

bệnh nặng, tỷ lệ bệnh kèm cao và phần lớn nguyên nhân là viêm phổi nặng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển tại Trung tâm Cấp cứu A9 và Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tuổi, điểm CCI và SOFA cao có liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ARDS. SOFA là yếu tố dự báo tử vong độc lập, có ý nghĩa thống kê. CCI có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn. Kết quả gợi ý nên kết hợp đánh giá SOFA cùng các chỉ số bệnh lý nền như CCI để dự báo tiên lượng và hỗ trợ quyết định lâm sàng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bellani G., Laffey JG., Pham T. et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. JAMA, 2016; 315(8), 788800.
2. Zambon M, Vincent JL, Mortality rates for patients with acute lung injury/ARDS have decreased over time. PubMed, 2008; 133(5), 1120-7.
3. Chinh L.Q, Manabe T, Son D.N, et al. Clinical epidemiology and mortality on patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) in Vietnam. PLoS One, 2019; 14(8), e0221114.
4. Villar J, Méndez PL, Basaldúa S, et al. A risk tertiles model for predicting mortality in patients with acute respiratory distress syndrome: Age, plateau pressure, and PaO₂/ FiO₂ at ARDS onset can predict mortality. Pubmed, 2011; 56(4), 420-8.
5. Katsutoshi and colleagues. The Effect of Comorbidity on the Prognosis of Acute Lung Injury and Acute Respiratory Distress Syndrome, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, 2012; 51(14):1835-40.
6. Kuo-Chin Kao and colleagues. Survival predictors in elderly patients with acute respiratory distress syndrome: a prospective observational cohort study. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, 2018; 8(1):13459.
7. Co Xuân Dao, Tuan Quốc Dang, Chinh Quốc Luong, et al. Predictive validity of the sequential organ failure assessment score for mortality in patients with acute respiratory distress syndrome in Viet Nam, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, 2025, 15(1):7406.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI ĐỒNG NHIỄM Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Trần Đức Anh¹, Nguyễn Bích Hoàng², Nguyễn Thị Thu Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, sử dụng kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi đồng nhiễm ở trẻ em từ 2 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 371 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi, điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Bệnh nhân được chia thành các nhóm đồng nhiễm Virus-Virus (VV), Vi khuẩn-Vi khuẩn (VK-VK), và Virus-Vi khuẩn (VR-VK). Chúng tôi đã thu thập và phân tích các dữ liệu về nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, và đặc điểm điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $16,8 \pm 13,4$ tháng. Nhóm tuổi từ 2 đến dưới 36 tháng chiếm đa số (89,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,33/1. Tỷ lệ đồng nhiễm của trẻ là 30,2%, đồng nhiễm VR-VK là hình thái phổ biến nhất trong tất cả các mùa. Về lâm sàng, triệu chứng ran rạc xuất hiện ở nhóm đồng nhiễm VR-VK cao hơn đáng kể so với các nhóm còn lại ($p=0,025$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các

triệu chứng thở nhanh, chảy mũi, hay khò khè giữa các nhóm. Về điều trị, 19,4% bệnh nhân trong nhóm VR-VK có thời gian điều trị kéo dài trên 10 ngày, trong khi không có trường hợp nào trong các nhóm khác cần điều trị dài ngày như vậy. **Kết luận:** Đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn là dạng phổ biến nhất và có biểu hiện lâm sàng nặng hơn so với các nhóm đồng nhiễm khác, thể hiện qua tỷ lệ ran rạc cao hơn và thời gian điều trị kéo dài hơn. Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán chính xác các tác nhân gây bệnh để có chiến lược điều trị phù hợp. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, đồng nhiễm, trẻ em, lâm sàng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF CO-INFECTION PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics, antibiotic use, and treatment outcomes of co-infection pneumonia in children aged 2 to 60 months at Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 371 pediatric patients diagnosed with pneumonia, treated at the Pediatric Center, Thai Nguyen Central Hospital. Patients were divided into Virus-Virus (VV), Bacteria-Bacteria (BB), and Virus-Bacteria (VB) co-infection groups. We collected and analyzed data on demographics, clinical symptoms, and treatment

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trần Đức Anh

Email: ducanhtump@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

characteristics. **Results:** The mean age of the subjects was 16.8 ± 13.4 months. The 2 to <36 months age group constituted the majority (89.3%). The male/female ratio was 1.33/1. The co-infection rate among children was 30.2%, with VB co-infection being the most common type across all seasons. Clinically, rhonchi were significantly more frequent in the VB co-infection group compared to other groups ($p=0.025$). There were no statistically significant differences in the symptoms of tachypnea, rhinorrhea, or wheezing among the groups. Regarding treatment, 19.4% of patients in the VB group had a treatment duration of over 10 days, while no cases in the other groups required such prolonged treatment. **Conclusion:** Virus-Bacteria co-infection is the most common type and presents with more severe clinical manifestations compared to other co-infection groups, as indicated by a higher rate of rhonchi and longer treatment duration. This finding highlights the importance of accurate pathogen identification for appropriate treatment strategies.

