

2. **Bray, F., M. Laversanne, H. Sung et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 74, 229-263 (2024). <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
3. **Chen, M., Y. Ma, Y. W. Song et al.** Survival outcomes of different neoadjuvant treatment regimens in patients with locally advanced rectal cancer and MRI-detected extramural venous invasion. *Cancer Med* 12, 20523-20537 (2023). <https://doi.org/10.1002/cam4.6625>
4. **Conroy, T., J. F. Bosset, P. L. Etienne et al.** Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 22, 702-715 (2021). [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00079-6)
5. **Conroy, T., F. Castan, P. L. Etienne et al.** Total neoadjuvant therapy with mFOLFIRINOX versus preoperative chemoradiotherapy in patients with locally advanced rectal cancer: long-term results of the UNICANCER-PRODIGE 23 trial. *Ann Oncol* 35, 873-881 (2024). <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.06.019>
6. **Dijkstra, E. A., P. J. Nilsson, G. A. P. Hospers et al.** Locoregional Failure During and After Short-course Radiotherapy Followed by Chemotherapy and Surgery Compared With Long-course Chemoradiotherapy and Surgery: A 5-Year Follow-up of the RAPIDO Trial. *Ann Surg* 278, e766-e772 (2023). <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005799>
7. **Sainato, A., V. Cernusco Luna Nunzia, V. Valentini et al.** No benefit of adjuvant Fluorouracil Leucovorin chemotherapy after neoadjuvant chemoradiotherapy in locally advanced cancer of the rectum (LARC): Long term results of a randomized trial (I-CNR-RT). *Radiother Oncol* 113, 223-229 (2014). <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2014.10.006>
8. **Sugumar, Kavin, Jessica Jin Lie, Chee-Chee Stucky et al.** Pathologic Complete Response and Survival in Rectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open* 8, e2521197-e2521197 (2025). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.21197>
9. **Siddiqui, M. R. S., C. Simillis, C. Hunter et al.** A meta-analysis comparing the risk of metastases in patients with rectal cancer and MRI-detected extramural vascular invasion (mrEMVI) vs mrEMVI-negative cases. *Br J Cancer* 116, 1513-1519 (2017). <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.99>
10. **van Gijn, W., C. A. Marijnen, I. D. Nagtegaal et al.** Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial. *Lancet Oncol* 12, 575-582 (2011). [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70097-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70097-3)

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI KHOA CẤP CỨU VÀ HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Tiến Quân^{1,3}, Phạm Thị Tuyết Dung², Hoàng Bùi Hải^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2022 – 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi thở máy trên 48 giờ điều trị tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/04/2022 đến 31/04/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 127 bệnh nhân thở máy xâm nhập, trong đó có 68 bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy (VAP), chiếm tỷ lệ 53,5%; với tần suất 44,8/1.000 ngày thở máy. Đặc điểm lâm sàng cho thấy đa số bệnh nhân có điểm Glasgow từ 13–15 chiếm 66,2%, bạch cầu >10 G/L ở 55,9%, và nồng độ Procalcitonin >2 ng/ml ở 41,2%. Về căn nguyên vi khuẩn, *Acinetobacter baumannii* (36,8%), *Klebsiella*

pneumoniae (29,4%) và *Pseudomonas aeruginosa* (14,7%) là các tác nhân chính gây bệnh. Thời gian thở máy trung bình của bệnh nhân VAP là 12,49 ± 6,47 ngày (5–31 ngày), thời gian nằm ICU 17,04 ± 9,03 ngày (5–43 ngày). Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau chẩn đoán VAP là 35,3%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy VAP vẫn là biến chứng thường gặp và nặng nề ở bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực. Các vi khuẩn Gram âm đa kháng, đặc biệt là *A. baumannii* và *K. pneumoniae*, chiếm tỷ lệ cao trong căn nguyên gây bệnh. Thời gian thở máy, nằm ICU và nằm viện của nhóm VAP đều kéo dài đáng kể, đi kèm với tỷ lệ tử vong 30 ngày còn ở mức cao (35,3%).

