

58 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân, được theo dõi và điều trị bảo tồn, không phẫu thuật [10]. Năm 2022, David R. Velez báo cáo trường hợp nữ 79 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân tái phát trên nền bệnh nhân mắc Co-vid 19, có phẫu thuật nội soi chẩn đoán.

IV. KẾT LUẬN

Tràn khí ổ bụng chưa rõ nguyên nhân là những tình huống hiếm gặp trên lâm sàng. Chẩn đoán mà không cần phẫu thuật thường rất khó khăn. Cần thiết khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng một cách tỉ mỉ, kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán chính xác bệnh tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân và đưa ra phương án điều trị thích hợp nhất, tránh phẫu thuật không cần thiết. Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp được lựa chọn tối ưu để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Huy (2006), Bài 23. Dạ dày, ruột non và tụy, Giải phẫu người - Đại học y Hà Nội, NXB y học, 244 – 253.
2. Mularski, R. A., et al. (1999). "Nonsurgical causes of pneumoperitoneum." Western Journal of Medicine 170(1): 41.
3. Karaman, A., Demirbilek, S., Akın, M., Gürünlüoğlu, K., & İrşi, C. (2005). Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. Pediatric surgery international, 21, 819-824.
4. Omori, H., Asahi, H., Inoue, Y., Irinoda, T., & Saito, K. (2003). Pneumoperitoneum without perforation of the gastrointestinal tract. Digestive Surgery, 20(4), 334-338.
5. Eslick, G. D., Chalasani, V., & Salama, A. B. (2006). Idiopathic pneumoperitoneum. European Journal of Internal Medicine, 17(2), 141-143.
6. Phạm Văn Linh (2007), Bài 2. Thủng dạ dày, tá tràng, Ngoại bệnh lý tập 1 – Bộ y tế, NXB y học, 20 – 26.
7. Pitiakoudis, M., Zezos, P., Oikonomou, A., Kirmanidis, M., Kouklakis, G., & Simopoulos, C. (2011). Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum presenting as an acute abdomen: a case report. Journal of Medical Case Reports, 5, 1-4.
8. Draper K, Jefson R, Jongeward R Jr, McLeod M: Duration of postlaparoscopic pneumoperitoneum. Surg Endosc. 1997; 11:809-11
9. İflazoğlu, N., Gökçe, O. N., Kivrak, M. M., & Kocamer, B. (2015). Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum with acute abdomen. Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi, 31(2), 110.
10. Deb, A., Ghosh, B., Cavazos, A., Songtanin, B., Leelaviwat, N., & Nugent, K. (2022, February). Idiopathic spontaneous pneumoperitoneum. In Baylor University Medical Center Proceedings (Vol. 35, No. 2, pp. 224-226). Taylor & Francis.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Trần Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ mắc, căn nguyên vi sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc, tiến hành trên 48 bệnh nhân được ghép thận từ tháng 7/2023–12/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu trên 48 bệnh nhân ghép thận, tuổi trung bình là 39,5 ± 11,2 tuổi, nam giới chiếm 72,9%. Nguyên nhân suy thận mạn phổ biến nhất là viêm cầu thận (75%), phần lớn bệnh nhân được điều trị thay thế bằng thẩm tách máu trước ghép (87,5%). Tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu trong 6 tháng đầu sau ghép là 58,3%, cao nhất trong tháng đầu tiên (66,7%), với Escherichia coli là tác nhân chủ yếu

(47,9%). Phân tích đơn biến cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng tiết niệu sau ghép ($p < 0,01$). **Kết luận:** Nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng thường gặp sau ghép thận, đặc biệt trong tháng đầu. Biến chứng tiết niệu có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ nhiễm trùng, do đó cần tăng cường phát hiện và can thiệp sớm để cải thiện kết quả điều trị sau ghép

Từ khóa: Nhiễm trùng tiết niệu, suy thận mạn, ghép thận.

SUMMARY

EVALUATION OF URINARY TRACT INFECTIONS AND ASSOCIATED FACTORS IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the incidence, microbiological etiology, and associated risk factors of urinary tract infections in kidney transplant recipients at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A descriptive, prospective cohort study was conducted on 48 kidney transplant patients from July 2023 to December 2024. **Results:** Among the 48 kidney

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

transplant recipients, the mean age was 39.5 ± 11.2 years, with males accounting for 72.9%. The most common cause of end-stage renal disease was glomerulonephritis (75%). The majority of patients underwent maintenance hemodialysis prior to transplantation (87.5%). The incidence of UTIs within the first 6 months post-transplantation was 58.3%, with the highest rate observed during the first month (66.7%). *Escherichia coli* was the predominant pathogen (47.9%). Univariate analysis revealed that urinary tract complications were the only factor significantly associated with post-transplant UTIs ($p < 0.01$). **Conclusion:** Urinary tract infection is a common complication after kidney transplantation, particularly during the first postoperative month. Urinary complications are strongly associated with increased infection risk, highlighting the importance of early detection and intervention to improve post-transplant outcomes.