Keywords: Community-acquired pneumonia, co-infection, children, clinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong ở trẻ em, đặc biệt là ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi. Viêm phổi do đồng nhiễm virus và vi khuẩn hiện nay khá phổ biến nhờ kết hợp các xét nghiệm vi sinh truyền thống và kỹ thuật vi sinh phân tử qua việc áp dụng xét nghiệm PCR mẫu bệnh phẩm. Các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam và trên thế giới đã chỉ ra tỷ lệ đồng nhiễm rất cao trong VPCĐ.

Một nghiên cứu trên bệnh nhân người lớn cho thấy 62% trường hợp xác định được căn nguyên, trong đó có 16,2% là đồng nhiễm hai loại vi khuẩn hoặc virus-vi khuẩn. Ở trẻ em, tỷ lệ này còn cao hơn; một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm virus-vi khuẩn lên đến 68,8% trong các ca viêm phổi nặng. Tình trạng đồng nhiễm được cho là làm tăng mức độ nghiêm trọng của bệnh, dẫn đến tiên lượng xấu hơn và kéo dài thời gian điều trị.

Mặc dù vai trò của đồng nhiễm đã được công nhận, sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị giữa các loại hình đồng nhiễm khác nhau (Virus-Virus, Vi khuẩn-Vi khuẩn, và Virus-Vi khuẩn) vẫn chưa có nhiều nghiên cứu để làm rõ. Nghiên cứu vấn đề này có thể giúp các bác sĩ lâm sàng tiên lượng bệnh tốt hơn và đưa ra quyết định điều trị kháng sinh phù hợp hơn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, sử dụng kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi đồng nhiễm ở trẻ em từ 2 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng, điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Chẩn đoán đồng nhiễm được xác định dựa trên kết quả cấy dịch tỵ hầu, và test virus phát hiện tác nhân gây bệnh. Đối tượng được chia thành 3 nhóm đồng nhiễm:

- Nhóm đồng nhiễm Virus-Virus (VR-VR): Phát hiện từ hai loại virus trở lên.

- Nhóm đồng nhiễm Vi khuẩn-Vi khuẩn (VK-VK): Phát hiện từ hai loại vi khuẩn trở lên.

- Nhóm đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn (VR-VK): Phát hiện ít nhất một virus và một vi khuẩn.

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

Phương pháp thu thập số liệu: Các thông tin về nhân khẩu học, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng khi nhập viện, và các dữ liệu về điều trị (sử dụng kháng sinh, thời gian nằm viện) được thu thập từ bệnh án điện tử và điền vào mẫu phiếu nghiên cứu được thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Phép kiểm Chi-bình phương (Chi-square) được sử dụng để so sánh các tỷ lệ. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính và tuổi của đối tượng (N=371)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình theo tháng ($\bar{X} \pm SD$)		$16,8 \pm 13,4$ (min:2, max:60)	
Nhóm tuổi	Từ 2 đến <12 tháng	169	45,6
	Từ 12 đến <36 tháng	162	43,7
	Từ 36 đến 60 tháng	40	10,8
Giới tính	Nam	212	57,1
	Nữ	159	42,9
Chẩn đoán	Đơn nhiễm	259	69,8
	Đồng nhiễm	112	30,2
Tổng số		371	100

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của trẻ là $16,8 \pm 13,4$ tháng, dao động từ 2 tháng đến 60 tháng, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi nhỏ. Cụ thể, nhóm từ 2 đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (45,6%), nhóm từ 12 đến dưới 36 tháng (43,7%). Có sự khác nhau về phân bố giữa hai giới trẻ nam (57,1%) cao hơn trẻ nữ (42,9%). Tỷ lệ đồng nhiễm của trẻ là 30,2%.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm nhóm đồng nhiễm theo thời điểm mắc (N=112)

Nhận xét: Các ca đồng nhiễm tập trung chủ yếu vào mùa xuân (41 ca) và mùa hè (37 ca) và giảm vào mùa thu (16 ca) và mùa đông (18 ca). Nhóm đồng nhiễm Virus-Virus và Vi khuẩn-Vi khuẩn chỉ xuất hiện vào mùa xuân và mùa hè, với tỷ lệ thấp và không có trường hợp nào được ghi nhận vào mùa thu và mùa đông.