Từ khóa: Viêm phổi liên quan đến thở máy, căn nguyên vi khuẩn, thời gian thở máy, tỷ lệ tử vong

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN THE EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment results of ventilator-associated pneumonia (VAP) in the Emergency and Intensive Care Department of Hanoi Medical University Hospital during 2022–2024.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

Methods: This was a descriptive study. All patients aged over 18 years who received mechanical ventilation for more than 48 hours at the Emergency and Intensive Care Department of Hanoi Medical University Hospital between April 1, 2022, and April 31, 2024, were included. **Results:** A total of 127 patients underwent invasive mechanical ventilation, of whom 68 developed ventilator-associated pneumonia (VAP), accounting for 53.5%, with an incidence rate of 44.8 per 1,000 ventilator days. Clinically, most patients had a Glasgow Coma Scale score of 13–15 (66.2%); leukocytosis (>10 G/L) was observed in 55.9%, and procalcitonin levels >2 ng/mL in 41.2%. The main causative pathogens were *Acinetobacter baumannii* (36.8%), *Klebsiella pneumoniae* (29.4%), and *Pseudomonas aeruginosa* (14.7%). The mean duration of mechanical ventilation among VAP patients was 12.49 ± 6.47 days (range 5–31), and the mean ICU length of stay was 17.04 ± 9.03 days (range 5–43). The 30-day mortality rate following VAP diagnosis was 35.3%. **Conclusion:** VAP remains a frequent and serious complication in mechanically ventilated patients in the ICU. Multidrug-resistant Gram-negative bacteria, particularly *A. baumannii* and *K. pneumoniae*, were the leading pathogens. Patients with VAP required significantly longer durations of mechanical ventilation and ICU stay, and the 30-day mortality rate remained high at 35.3%.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, mechanical ventilation, intensive care, multidrug-resistant bacteria, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VAP) là viêm phổi xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi bệnh nhân được đặt nội khí quản. VAP là một trong những bệnh nhiễm trùng bệnh viện phổ biến và nghiêm trọng nhất tại các khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 10% đến 40%, phụ thuộc vào cơ sở y tế và phương pháp nghiên cứu¹. VAP không chỉ làm tăng đáng kể thời gian nằm viện, thời gian thở máy, chi phí điều trị mà đặc biệt nó làm tăng tỷ lệ tử vong, dao động từ 20% đến 50%, cao hơn rõ rệt so với những bệnh nhân không bị VAP².

Các nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy tỉ lệ VAP, tác nhân gây bệnh và kết cục điều trị VAP là không giống nhau giữa các quốc gia. Ngay trong một khu vực địa lý thì cũng có sự khác nhau giữa các cơ sở điều trị và ngày càng xuất hiện các chủng vi khuẩn đề kháng và đa kháng kháng sinh. Do vậy Việc hiểu rõ đặc điểm dịch tễ, căn nguyên vi sinh và kết quả điều trị VAP ở từng đơn vị y tế là điều kiện tiên quyết để xây dựng chiến lược phòng ngừa và điều trị hiệu quả.

Tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, VAP là một vấn đề đáng quan tâm do tần suất sử dụng máy thở cao và số lượng bệnh nhân nặng nhiều. Tuy nhiên, cho

đến nay vẫn chưa có nghiên cứu đầy đủ và cập nhật về tình hình VAP tại đơn vị này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu, nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2022 – 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân thở máy điều trị tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/04/2022 đến 31/04/2024

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Tất cả bệnh nhân điều trị tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực bệnh viện Đại học y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn 2 tiêu chí sau:

- Tuổi: Người bệnh trên 18 tuổi.
- Người bệnh được thở máy xâm nhập qua NKQ hoặc MKQ trên 48 giờ

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân được đặt nội khí quản ở tuyến trước.

- Bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi từ trước khi thở máy khi nhập khoa qua thu thập các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, trên hồ sơ bệnh án: Sốt, đau ngực, khó thở, ho đờm tăng lên, tăng bạch cầu, phim X-Quang có thâm nhiễm phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả - hồi cứu

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành từ 01/04/2022 đến 31/04/2024.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC thở máy tiền lượng 48 giờ đều được lập phiếu điều tra bao gồm khai thác tiền sử, bệnh sử, xác định nguyên nhân và chẩn đoán bệnh, xác định nguyên nhân đặt ống NKQ và thở máy, cài đặt thông số máy thở tùy theo bệnh lý, làm các xét nghiệm thường quy theo phác đồ tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện đại học Y Hà Nội kèm đánh giá tình trạng lâm sàng như mạch, nhiệt độ, huyết áp, SpO₂, khí máu động mạch, điểm SOFA...