Keywords: Urinary tract infection, chronic kidney disease, kidney transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng tiết niệu (NTTN) là một trong những biến chứng phổ biến và nghiêm trọng nhất ở bệnh nhân ghép thận, với tỷ lệ mắc được ghi nhận dao động rộng từ 25% đến 75% trong năm đầu sau ghép [1], [2]. Những nhiễm khuẩn này không chỉ làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và số ngày nằm viện mà còn đe dọa nghiêm trọng đến chức năng thận ghép và thành công chung của quá trình ghép thận [3], [4]. Nguyên nhân gây NTTN ở nhóm bệnh nhân này chủ yếu là do vi khuẩn, trong đó *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* là những tác nhân được phân lập thường gặp nhất [2], [3]. Một số yếu tố nguy cơ đã được xác định, bao gồm: giới tính nữ, bất thường tiết niệu, phác đồ ức chế miễn dịch và sự hiện diện của các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc – tất cả đều có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng và khả năng tái phát của nhiễm khuẩn [2], [3], [5]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật, điều trị dự phòng kháng sinh và liệu pháp ức chế miễn dịch, NTTN vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây biến chứng nhiễm trùng sau ghép thận, cho thấy nhu cầu cấp thiết về giám sát liên tục và xây dựng các chiến lược quản lý tối ưu [1], [5]. Mặc dù vấn đề nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận đã được quan tâm nghiên cứu trên thế giới, nhưng tại các bệnh viện quân y trong nước, dữ liệu cụ thể về dịch tễ học, đặc điểm vi sinh và yếu tố nguy cơ liên quan vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá tình trạng nhiễm trùng tiết niệu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175" nhằm mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ mắc, căn nguyên vi sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm

khẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 48 bệnh nhân được ghép thận lần đầu và theo dõi ngoại trú tại Bệnh viện quân y 175 từ 07/2023 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân tuổi ≥ 18
- Bệnh nhân ghép thận lần đầu sau đó theo dõi ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 175
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có đủ hồ sơ theo dõi
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu:

- Bệnh nhân tử vong do các nguyên nhân rõ ràng không liên quan đến thận ghép trong thời gian nghiên cứu.
- Bệnh nhân chuyển theo dõi ngoại trú sang các bệnh viện khác.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả BN người lớn (≥ 18 tuổi), được ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175 từ 12/2022 đến 12/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phương pháp thu thập số liệu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân ghép thận: Tuổi, giới tính, BMI.
- Nguyên nhân suy thận mạn và phương pháp điều trị trước ghép.
- Xác định tình trạng nhiễm trùng tiết niệu do vi khuẩn của bệnh nhân sau ghép thận vào các lần tái khám hàng tháng, lấy kết quả cấy nước tiểu theo các khoảng thời gian: từ giai đoạn Hồi sức đến 1 tháng; từ 1 tháng đến 3 tháng; từ 3 tháng đến 6 tháng sau ghép thận.
- Xác định căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng tiết niệu theo kết quả cấy nước tiểu tại các giai đoạn. Xét nghiệm Real-time PCR tầm soát thường quy mẫu máu và nước tiểu 3 tháng 1 lần theo các mốc thời gian: tại thời điểm Hồi sức; 1 tháng sau ghép, tại thời điểm 3 tháng sau ghép, tại thời điểm 6 tháng sau ghép.
- Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Nhập số liệu phần mềm Excel 2016. Thống kê mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm) được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS

22.0. Kiểm định sự khác biệt với các biến định tính Fisher's Exact test hoặc Chi-Square tests, McNemar test. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân ghép thận (n=48)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm) (Trung bình $\pm$ SD)		39,5 $\pm$ 11,2
Phân nhóm [n(%)]	≤ 30	12 (25,0)
	31-40	10 (20,8)
	41-50	14 (29,2)
	51-60	8 (16,7)
	>60	4 (8,3)
Giới tính [n(%)]	Nam	35 (72,9)
	Nữ	13 (27,1)
BMI (kg/m ²)		22,3 $\pm$ 2,5

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân ghép thận là 39,5 $\pm$ 11,2 tuổi; nhóm tuổi 41–50 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,2%), tiếp theo là nhóm ≤ 30 tuổi (25,0%). Nam giới chiếm đa số với 72,9%, trong khi nữ giới chiếm 27,1%. Giá trị BMI trung bình là 22,3 $\pm$ 2,5 kg/m².