Bảng 3.3. So sánh triệu chứng lâm sàng của các nhóm đồng nhiễm (N=112)

Nhóm đồng nhiễm		Virus-Virus VK-VK	Virus-VK	p
Triệu chứng lâm sàng	Thở nhanh	3 (33,3%)	44 (42,7%)	0,732
	Không	6 (66,7%)	59 (57,3%)	
Ran ngáy	Có	3 (33,3%)	72 (69,9%)	0,025
	Không	6 (66,7%)	31 (30,1%)	
Chảy mũi	Có	5 (55,6%)	60 (58,3%)	0,875
	Không	4 (44,4%)	43 (41,7%)	
Khò khè	Có	4 (44,4%)	71 (68,9%)	0,154
	Không	5 (55,6%)	32 (31,1%)	
Tổng số		9 (100%)	103 (100%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng Ran ngáy giữa hai nhóm, với giá trị $p=0,025$. Tỷ lệ bệnh nhân có Ran ngáy ở nhóm đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn (77,4%) cao hơn so với nhóm Virus-Virus/Vi khuẩn-Vi khuẩn (37,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với các triệu chứng Thở nhanh ($p=0,732$), Chảy mũi ($p=0,875$), và Khò khè ($p=0,154$).

Bảng 3.4. Đặc điểm sử dụng kháng sinh của nhóm đồng nhiễm (N=112)

Nhóm đồng nhiễm		Virus-Virus VK-VK	Virus-VK	p
Phác đồ kháng sinh	Đơn kháng sinh	3(42,9%)	41(41,4%)	0,618
	Phối hợp kháng sinh	4(57,1%)	58(58,6%)	
Tổng số		7(100%)	99(100%)	

Nhận xét: Nhóm Virus-Vi khuẩn có tỷ lệ phối hợp kháng sinh cao hơn nhóm Virus-Virus và Vi khuẩn-Vi khuẩn. Tuy nhiên, việc sử dụng phối hợp kháng sinh giữa các nhóm đồng nhiễm chưa có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.5. Thời gian điều trị của các nhóm đồng nhiễm (N=112)

Nhóm đồng nhiễm	Virus-Virus VK-VK	Virus-VK
Thời gian điều trị		
Kéo dài trên 10 ngày	0	20 19,4%
Từ 10 ngày trở xuống	9 100%	83 80,6%
Tổng số	9 100%	103 100%

Nhận xét: Nhóm Virus-Virus/Vi khuẩn-Vi khuẩn không có ca nào phải điều trị kéo dài trên 10 ngày. Trong khi đó, nhóm Virus-Vi khuẩn ghi nhận 19,4% các trường hợp phải điều trị kéo dài trên 10 ngày.

IV. BÀN LUẬN

* **Tuổi của đối tượng.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm phổi thường xảy ra ở trẻ rất nhỏ, với độ tuổi trung bình là 16,8 tháng. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trong nước. Nghiên cứu của Trần Tuấn Anh và cộng sự về viêm phổi nặng ở trẻ em cũng ghi nhận nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 2-6 tháng¹. Tương tự, một nghiên cứu khác về viêm phổi do RSV cũng cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là 21 tháng⁴. Trong nghiên cứu của Đặng Thái Bình, độ tuổi trung bình là 16,7 tuổi². Điều này khẳng định rằng trẻ nhỏ, đặc biệt là dưới 3 tuổi, là nhóm đối tượng có nguy cơ cao nhất mắc VPCĐ và các thể bệnh phức tạp như đồng nhiễm.

* **Tỷ lệ đồng nhiễm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đồng nhiễm của trẻ là 30,2% với phát hiện quan trọng là sự phổ biến vượt trội của nhóm đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn (VR-VK) so với các nhóm đồng nhiễm khác vào các mùa trong năm. Tỷ lệ này cũng được ghi nhận ở mức rất cao trong các nghiên cứu khác. Một nghiên cứu về viêm phổi nặng ở trẻ em cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm VK-VR là 68,8%¹, và một nghiên cứu khác trên trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV cũng phát hiện tới 84,9% có đồng nhiễm vi khuẩn⁴. Điều này cho thấy sự tương tác giữa virus và vi khuẩn là một cơ chế bệnh sinh quan trọng trong VPCĐ ở trẻ em, có thể do nhiễm virus ban đầu làm tổn thương hàng rào bảo vệ đường hô hấp, tạo điều kiện cho vi khuẩn bội nhiễm.