Tại thời điểm 48 giờ thở máy, chúng tôi tiến hành đánh giá lại. Nếu bệnh nhân có viêm phổi thì loại khỏi nghiên cứu. Các bệnh nhân không có viêm phổi tại thời điểm 48 giờ được đưa vào nghiên cứu. Khi có nghi ngờ viêm phổi thì tiến hành cho bệnh nhân làm xét nghiệm thường quy và làm thêm xét nghiệm procalcitonin, lấy đờm cấy khuẩn và kháng sinh đồ, xác định chẩn đoán VAP.

Ghi nhận một số yếu tố nguy cơ VAP, kết quả cấy khuẩn, kháng sinh đồ, các biện pháp

điều trị và kết quả điều trị.

2.2.5. Một số tiêu chuẩn trong nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán VAP

1: Các triệu chứng xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi được thở máy (qua ống nội khí quản hoặc qua canulla mở khí quản).

2: Các triệu chứng xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi được thở máy (qua ống nội khí quản hoặc qua canulla mở khí quản) X.quang phổi: tổn thương mới hoặc tiến triển kéo dài trên 48 giờ kèm theo 2 trong các dấu hiệu sau:

- Nhiệt độ $>38,3^{\circ}\text{C}$ hoặc $<35^{\circ}\text{C}$
- Bạch cầu $>10000/\text{mm}^3$, hoặc $<4000/\text{mm}^3$
- Đờm đục hoặc thay đổi tính chất đờm
- Nuôi cấy đờm hoặc dịch phế quản dương tính.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê. Thống kê mô tả các biến số nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy. Nghiên cứu thực hiện trong thời gian từ 01/04/2023 đến 31/04/2024, trong thời gian nghiên cứu có 127 bệnh nhân thở máy xâm nhập, trong đó có 68 bệnh nhân viêm phổi thở máy được lấy vào nghiên cứu, với tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 73,5%, tuổi trung bình trong nghiên cứu là $69 \pm 14,217$ tuổi, độ tuổi dao động từ 24 đến 93 tuổi

Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy là 53,5%

Tần suất viêm phổi liên quan đến thở máy là 44,8 ca/1000 ngày thở máy.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy

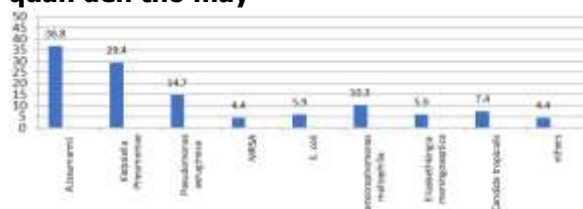
Đặc điểm lâm sàng	Người bệnh (n=68)
Đặc điểm tiền sử	
Tăng huyết áp	33 (48,5%)
Đái tháo đường	14 (20,6%)
Suy tim	11 (16,2%)
COPD	9 (13,2%)
Ung thư	6 (8,8%)
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	
Điểm GCS	n(%)
Từ 13 đến 15	45 (66,2%)
Từ 9 đến 12	19 (27,9%)
Dưới 8	4 (5,9%)
Số lượng bạch cầu (G/L)	n(%)
<4	5 (7,4%)
4-10	25 (36,8%)
>10	38 (55,9%)
Nồng độ Pro-calcitonin (ng/ml)	n(%)
$<0,5$	21 (30,9%)

0,5-2	17 (25%)
>2	28 (41,2%)

Nhận xét: - Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 48,5%, đái tháo đường và suy tim cũng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 20,6% và 16,2

- Đa số bệnh nhân VAP có điểm Glasgow từ 13-15 (66,2%), trong khi chỉ 5,9% có điểm dưới 8. Về bạch cầu, nhóm tăng cao >10 G/L chiếm tỷ lệ lớn nhất (55,9%). Tương ứng với nồng độ Procalcitonin thì nhóm có chỉ số Procalcitonin >2 ng/ml ghi nhận ở mức cao với 41,2% bệnh nhân.