Bảng 2. Nguyên nhân suy thận mạn và phương pháp điều trị trước ghép (n=48)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân suy	Viêm cầu thận	36	75,0
	Đái tháo đường	3	6,3

Bảng 4. Các căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng tiết niệu theo giai đoạn (n=48)

Tác nhân gây bệnh (n=48)		Hồi sức-1 tháng (n=32)		1-3 tháng (n=8)		3-6 tháng (n=8)		Tổng (n=48)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Vi khuẩn Gram (-)	Escherichia coli	18	56,3	3	37,5	2	25,0	23	47,9
	Klebsiella pneumoniae	6	18,8	2	25,0	1	12,5	9	18,8
	Enterobacter cloacae	3	9,4	1	12,5	-	-	4	8,3
	Proteus mirabilis	1	3,1	-	-	-	-	1	2,1
Vi khuẩn Gram (+)	Enterococcus faecalis	3	9,4	1	12,5	1	12,5	5	10,4
	Staphylococcus spp.	1	3,1	1	12,5	-	-	2	4,2
Tổng		32	100	8	100	8	100	48	100

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy E. coli là tác nhân chính gây nhiễm trùng tiết niệu (47,9%), đặc biệt trong tháng đầu sau ghép (56,3%), với tỷ lệ giảm dần theo thời gian. Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế (77,1%) so với Gram dương (14,6%).

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận (n=48)

Yếu tố liên quan		Nhiễm trùng tiết niệu n (%)		p
		Có (n=28)	Không (n=20)	
Giới tính	Nam	18 (64,3)	17 (85,0)	$>0,05$
	Nữ	10 (35,7)	3 (15,0)	
Tuổi	>60 tuổi	2 (7,1)	2 (10,0)	$>0,05$
	≤ 60 tuổi	26 (92,9)	18 (90,0)	
BMI	≥ 25 kg/m ²	8 (28,6)	4 (20,0)	$>0,05$

thận mạn	Tăng huyết áp	5	10,4
	Viêm thận kẽ	2	4,2
	Bệnh Lupus	1	2,1
	Bệnh thận IgA	0	0
	Nguyên nhân khác	1	2,1
Phương pháp điều trị trước ghép	Lọc máu chu kỳ	42	87,5
	Lọc màng bụng	3	6,3
	Điều trị nội khoa bảo tồn	3	6,3

Nhận xét: Nguyên nhân suy thận mạn chủ yếu là viêm cầu thận (75%), tiếp theo là tăng huyết áp (10,4%) và đái tháo đường (6,3%). Về phương pháp điều trị trước ghép, đa số bệnh nhân được lọc máu chu kỳ (87,5%), trong khi lọc màng bụng và điều trị nội khoa bảo tồn chiếm tỷ lệ thấp hơn (6,3%). Các nguyên nhân hiếm gặp như lupus và viêm thận kẽ chiếm dưới 5%.

Bảng 3. Tỷ lệ các đợt nhiễm trùng tiết niệu trong 6 tháng đầu sau ghép (n=48)

Giai đoạn sau ghép	Số đợt nhiễm trùng n(%)	Số bệnh nhân nhiễm trùng n(%)	p
Hồi sức - 1 tháng	32 (66,7)	18 (37,5)	$< 0,05$
1 tháng - 3 tháng	8 (16,7)	6 (12,5)	
3 tháng - 6 tháng	8 (16,7)	4 (8,3)	
Tổng	48 (100,0)	28 (58,3)	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu cao nhất trong giai đoạn hồi sức đến 1 tháng sau ghép (66,7% đợt nhiễm trùng, 37,5% bệnh nhân), giảm dần theo thời gian. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa các giai đoạn.

	<25 kg/m ²	20 (71,4)	16 (80,0)	
Thời gian lọc máu	≥12 tháng	13 (46,4)	9 (45,0)	>0,05
	<12 tháng	15 (53,6)	11 (55,0)	
Nguyên nhân suy thận	Viêm cầu thận	21 (75,0)	15 (75,0)	>0,05
	Khác	7 (25,0)	5 (25,0)	
Có biến chứng tiết niệu		18 (64,3)	4 (20,0)	<0,01

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng tiết niệu sau ghép (64,3% vs 20,0%, $p < 0,01$). Các yếu tố khác bao gồm giới tính, tuổi (>60 tuổi), BMI, thời gian lọc máu và nguyên nhân suy thận không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 48 bệnh nhân ghép thận, kết quả cho thấy tuổi trung bình là $39,5 \pm 11,2$ tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 41–50 tuổi (29,2%), tiếp theo là nhóm ≤ 30 tuổi (25,0%). Điều này phản ánh thực trạng ghép thận phổ biến ở nhóm tuổi trưởng thành trẻ, nhiều khả năng do khởi phát sớm của bệnh thận mạn [6]. Phân bố giới tính cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (72,9%), phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh thận và tỷ lệ ghép thận cao hơn ở nam so với nữ [7].