* **Đặc điểm lâm sàng.** Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra một dấu hiệu có thể giúp phân biệt nhóm đồng nhiễm VR-VK. Cụ thể, triệu chứng ran ngáy có tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm VR-VK so với các nhóm khác ($p=0,025$). Các nghiên cứu khác cũng mô tả các dấu hiệu lâm sàng nhưng với kết quả khác nhau. Chẳng hạn, một nghiên cứu cho thấy triệu chứng khò

khè và suy hô hấp nặng hơn ở nhóm nhiễm virus đơn thuần so với nhóm nhiễm vi khuẩn, trong khi một nghiên cứu khác về đồng nhiễm RSV và vi khuẩn lại ghi nhận nhóm đồng nhiễm có cả ran ẩm và ran rít nhiều hơn⁶. Hay trong nghiên cứu của Bùi Thu Phương, viêm phổi cộng đồng ở trẻ em có những triệu chứng lâm sàng phổ biến là ho, thở nhanh, sốt, ran ẩm tại phổi⁵. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu và các tác nhân gây bệnh cụ thể khác nhau. Tuy nhiên, phát hiện của chúng tôi về ran ngáy có thể là một gợi ý lâm sàng hữu ích cần được khám phá thêm.

***Điều trị.** Có một kết quả cho thấy mức độ nặng của nhóm đồng nhiễm VR-VK là thời gian điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 20% bệnh nhân nhóm này cần điều trị trên 10 ngày, trong khi không có bệnh nhân nào ở các nhóm đồng nhiễm khác phải nằm viện lâu như vậy. Điều này hoàn toàn phù hợp với các y văn và nghiên cứu cho rằng VPCĐ do đa tác nhân có bệnh cảnh nặng hơn và tiên lượng xấu hơn đơn nhiễm⁷. Thời gian điều trị kéo dài trong nghiên cứu của chúng tôi là một minh chứng thực tế cho thấy gánh nặng bệnh tật lớn hơn ở nhóm đồng nhiễm VR-VK.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình mắc bệnh là 16,8 tháng, tập trung chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi. Đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn là hình thái phổ biến nhất, chiếm đa số các trường hợp trong tất cả các mùa trong năm. Về lâm sàng, triệu chứng ran ngáy có tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác. Nhóm đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn có diễn

tiến bệnh nặng hơn, thể hiện qua 19,4% số ca có thời gian điều trị kéo dài trên 10 ngày.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần có những nghiên cứu tương tự với quy mô lớn hơn để tăng cường tìm nguyên nhân gây viêm phổi, đặc biệt là viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tuấn Anh, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm đồng nhiễm mycoplasma pneumoniae gây viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Tạp chí Y học Việt Nam, 547, 175-178.
2. **Đặng Thái Bình** (2024). "Xác định một số virus trong bệnh viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện nhi Trung Ương", Tạp chí Y học Việt Nam, 537, 125-129.
3. **Lê Thị Hoa, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do virus hợp bào hô hấp đồng nhiễm vi khuẩn ở trẻ em". Vietnam Journal of Community Medicine, 66(1), 290-295.
4. **Đinh Thị Phương Mai, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng nhiễm RSV tại Trung tâm nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai". Tạp chí Y học Việt Nam, 546, 99-103.
5. **Bùi Thu Phương, và cộng sự** (2025). "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Tạp chí Nhi khoa 2025, 18(2), 31-38.
6. **Nguyễn Thị Thu Sương, và cộng sự** (2023). "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và do vi rút trong viêm phổi nặng trẻ em". Tạp chí Nhi khoa, 16(4), 18-28.
7. **Bjornsdottir B, et. al** (2023) "Febrile Children with Pneumonia Have Higher Nasopharyngeal Bacterial Load Than Other Children with Fever". Pathogens, 27;12(4):517

NHẬN XÉT TỶ LỆ DI CĂN HẠCH CHẬU Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Thắng¹, Nguyễn Đức Hà¹,
Đào Minh Hưng¹, Nguyễn Hữu Hoàng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ di căn hạch chậu ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và các yếu tố

liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 445 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn I-IIA được phẫu thuật từ 2020–2024. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch chậu là 15,3%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm: xâm nhập mạch bạch huyết – mạch máu (OR: 13,5; p < 0,001), xâm lấn mô đệm > 5 mm (OR: 4,99; p = 0,001), hạch chậu ≥ 1 cm trên MRI (OR: 6,42; p < 0,001), và giai đoạn ≥ IB2 theo FIGO 2018 (OR: 1,95; p = 0,012). **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch chậu ở ung thư cổ tử cung được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 15,3%. Có các yếu tố tiên lượng nguy cơ di căn hạch chậu bao gồm: xâm nhập mạch (LVSI), kích thước hạch chậu >10 mm trên MRI, và giai đoạn

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hà

Email: bacsiducha@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025