

thường tốt hơn khi đeo kính áp tròng cứng, kính cứng mạc còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận thị lực sau khi chỉnh kính gọng.

Giác mạc hình chóp là một bệnh tiến triển ảnh hưởng đến thị lực mà các phương pháp điều chỉnh thị lực truyền thống không thể điều chỉnh. CXL là phương pháp duy nhất để làm chậm và dừng tiến triển của bệnh, được xem là một bước đột phá trong điều trị bệnh này. Tuy nhiên, gần 2 thập kỷ kể từ khi phương pháp CXL được giới thiệu, vẫn còn nhiều khía cạnh cần được nghiên cứu thêm. Trong khi nhiều nghiên cứu cho thấy tính hiệu quả và an toàn của CXL, vẫn có vài nghiên cứu cho thấy những biến chứng sau CXL như loét giác mạc do nấm và vi trùng hoặc tổn thương giác mạc. Mặc dù những nghiên cứu này phần lớn là các báo cáo ca bệnh (case reports). Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng nào trầm trọng ảnh hưởng đến thị lực, không loét giác mạc hay chậm lành biểu mô giác, chỉ có 7 ca haze giác mạc mức độ 1 cũng không ảnh hưởng đến thị lực bệnh nhân, haze giác mạc sẽ giảm theo thời gian.

## V. KẾT LUẬN

Như vậy sau một năm theo dõi chúng tôi nhận thấy phương pháp CrossLinking trên bệnh nhân giác mạc hình chóp là một phương pháp an toàn và hiệu quả giúp làm chậm tiến triển hoặc ngăn bệnh giác mạc hình chóp tiến triển, duy trì được thị lực bệnh nhân, giảm tỉ lệ bệnh nhân giác mạc hình chóp phải ghép giác mạc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belviranlı, S., & Oltulu, R. (2019). Efficacy of pulsed-light accelerated crosslinking in the treatment of progressive keratoconus: Two-year results.

- European Journal of Ophthalmology, 30(5), 843–847. <https://doi.org/10.1177/1120672119872373>
2. Gomes, J. A., Tan, D., Rapuano, C. J., et al. (2015). Global consensus on keratoconus and ectatic diseases. *Cornea*, 34(4), 359–369. <https://doi.org/10.1097/ICO.0000000000000408>
3. Gore, D. M., Leucci, M. T., Koay, S.-Y., et al. (2020). Accelerated pulsed high-fluence corneal cross-linking for progressive keratoconus. *American Journal of Ophthalmology*, 221, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2020.08.021>
4. Greenstein, S. A., Fry, K. L., Bhatt, J., & Hersh, P. S. (2011). Corneal thickness changes after corneal collagen crosslinking for keratoconus and corneal ectasia: One-year results. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 37(4), 691–700. <https://doi.org/10.1016/j.jcrs.2010.10.052>
5. Koller, T., Mrochen, M., & Seiler, T. (2009). Complication and failure rates after corneal crosslinking. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 35(8), 1358–1362. <https://doi.org/10.1016/j.jcrs.2009.03.035>
6. Mannis, M. J., & Holland, E. J. (2017). *Cornea* (4th ed.). Part 7, 917–938.
7. Mazzotta, C., Caporossi, T., Denaro, R., et al. (2012). Morphological and functional correlations in riboflavin UV A corneal collagen cross-linking for keratoconus. *Acta Ophthalmologica*, 90(3), 259–265. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2010.01980.x>
8. Raiskup, F., & Spoerl, E. (2013). Corneal crosslinking with riboflavin and ultraviolet A. Part II. Clinical indications and results. *The Ocular Surface*, 11(2), 93–108. <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2012.10.003>
9. Saglik, A., & Isik, M. U. (2019). Progression analysis with ABCD grading system following corneal collagen cross-linking in keratoconus. *Beyoglu Eye Journal*, 4(3), 156–162. <https://doi.org/10.14744/bej.2019.49469>
10. Wollensak, G., & Herbst, H. (2010). Significance of the lacunar hydration pattern after corneal cross-linking. *Cornea*, 29(8), 899–903. <https://doi.org/10.1097/ICO.0b013e3181ca32f2>