Về nguyên nhân dẫn đến suy thận mạn ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, viêm cầu thận được xác định là nguyên nhân chủ yếu, chiếm 75% tổng số trường hợp. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trên thế giới, trong đó viêm cầu thận vẫn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối và nhu cầu điều trị thay thế thận [8]. Các nguyên nhân khác như tăng huyết áp (10,4%) và đái tháo đường (6,3%) cũng được ghi nhận, song với tỷ lệ thấp hơn. Điều này gợi ý rằng việc tăng cường các biện pháp dự phòng và quản lý hiệu quả bệnh viêm cầu thận có thể đóng vai trò quan trọng trong việc làm chậm tiến triển bệnh thận và giảm nhu cầu ghép thận [9].

Liên quan đến phương thức điều trị thay thế thận trước ghép, đa số bệnh nhân (87,5%) được điều trị bằng thẩm tách máu định kỳ. Đây là phương pháp điều trị phổ biến hiện nay đối với bệnh thận mạn giai đoạn cuối trước khi tiến hành ghép thận. Việc phần lớn bệnh nhân phải trải qua giai đoạn lọc máu kéo dài trước ghép phản ánh thực trạng điều trị hiện nay, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc xây dựng chiến lược chuyển tiếp phù hợp và hiệu quả từ lọc máu sang ghép thận nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị toàn diện. Trong vòng 6 tháng sau ghép, tỷ lệ

nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận ở mức tương đối cao, chiếm 58,3%. Đáng lưu ý, tỷ lệ mắc cao nhất được ghi nhận trong tháng đầu tiên sau ghép (66,7%), cho thấy đây là giai đoạn có nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt cao, cần được theo dõi sát sao và xem xét áp dụng các biện pháp dự phòng tích cực. Vi khuẩn Gram âm, đặc biệt là *Escherichia coli*, là nguyên nhân chủ yếu gây nhiễm khuẩn tiết niệu, phù hợp với nhiều nghiên cứu ghi nhận sự chiếm ưu thế của vi khuẩn này ở bệnh nhân ghép thận [2], [3].

Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ nhiễm trùng (64,3% ở nhóm có nhiễm so với 20,0% ở nhóm không nhiễm; $p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy các rối loạn niệu quản – bàng quang sau ghép có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn do ứ đọng nước tiểu, đặt ống thông kéo dài hoặc can thiệp tiết niệu nhiều lần [10]. Các yếu tố khác như giới tính, tuổi, chỉ số BMI, thời gian lọc máu trước ghép và nguyên nhân suy thận không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Điều này cho thấy, trong quần thể nghiên cứu, các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng chung không có ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu sau ghép, trong khi yếu tố liên quan trực tiếp đến hệ tiết niệu lại đóng vai trò then chốt. Do đó, cần tăng cường theo dõi và xử trí sớm các biến chứng tiết niệu trong giai đoạn hậu phẫu để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng, góp phần cải thiện kết quả sau ghép thận.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng thường gặp sau ghép thận, đặc biệt trong tháng đầu tiên, với tỷ lệ 58,3%. Biến chứng tiết niệu là yếu tố nguy cơ duy nhất có ý nghĩa thống kê liên quan đến nhiễm trùng. Các yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng khác không có mối liên quan rõ rệt. Việc phát hiện sớm và xử trí kịp thời các bất thường tiết niệu có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện kết quả sau ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fontserè S, Chacón N and Cordero E (2017).