3.3. Một số tác nhân viêm phổi liên quan đến thở máy



Biểu đồ 3.1. Tác nhân viêm phổi liên quan tới thở máy

Trong 68 bệnh nhân VAP được chọn vào nghiên cứu thì 36,8% bệnh nhân có kết quả cấy đờm dương tính với A.Baumannii. Các tác nhân thường gặp kế tiếp là Klebsiella Pneumoniae và Pseudomonas aeruginosa với tỷ lệ tương ứng là 29,4% và 14,7%.

Các tác nhân khác gồm E.coli (10,3%), Stenotrophomonas maltophilia (5,9%), Elizabethkingia meningoseptica (5,9%), Candida tropicalis (7,4%) và một số vi sinh vật khác (4,4%).

3.4. Kết quả điều trị viêm phổi thở máy

Bảng 3.2. Kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy

	Trung bình $\pm$ SD	Nhỏ nhất-Lớn nhất
Thời gian thở máy (ngày)	12,49 $\pm$ 6,47	5-31
Thời gian nằm ICU (ngày)	17,04 $\pm$ 9,03	5-43
Thời gian nằm viện (ngày)	18,76 $\pm$ 10,69	5-59
Tỷ lệ tử vong	n(%)	
Tử vong trong 30 ngày	24 (35,3%)	

Nhận xét: Nhìn chung, bệnh nhân VAP có thời gian thở máy và thời gian nằm hồi sức khá dài (trung bình lần lượt 12,5 và 17 ngày), kéo theo thời gian nằm viện trung bình gần 19 ngày. Đáng chú ý, tỷ lệ tử vong vẫn ở mức cao, chiếm hơn một phần ba số ca (35,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh. Nghiên cứu về VAP không phải là một đề tài mới ở Việt Nam và trên thế giới. Tuy nhiên, các khuyến cáo điều trị VAP đều nhấn mạnh đến vai trò của dữ liệu dịch

tế học tại từng đơn vị và theo từng năm.^{3,4} Chính vì vậy đây là đề tài này là đặc biệt cần thiết, nhất là ở các bệnh viện có tần suất sử dụng máy thở cao và số lượng bệnh nhân nặng nhiều như bệnh viện đại học Y Hà Nội.

Tỉ lệ VAP trong nghiên cứu này là 53,5%, đây là một tỉ lệ rất cao, với tần suất là 44,8 ca/1000ngày thở máy. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn cũng được tiến hành trong năm 2024 với tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy là 50,7%.⁵ Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, nơi ghi nhận tỷ lệ VAP 63,64% và tần suất 56,68 ca/1.000 ngày thở máy⁶. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc thù đối tượng nghiên cứu, khi nhóm bệnh nhân bỏng nặng tại Viện Bông có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn đáng kể so với các nhóm bệnh nhân thông thường.

Ở các nước phát triển, đặc biệt là tại Mỹ, nhờ việc tuân thủ nghiêm ngặt các gói can thiệp dự phòng (bundle) theo khuyến cáo của CDC và IDSA, tỷ lệ mắc VAP đã giảm đáng kể trong hai thập kỷ qua. Một báo cáo của National Healthcare Safety Network (NHSN) Hoa Kỳ năm 2021 cho thấy mật độ VAP trung bình tại ICU người lớn là 1,1 ca/1.000 ngày thở máy⁷, thấp hơn đáng kể so với các quốc gia thu nhập trung bình và thấp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Về xét nghiệm nhiễm trùng, chúng tôi ghi nhận 55,9% bệnh nhân có bạch cầu >10 G/L và 41,4% bệnh nhân có chỉ số Pro-calcitonin >2, khá tương đồng với nghiên cứu về đặc điểm của VAP tại khoa ICU tỉnh Vĩnh Phúc năm 2023 với tỷ lệ bệnh nhân có WBC >10 và định lượng Pro-calcitonin >2 lần lượt là 63,6 và 30,3%.