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ HỌC VÀ VAI TRÒ CỦA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG UNG THƯ BÀNG QUANG KHÔNG XÂM LẤN CƠ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Thái Kinh Luân<sup>1,2</sup>, Lê Công Đức<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô học và vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong ung thư bàng

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Thái Kinh Luân

Email: thaikinhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

quang không xâm lấn cơ tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên bệnh nhân ung thư bàng quang không xâm lấn cơ từ 01/2019 đến 01/2024. Dữ liệu về lâm sàng, hình ảnh học (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, nội soi bàng quang) và giải phẫu bệnh (giai đoạn bướu, độ mô học, đặc điểm bướu) được phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu có 156 trường hợp, chủ yếu là nam giới 89,1%, tuổi trung bình 63,9. Tiểu máu đại thể là triệu chứng chính 78,8%. Tất cả các TH được thực hiện: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và nội soi bàng quang. Siêu âm phát hiện bướu thấp 36,5%, trong khi chụp

cắt lớp vi tính và nội soi bàng quang đạt 100%. Giai đoạn Ta chiếm ưu thế 85,9%, tỷ lệ độ mô học cao (high grade) 65,4%. **Kết luận:** Ung thư bàng quang không xâm lấn cơ có triệu chứng tiểu máu đại thể 78,8%, siêu âm bụng có tỷ lệ phát hiện bướu thấp 36,5% so với chụp cắt lớp vi tính là 100% và nội soi bàng quang là 100%. Ung thư bàng quang không xâm lấn cơ được chẩn đoán ở giai đoạn Ta là 85,9%, tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học cao là 65,4%. **Từ khóa:** Ung thư bàng quang không xâm lấn cơ, độ mô học.

## SUMMARY

### STUDY ON CLINICAL, HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THE ROLE OF IMAGING IN NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER AT CHO RAY HOSPITAL

**Objectives:** To describe the clinical and histopathological characteristics and to evaluate the role of imaging modalities in the diagnosis of non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) at Cho Ray Hospital. **Materials and methods:** A retrospective study was conducted on patients diagnosed with NMIBC from January 2019 to January 2024. Data on clinical presentation, imaging modalities (ultrasonography, computed tomography (CT), cystoscopy), and histopathology (T stage, histological grade, tumor characteristics) were analyzed. **Results:** A total of 156 cases were included, male (89.1%), with a mean age of 63.9 years. Gross hematuria was the main presenting symptom 78.8%. All patients underwent ultrasonography, CT, and cystoscopy. The tumor detection rate of ultrasonography was 36.5%, whereas both CT and cystoscopy achieved 100%. Stage Ta predominated 85.9%, and high-grade tumors accounted for 65.4%. **Conclusion:** In non-muscle-invasive bladder cancer, gross hematuria was the most common symptom 78.8%. Abdominal ultrasonography had a lower tumor detection rate at 36.5% compared with CT 100% and cystoscopy 100%. Most cases were diagnosed at stage Ta 85.9% with a predominance of high-grade histology 65.4%.

**Keywords:** Non-muscle invasive bladder cancer, histological grade.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh lý ác tính đường tiết niệu thường gặp.<sup>1</sup> Trên thế giới bệnh lý này đứng thứ 9 trong các loại ung thư, đứng thứ 7 trong các ung thư ở nam giới và đứng thứ 14 trong các ung thư ở nữ giới<sup>1</sup>. Châu Âu và Bắc Mỹ có tỉ lệ bệnh mới mắc cao. Ung thư bàng quang hay gặp ở bệnh nhân (BN) trên 40 tuổi, đặc biệt là nhóm tuổi 60-70 tuổi.<sup>1</sup>

