạch huyết và thần kinh, đặc điểm sinh học của khối u như thụ thể nội tiết, yếu tố phát triển biểu mô Her2/neu cần chú trọng để có thể tiên lượng và lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế, đầu tiên phải nói đến, đây là một nghiên cứu hồi cứu nên vẫn còn tồn tại một số nhược điểm như việc thu thập số liệu, thoi dõi và đánh giá điều trị. Thứ hai, một số đặc điểm cận lâm sàng có liên quan như tình trạng Ki67, độ mô học của khối u đã không được thu thập. Và cuối cùng là thời gian theo dõi bệnh nhân của chúng tôi tương đối ngắn chỉ là 5 năm vì vậy chưa đánh giá được tiên lượng dài hạn cũng như xác định chi tiết tình trạng tái phát di căn của bệnh nhân để từ đó đề xuất được một chiến lược điều trị đặc hiệu cho nhóm bệnh nhân ung thư vú có thể mô bệnh học là carcinoma thể vi nhú xâm nhập.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú thể vi nhú xâm nhập có một số yếu tố tiên lượng xấu do liên quan đến việc phát hiện ở giai đoạn muộn do có liên quan đến tình trạng di căn hạch nách, cần phối hợp đánh giá giai đoạn trước điều trị một cách cẩn trọng để có chiến lược điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Global cancer statistics 2022:** GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
- Verras GI, Tchabashvili L, Mulita F, et al.** Micropapillary Breast Carcinoma: From Molecular Pathogenesis to Prognosis. Breast Cancer (Dove Press). 2022;14:41-61. doi:10.2147/BCTT.S346301
- Elzohery YHAM, Radwan AH, Gareer SWY, et al.** Micropapillary breast carcinoma in comparison with invasive duct carcinoma. Does it have an aggressive clinical presentation and an unfavorable prognosis? BMC Cancer. 2024;24(1):992. doi:10.1186/s12885-024-12673-0
- Công thông tin Bộ Y tế.** Accessed April 30, 2025. https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/moi-nam-viet-nam-co-21-550-ca-mac-ung-thu-vu-khuyen-cao-cua-chuyen-gia-chi-em-can-biet
- Hao S, Zhao YY, Peng JJ, et al.** Invasive micropapillary carcinoma of the breast had no difference in prognosis compared with invasive ductal carcinoma: a propensity-matched analysis. Sci Rep. 2019;9(1):286. doi:10.1038/s41598-018-36362-8
- Zekioglu O, Erhan Y, Ciris M, Bayramoglu H, Ozdemir N.** Invasive micropapillary carcinoma of the breast: high incidence of lymph node metastasis with extranodal extension and its immunohistochemical profile compared with invasive ductal carcinoma. Histopathology. 2004;

44(1): 18-23. doi:10.1111/j.1365-2559.2004.01757.x

7. **Chen L, Fan Y, Lang R gang, et al.** Breast carcinoma with micropapillary features: clinicopathologic study and long-term follow-up of 100 cases. *Int J Surg Pathol.* 2008;16(2):155-163.

doi:10.1177/1066896907307047

8. **Verras GI, Tchabashvili L, Mulita F, et al.** Micropapillary Breast Carcinoma: From Molecular Pathogenesis to Prognosis. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2022;14:41-61. doi:10.2147/BCTT.S346301

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO VI KHUẨN GRAM ÂM TẠI BỆNH VIỆN E GIAI ĐOẠN 2022-2024

Nguyễn Văn Dũng¹, Trần Văn Giang², Nguyễn Quốc Phương², Phạm Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại bệnh viện E năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 201 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm điều trị tại bệnh viện E năm 2022-2024. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong là 31,3%; nhóm *Enterobacter* spp. tỷ lệ tử vong cao nhất 50%. Tuổi ≥ 65 , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ chướng và biểu hiện sốc; Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l là yếu tố liên quan đến tử vong, $p < 0,05$. Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, Kali, pro-calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, yếu tố tiên lượng tử vong, Vi khuẩn Gram âm

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS OF GRAM-NEGATIVE BACTERIAL BLOODSTREAM INFECTIONS IN PATIENTS AT E HOSPITAL DURING 2022-2024

Objective: To study some factors related to the treatment outcomes of patients with Gram-negative bacteremia at E Hospital in 2022-2024. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional description of 201 patients diagnosed with Gram-negative bacteremia treated at E Hospital in 2022-2024. **Results:** Mortality rate was 32.9%; *Enterobacter* spp. group had the highest mortality rate of 50%. Age ≥ 65 , clinical manifestations of cough, dyspnea, impaired consciousness, subcutaneous hemorrhage, purple streaks, pulmonary rales, ascites and shock; Hgb < 100g/l, Platelets < 100G/l, CRP > 100mg/l,

Lactate > 4 mmol/l were factors related to mortality, $p < 0.05$. The average concentration of red blood cells, hemoglobin, albumin, potassium, pro-calcitonin in the death group and the disease group had a statistically significant difference, $p < 0.05$.

Keywords: Sepsis, mortality predictor, Gram-negative bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) được định nghĩa là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng gây ra bởi sự lưu hành vi khuẩn trong máu gây ra, biểu hiện bằng các triệu chứng toàn thân ở nhiều cơ quan, có thể dẫn tới sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng với tỷ lệ tử vong cao [1]. Vấn đề NKH do vi khuẩn Gram âm gây ra ngày càng phổ biến và hiện là mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới vì chúng khó điều trị và có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao [2]. Tại Việt Nam, nhiều bệnh viện cũng đã có báo cáo các số liệu về tỷ lệ bệnh nhân NKH căn nguyên là vi khuẩn Gram âm cũng như tình trạng kháng thuốc của nhóm bệnh nhân trên [3], [4]. Trong thời gian vừa qua tại bệnh viện E đã tiếp nhận rất nhiều người bệnh NKH tại các khoa lâm sàng, trong đó có nguyên nhân do vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh kể trên rất đa dạng, đặc biệt là nhiều người bệnh có diễn biến nặng, có một số đã tử vong. Để nâng cao hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng cho người bệnh NKH do vi khuẩn Gram âm tại bệnh viện E, chúng tôi tiến hành đề tài: "Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết Gram âm tại bệnh viện E giai đoạn 2022-2024" với mục tiêu: *Tìm hiểu kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại Bệnh viện E 2022-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025