Về đặc điểm vi khuẩn gây VAP, trong nghiên cứu của chúng tôi tác nhân gây VAP nhiều nhất là nhóm vi khuẩn gram âm đa kháng, trong đó chiếm phần lớn là *Acinetobacter Baumannii* với tỷ lệ 36,8%, tiếp theo là *Klebsiella Pneumoniae* và *Pseudomonas aeruginosa* với tỷ lệ lần lượt là 29,4 và 14,7%. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu về tác nhân gây VAP tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc do tại đây cũng ghi nhận chủng *Acinetobacter baumannii* được nuôi cấy dương tính ở 40% các bệnh nhân VAP.⁵

Trong khi đó nghiên cứu tiền cứu tại ICU của Bệnh viện Bạch Mai (2015–2017), thì *Acinetobacter baumannii* còn chiếm tỷ lệ áp đảo so với các căn nguyên khác, lên tới 67,2%⁸. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm dịch tễ vi khuẩn tại từng bệnh viện, cũng như mức độ nặng và thời gian nằm viện của bệnh

nhân. Bệnh viện Bạch Mai là cơ sở tuyến trung ương, tiếp nhận nhiều ca bệnh nặng, nằm hồi sức kéo dài, dễ dẫn đến tình trạng *Acinetobacter baumannii* đa kháng chiếm ưu thế

4.3. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thở máy trung bình ở bệnh nhân VAP là $12,49 \pm 6,47$ ngày, thời gian nằm hồi sức tích cực (ICU) trung bình $17,04 \pm 9,03$ ngày và thời gian nằm viện trung bình $18,76 \pm 10,69$ ngày (5–59 ngày). Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 35,3%. Khi so sánh với nghiên cứu của Hayakawa và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai (2023), thời gian nằm ICU sau khi chẩn đoán VAP ngắn hơn đáng kể, với trung vị 8 ngày (IQR 2–15 ngày), trong khi tỷ lệ tử vong trong 30 ngày lại cao hơn, đạt 59,3%.⁸ Điều này cho thấy mặc dù bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian điều trị hồi sức kéo dài hơn, song tỷ lệ tử vong lại thấp hơn so với Bạch Mai.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy VAP vẫn là biến chứng thường gặp và nặng nề ở bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực. Các vi khuẩn Gram âm đa kháng, đặc biệt là *A. baumannii* và *K. pneumoniae*, chiếm tỷ lệ cao trong căn nguyên gây bệnh. Thời gian thở máy, nằm hồi sức tích cực và nằm viện của nhóm VAP đều kéo dài đáng kể, đi kèm với tỷ lệ tử vong 30 ngày còn ở mức cao (35,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li W, Cai J, Ding L, Chen Y, Wang X, Xu H. Incidence and risk factors of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Thoracic Disease*. 2024;16(9). doi:10.21037/jtd-24-150
2. Hortal J, Giannella M, Pérez MJ, et al. Incidence and risk factors for ventilator-associated pneumonia after major heart surgery. *Intensive Care Med*. 2009;35(9):1518-1525. doi:10.1007/s00134-009-1523-3
3. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis*. 2016;63(5):e61-e111. doi:10.1093/cid/ciw353
4. Koenig SM, Truitt JD. Ventilator-associated pneumonia: diagnosis, treatment, and prevention. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19(4):637-657. doi:10.1128/CMR.00051-05
5. Trần Hoài Linh, Nguyễn Thị Bảo Liên, Nguyễn Văn Quỳnh, Đặng Quốc Tuấn. Tình hình viêm phổi liên quan thở máy tại Khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Vietnam Medical Journal*. 2024;544(1). doi:10.51298/vmj.v544i1.11759
6. Trần Thị Dịu Hiền, Nguyễn Hải An, Trần

Đình Hùng, Ngô Tuấn Hưng. Khảo sát tần suất mắc và kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân bỏng nặng tại Khoa hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác. Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng, 4, 53-60. <https://jbdmp.vn/index.php/yhthvb/article/view/136>

7. **Rosenthal VD, Memish ZA, Bearman G.** Preventing ventilator-associated pneumonia: A

position paper of the International Society for Infectious Diseases, 2024 update. Int J Infect Dis. 2025;151:107305. doi:10.1016/j.ijid.2024.107305