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chi tiết về đặc điểm chẩn đoán ban đầu của UTBQ không xâm lấn cơ (non-muscle-invasive bladder cancer, NMIBC) vẫn còn hạn chế. Bệnh viện Chợ Rẫy, với vai trò là một trong những bệnh viện tuyến cuối lớn nhất khu vực phía Nam, tiếp nhận một lượng lớn bệnh nhân UTBQ hàng năm. Việc nghiên cứu sâu về các yếu tố đặc thù trong chẩn đoán UTBQ

không xâm lấn cơ sẽ cung cấp dữ liệu thực tế, giúp làm rõ hơn vai trò của các phương tiện chẩn đoán trong thực hành lâm sàng và góp phần xây dựng các phác đồ chẩn đoán phù hợp với điều kiện y tế và đặc điểm bệnh nhân tại Việt Nam. Với những lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô học và vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong UTBQ không xâm lấn cơ tại Bệnh viện Chợ Rẫy.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Các trường hợp (TH) được chẩn đoán UTBQ không xâm lấn cơ và đã thực hiện cắt đốt nội soi bàng quang qua niệu đạo (transurethral resection of bladder tumor, TURBT) hoặc sinh thiết tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn nghiên cứu. Các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân bao gồm:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Có chẩn đoán bướu bàng quang ban đầu dựa trên các phương tiện hình ảnh học (siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính hệ niệu) và/hoặc nội soi bàng quang.
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau TURBT hoặc sinh thiết bàng quang xác định là UTBQ không xâm lấn cơ bao gồm các giai đoạn Ta, T1 hoặc Carcinoma tại chỗ (CIS).
- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin về đặc điểm lâm sàng, kết quả cận lâm sàng và mô học cần thiết cho nghiên cứu. Các bệnh nhân bị UTBQ xâm lấn cơ (giai đoạn bướu  $\geq$  T2) ngay từ thời điểm chẩn đoán ban đầu hoặc có hồ sơ không đầy đủ sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt trường, thực hiện tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và hồ sơ giấy của các bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 01/2019 đến 01/2024.

**Quy trình thu thập dữ liệu và các biến số nghiên cứu.** Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, được chẩn đoán bướu bàng quang lần đầu, chưa có tiền căn chẩn đoán và điều trị trước đây. Giải phẫu bệnh phải có lớp cơ nhưng không có tế bào bướu. Loại trừ các trường hợp giải phẫu bệnh có lớp cơ và có tế bào bướu (ung thư bàng quang xâm lấn cơ) hoặc giải phẫu bệnh không đọc được có lớp cơ (chưa chẩn đoán được giai đoạn).

Quy trình chẩn đoán được đánh giá:

- Lâm sàng: tiểu máu (đại thể, vi thể)
- Siêu âm bụng: phát hiện sự hiện diện, vị trí, kích thước và hình thái khối bướu trong lòng

bàng quang.

– Chụp cắt lớp vi tính hệ niệu (CT-scan): CT-scan có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch đánh giá khối bướu bàng quang, mức độ lan rộng tại chỗ và di căn hạch/xa.

– Nội soi bàng quang: bằng ống soi mềm hoặc cứng, với ánh sáng trắng để quan sát trực tiếp toàn bộ niêm mạc bàng quang. Các đặc điểm của bướu như số lượng (đơn bướu/đa bướu), vị trí (thành bên, đỉnh, đáy, cổ bàng quang), kích thước ước tính và hình thái (dạng nhú, nốt sùi, dạng thâm nhiễm) được ghi nhận. Sinh thiết mẫu mô từ bướu và/hoặc các tổn thương nghi ngờ khác được thực hiện để làm giải phẫu bệnh.

– Giải phẫu bệnh: các mẫu mô sinh thiết hoặc TURBT. Độ mô học được phân loại theo hệ thống phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thành: độ mô học thấp và độ mô học cao. Giải phẫu bệnh phải có lớp cơ nhưng không có tế bào bướu.

#### Các biến số thu thập bao gồm

– Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, tiền căn hút thuốc lá.

– Lâm sàng: triệu chứng tiểu máu đại thể.

– Cận lâm sàng: kết quả siêu âm (có/không phát hiện khối bướu); kết quả CT-scan (có/không phát hiện khối bướu); kết quả nội soi bàng quang: số lượng bướu (đơn/đa bướu), kích thước bướu lớn nhất (cm), vị trí bướu chính; kết quả giải phẫu bệnh: Giai đoạn bướu (Ta, T1, CIS), độ mô học thấp (low-grade), độ mô học cao (high-grade).

**Phân tích thống kê.** Tất cả dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn nếu dữ liệu có phân phối chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu dữ liệu không có phân phối chuẩn.

**Y đức:** nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt với số 246/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 29/01/2024.