- Review of Bacterial Urinary Tract Infection in Kidney Transplant Recipients: Incidence, Risk Factors and Impact on the Graft Survival.
2. **Hieu H.T. và Sy B.T.** (2022). Incidence and risk factors for urinary tract infection in the first year after kidney transplantation at 108 Military Central Hospital, Vietnam. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*.
 3. **Hosseinpour M., Pezeshgi A., Mahdiabadi M.Z. và cộng sự.** (2023). Prevalence and risk factors of urinary tract infection in kidney recipients: a meta-analysis study. *BMC Nephrol*, 24, 284.
 4. **Pinchera B., Trucillo E., D'Agostino A. và cộng sự.** (2024). Urinary Tract Infections in Kidney Transplant Patients: An Open Challenge—Update on Epidemiology, Risk Factors and Management. *Microorganisms*, 12(11), 2217.
 5. **Pinchera B., Carraro R., Schettino E. và cộng sự.** (2025). Urinary tract infections in kidney transplant patients admitted to hospital: A real-life experience. *World Journal of Transplantation*, 15(2).
 6. **Merion R.M., Goodrich N.P., Johnson R.J. và cộng sự.** (2018). Kidney transplant graft outcomes in 379 257 recipients on 3 continents. *American Journal of Transplantation*, 18(8), 1914–1923.
 7. **Biabani F., Rahmani A., MahmudiRad G. và cộng sự.** (2023). Reasons for kidney transplant refusal among patients receiving peritoneal dialysis: A qualitative study. *Perit Dial Int*, 43(5), 395–401.
 8. **Olenski S., Scuderi C., Choo A. và cộng sự.** (2019). Urinary tract infections in renal transplant recipients at a quaternary care centre in Australia. *BMC Nephrol*, 20(1), 479.
 9. **Patel P., Rebollo-Mesa I., Ryan E. và cộng sự.** (2017). Prophylactic Ureteric Stents in Renal Transplant Recipients: A Multicenter Randomized Controlled Trial of Early Versus Late Removal. *American Journal of Transplantation*, 17(8), 2129–2138.
 10. **Naylor K., McKenzie S., Garg A. và cộng sự.** (2022). Partnering with Patients to Enhance Access to Kidney Transplantation and Living Kidney Donation. *hcg*, 24(SP), 69–73.

SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM ĐÀN HỒI 5-POINT VÀ 4-POINT TRONG PHÂN BIỆT LÀNH VÀ ÁC TÍNH CỦA U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

Trần Văn Quốc Việt¹, Lê Trọng Khoan¹, Hồ Xuân Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Siêu âm đàn hồi là công cụ hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán phân biệt các u tuyến nước bọt. Hiện nay, hiệu quả của hai thang điểm 5-point và 4-point trong phân biệt u lành tính và ác tính tuyến nước bọt mang tai vẫn còn tranh luận. **Mục tiêu:** So sánh thang điểm đàn hồi 5-point và 4-point trong đánh giá u tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 34 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 06/2023 đến 10/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $57,38 \pm 12,94$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 1. Đánh giá phân loại u, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ác tính là 14,7%, tỷ lệ lành tính là 85,3%. Trong nhóm lành tính, u Warthin chiếm ưu thế với 35,3%. Nghiên cứu cho thấy thang điểm 4-point có độ phân định tổn thương lành tính và ác tính với AUC = 0,7 cao hơn so với thang Tsukuba 5-point với AUC = 0,64. Ngoài ra, thang 4-point tại điểm cắt 2,5 điểm giúp phân biệt tổn thương lành tính và ác tính có độ đặc hiệu cao hơn so với thang 5-point, lần lượt là 93% so với 83% và giá trị

tiên đoán âm cao tương đương (khoảng 90%). Tuy nhiên, độ nhạy và giá trị tiên đoán dương của cả hai thang điểm đều thấp. **Kết luận:** Thang điểm siêu âm đàn hồi 4 mức có khả năng phân biệt u lành và ác tuyến mang tai tốt hơn thang Tsukuba 5 mức, đặc biệt ở độ đặc hiệu. Tuy nhiên, do độ nhạy thấp, kỹ thuật này nên được sử dụng như phương pháp bổ trợ, không thay thế cho chẩn đoán giải phẫu bệnh.

Từ khóa: siêu âm đàn hồi, thang 5-point, thang 4-point, ác tính, u tuyến nước bọt mang tai.

SUMMARY

COMPARISON OF THE DIAGNOSTIC VALUE OF THE 5-POINT AND 4-POINT ELASTOGRAPHY SCORING SYSTEMS IN DIFFERENTIATING BENIGN FROM MALIGNANT PAROTID GLAND TUMORS

Background: Ultrasound elastography is an important adjunctive tool in the differential diagnosis of salivary gland tumors. Currently, the effectiveness of the 5-point and 4-point scoring systems in distinguishing benign from malignant parotid gland tumors remains a subject of debate. **Objectives:** To compare the 5-point and 4-point elastography scoring systems in differentiating benign and malignant characteristics of parotid gland tumors. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive-analytic study conducted on 34 patients with parotid gland tumors who underwent surgery and had histopathological confirmation at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2023 to

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

²Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Xuân Tuấn

Email: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025