8. **Hayakawa K, Binh NG, Co DX, et al.** Clinical and microbiological evaluation of ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit in Vietnam. Infect Prev Pract. 2023;5(4):100318. doi:10.1016/j.infpip.2023.100318

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Sơn Tùng¹, Lê Thị Phụng¹, Võ Quốc Hoàn²

TÓM TẮT

Mục Tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ung thư bàng quang nông tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. (2) Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 60 bệnh nhân ung thư bàng quang nông được phẫu thuật bằng nội soi cắt u qua niệu đạo từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023 tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là $59,6 \pm 11,35$; phần lớn đối tượng là nam giới (47/60) chiếm 78,3%; nữ giới chiếm 21,7%. Triệu chứng tiểu máu gặp nhiều nhất 65,0%, 20,0% đau bụng hạ vị, 10% tiểu buốt; 13,2% không có triệu chứng. Bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 58,3%. Bệnh nhân có kích thước u trên 3cm chiếm 26,7%. Vị trí u hay gặp nhất là thành bên bàng quang chiếm 38,3%. Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 75,0%. Chủ yếu ở giai đoạn T1 (85,0%); 11,7% Ta, 3,3% Tis. Sau phẫu thuật: 95,0% bệnh nhân không gặp biến chứng. 80,0% bệnh nhân không tái phát; 20,0% bệnh nhân tái phát sau điều trị. Thời gian tái phát trung bình là $17,25 \pm 8,66$ tháng. Thời gian sống không u trung bình $33,07 \pm 1,13$ tháng.

Từ khóa: ung thư bàng quang

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: (1) Describe some clinical and paraclinical characteristics of non-muscle invasive bladder cancer patients treated at Hanoi Oncology Hospital. (2) Evaluate results of treatment for non-

muscle invasive bladder cancer at Hanoi Oncology Hospital. **Methods:** a cross-sectional study was conducted on 60 patients diagnosed non-muscle invasive bladder who underwent transurethral resection of tumors from January 2018 to December 2023 at Hanoi Oncology Hospital. **Results:** The mean age of the study group was 59.6 ± 11.35 years; most of the subjects were male (47/60) accounting for 78.3%; female accounting for 21.7%. The most common symptom was hematuria (65,0%), lower abdominal pain (20,0%), painful urination (10%); 13,2% had no symptoms. Patients with a tumor accounted for 58.3%. 26.7% of patients had a tumor size greater than 3cm. The most common tumor location was the lateral bladder wall accounting for 38.3%. Most of the subjects had low histological grade (75,0%). Mainly in stage T1 (85,0%); 11,7% Ta, 3,3% Tis. After surgery: 95,0% of patients had no complications. 80,0% of patients had no recurrence; 20,0% of patients had recurrence after treatment. Average recurrence time was $17,25 \pm 8,66$ month.

Keywords: bladder cancer

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là một tình trạng bệnh lý ác tính đường tiết niệu thường gặp. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với độ tuổi thường gặp từ 60-70. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ giới. Trên thế giới bệnh lý này đứng thứ 6 trong các loại ung thư thường gặp [1], hàng năm có khoảng hơn 420.000 trường hợp mới mắc [2]. Tỷ lệ mắc loại ung thư này cao ở Bắc Mỹ, đông Địa Trung Hải, phía nam và Tây Âu, một vài vùng ở Bắc Phi, đặc biệt cao nhất ở Ai Cập [3]. Tại Mỹ và Châu Âu, ở lần khám đầu tiên khoảng 70% là u bàng quang nông. Ở Việt nam, ung thư bàng quang chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh lý ung thư đường tiết niệu. Ung thư bàng quang chiếm tỷ lệ khoảng 2% trong tổng số các loại ung thư [4]. Bệnh nhân thường đến khám muộn nên tỷ lệ u xâm lấn thường cao hơn. Điều trị UTBQ giai đoạn sớm cơ bản là phẫu thuật cắt bỏ u hoặc cắt bàng quang. Điều trị ung thư bàng quang nông phải đạt được 3 mục tiêu:

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Phụng

Email: lephuong199@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025