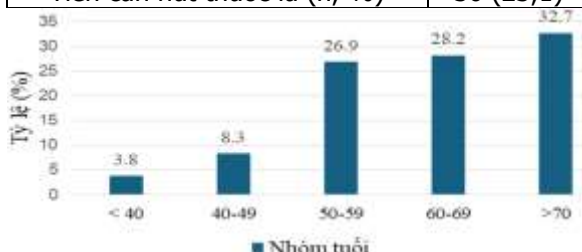
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian từ 01/2019 đến 01/2024, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu tại khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Chợ Rẫy. Tổng số có 156 BN bướu bàng quang được chẩn đoán và đưa vào cắt đốt qua ngã niệu đạo. Sau khi tổng hợp và phân tích số liệu thu thập, chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

– **Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố nguy cơ của UTBQ không xâm lấn cơ**

| Đặc điểm (n=156)                 | Giá trị       |
|----------------------------------|---------------|
| Tuổi trung bình (năm, $\pm$ ĐLC) | 63,9 $\pm$ 13 |
| Nam (n, %)                       | 139 (89,1)    |
| Nữ (n, %)                        | 17 (10,9)     |
| Tiền căn hút thuốc lá (n, %)     | 36 (23,1)     |



**Biểu đồ 1: Phân bố tuổi theo nhóm**

#### Nhận xét:

- Hầu hết BN có độ tuổi > 50 tuổi
- Nhóm trên 70 tuổi gặp nhiều nhất, với 51 TH chiếm 32,7%.
- Triệu chứng tiểu máu đại thể ghi nhận 123 TH (78,8%)
- Kết quả các cận lâm sàng về chẩn đoán hình ảnh:

Siêu âm, CT – Scan và nội soi bàng quang được chỉ định ở tất cả BN (100%) và tỉ lệ ghi nhận bướu qua các phương tiện hình ảnh học được thống kê trong bảng 2.

**Bảng 2: Tỷ lệ phát hiện bướu qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh**

| Cận lâm sàng (n=156) | Số TH có khối bướu (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|------------------------|-----------|
| Siêu âm              | 57                     | 36,5      |
| Chụp cắt lớp vi tính | 156                    | 100       |
| Nội soi bàng quang   | 156                    | 100       |

Kết quả cho thấy siêu âm bụng có tỷ lệ phát hiện bướu thấp hơn đáng kể (36,5%) so với chụp cắt lớp vi tính và nội soi bàng quang, cả hai đều đạt 100% trong việc phát hiện bướu.

– **Đặc điểm bướu và giai đoạn mô học tại thời điểm chẩn đoán ban đầu**

**Bảng 3: Phân bố số lượng bướu qua nội soi bàng quang**

| Số lượng bướu | Số TH | Tỉ lệ (%) |
|---------------|-------|-----------|
| 1 bướu        | 94    | 60,3      |
| 2-7 bướu      | 47    | 30,1      |
| $\geq 8$ bướu | 15    | 9,6       |
| Tổng          | 156   | 100       |

**Nhận xét:** - Nhóm bướu gặp nhiều nhất là 1 bướu với 94 TH, chiếm 60,3%.

- Nhóm đa bướu (số lượng  $\geq 2$  bướu) chiếm 39,7% với 62 TH.

**Bảng 4: Đặc điểm bướu và kết quả giải phẫu bệnh tại thời điểm chẩn đoán**

| Đặc điểm (n=156)                                                           | Giá trị (n, %) |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Số lượng bướu</b>                                                       |                |
| Đơn bướu                                                                   | 94(60,3)       |
| Đa bướu                                                                    | 62(39,7)       |
| <b>Kích thước bướu lớn nhất (cm)</b>                                       |                |
| ≤3 cm                                                                      | 129(82,7)      |
| >3 cm                                                                      | 27(17,3)       |
| <b>Giai đoạn T</b>                                                         |                |
| Ta                                                                         | 134(85,9)      |
| T1                                                                         | 16(10,3)       |
| CIS                                                                        | 6(3,8)         |
| <b>Độ mô học</b>                                                           |                |
| Ung thư biểu mô độ biệt hóa tốt/Tân sinh biểu mô dạng nhú (Độ mô học thấp) | 54(34,6)       |
| Ung thư biểu mô độ biệt hóa kém (Độ mô học cao)                            | 102(65,4)      |

**Ghi chú:** Tất cả các trường hợp đều được cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua niệu đạo, giải phẫu bệnh có lớp cơ nhưng không có tế bào bướu (bướu bàng quang không xâm lấn cơ).

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng.** Quan sát thực tế lâm sàng cho thấy bệnh nhân UTBQ không xâm lấn cơ đa phần là nam giới lớn tuổi – điều được phản ánh rõ trong số liệu nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nam chiếm gần 90% và tuổi trung bình khoảng 64, tương đồng với các báo cáo trên thế giới khẳng định UTBQ không xâm lấn cơ chủ yếu là nam giới lớn tuổi.<sup>4</sup>

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá là 23,1%, đây vẫn là một yếu tố nguy cơ hàng đầu, mặc dù tỷ lệ này có thể thấp hơn so với một số nghiên cứu khác.<sup>3</sup>

Triệu chứng tiểu máu đại thể được ghi nhận ở 78,8%, dấu hiệu biến nhất, phù hợp với các nghiên cứu khác, cho thấy tiểu máu là dấu hiệu cảnh báo hàng đầu của UTBQ,<sup>6,7</sup> đặc biệt là các bệnh lý ác tính đường tiết niệu.

**Phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán bướu bàng quang.** Trong nghiên cứu này, siêu âm bụng chỉ phát hiện bướu ở 36,5% các trường hợp, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với CT-scan và nội soi bàng quang. Siêu âm cũng có nhược điểm là phụ thuộc người làm, đặc biệt là khi có máu cục trong bàng quang thì việc phát hiện bướu sẽ gặp nhiều khó khăn trong quá trình siêu âm.

CT-scan hệ niệu và nội soi bàng quang phát hiện bướu ở 100% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi. Một số bệnh nhân đến khám với tiểu máu không rõ nguyên nhân, siêu âm không ghi nhận bướu trong bàng quang nhưng nội soi đã giúp phát hiện bướu nhỏ ở vùng tam giác bàng

quang. CT-scan đặc biệt hữu ích không chỉ để phát hiện khối bướu mà còn để đánh giá mức độ xâm lấn, tình trạng đường tiết niệu trên và loại trừ di căn xa, hỗ trợ phân loại giai đoạn ban đầu.<sup>3</sup>

**Đặc điểm bướu và giai đoạn mô học tại thời điểm chẩn đoán ban đầu.** Nghiên cứu này cho thấy các TH ở giai đoạn Ta chiếm ưu thế (85,9%), cao hơn đáng kể so với tỷ lệ Ta trong nhiều báo cáo khác<sup>8</sup> là từ 70 đến 75%. Tỷ lệ T1 (10,3%) và CIS (3,8%) của chúng tôi cũng thấp hơn so với một số nghiên cứu khác.<sup>8</sup>

Điều này có thể khái quát được bệnh nhân tại Bệnh viện Chợ Rẫy có xu hướng được chẩn đoán ở giai đoạn rất sớm (Ta) của UTBQ không xâm lấn cơ. Đây là một điểm lợi thế của bệnh viện tuyến cuối, có thể phản ánh nhận thức của cộng đồng hoặc hiệu quả của hệ thống y tế trong việc phát hiện sớm bệnh lý qua các dấu hiệu như tiểu máu. Chẩn đoán ở giai đoạn Ta mang lại tiên lượng tốt hơn và chi phí điều trị thấp hơn so với T1 hoặc CIS.

Tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học cao là 65,4% trong nghiên cứu cho thấy rằng bệnh có nguy cơ tiến triển nhanh, điều này cần phải có phác đồ theo dõi định kỳ về nguy cơ tiến triển. Kết quả này có sự khác biệt đáng kể so với một số nghiên cứu khác có tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học thấp có thể cao hơn hoặc tương đương độ mô học cao.<sup>8</sup> Tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học cao là một yếu tố tiên lượng xấu, liên quan đến nguy cơ cao tái phát và tiến triển.<sup>5</sup>

Nghiên cứu này cung cấp dữ liệu thực tế quan trọng về đặc điểm chẩn đoán UTBQ không xâm lấn cơ tại một trung tâm lớn của Việt Nam. Các phát hiện cho thấy, mặc dù tỷ lệ chẩn đoán ở giai đoạn Ta sớm là cao, tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học cao chiếm ưu thế (65,4%) đặt ra thách thức trong việc quản lý và tiên lượng bệnh. Những bệnh nhân này cần phải điều trị liệu pháp miễn dịch hỗ trợ sau phẫu thuật để giảm nguy cơ tái phát.<sup>2</sup>

**Hạn chế của nghiên cứu.** Đây là một nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm, có thể không phản ánh đầy đủ đặc điểm của bệnh nhân UTBQ không xâm lấn cơ của Việt Nam. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để có được dữ liệu về bướu bàng quang không xâm lấn cơ tại Việt Nam.

#### V. KẾT LUẬN

UTBQ không xâm lấn cơ có triệu chứng tiểu máu đại thể 78,8%, siêu âm bụng có tỷ lệ phát hiện bướu thấp 37,5% so với chụp cắt lớp vi tính là 100% và nội soi bàng quang là 100%. UTBQ không xâm lấn cơ được chẩn đoán ở giai đoạn

Ta là 85,9%, tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học cao là 65,4%.

Từ kết quả thực tiễn tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy nội soi bàng quang và CT-scan đóng vai trò quyết định trong phát hiện sớm bướu bàng quang, đặc biệt ở những bệnh nhân có triệu chứng tiểu máu nhưng siêu âm bình thường.

## VI. KIẾN NGHỊ

Qua kết quả có được của nghiên cứu này, chúng tôi nhận khuyến nghị chỉ định nội soi bàng quang nên được đưa vào quy trình chuẩn đánh giá chẩn đoán ban đầu, giúp giảm thiểu nguy cơ bỏ sót tổn thương ác tính tiềm ẩn ở bàng quang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2024;74(3):229-263.
2. Babjuk M, Burger M, Capoun O, et al. European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (Ta, T1, and

- Carcinoma in Situ). European urology. 2022;81(1):75-94.
3. Joseph Z. Management Strategies for Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer (Ta, T1, and CIS) Campbell-Walsh-Wein Urology. Elsevier; 2020:chap 136. page 3091-3111
  4. Balci M, Tuncel A, Ketten T, et al. Comparison of Monopolar and Bipolar Transurethral Resection of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer. Urologia internationalis. 2018;100(1):100-104.
  5. Wang L, Feng C, Ding G, et al. Ki67 and TP53 expressions predict recurrence of non-muscle-invasive bladder cancer. Tumour biology: the journal of the International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine. 2014;35(4):2989-95.
  6. Hồ Xuân Tuấn, Nguyễn Văn Ân. Nhận xét thực trạng cắt đốt nội soi trong chẩn đoán bướu bàng quang không xâm lấn cơ. Y học TP Hồ Chí Minh, chuyên đề Thận - Niệu. 2018;22(2):288-291.
  7. Nguyễn Thanh Mộng, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Trọng Huân. Ưu điểm phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021;25(1):195-199.
  8. Vollmer RT. A Review of Outcomes for Stage Ta Bladder Tumors. Am J Clin Pathol. 2016; 146(2):215-20.

# KHẢO SÁT TỶ LỆ TỪ CHỐI MẪU XÉT NGHIỆM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN E TỪ THÁNG 2- 5/2025

Ngô Thị Thảo<sup>1</sup>, Đỗ Tiến Đạt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ, nguyên nhân dẫn và các yếu tố liên quan đến từ chối mẫu xét nghiệm (XN) tại Bệnh viện E từ tháng 2-5/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên các mẫu bệnh phẩm kèm theo phiếu XN từ các khoa lâm sàng trong bệnh viện chuyển đến phòng XN các khoa huyết học, hóa sinh, vi sinh bệnh viện E từ tháng 2-5/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mẫu XN bị từ chối từ tháng 2-5 năm 2025 464/182.541 là tổng lượng mẫu XN tại ba khoa, chiếm 0,25%. Nguyên nhân từ chối mẫu: Do có sai sót về thủ tục hành chính là 11 mẫu (2,4%), do có sai sót về chất lượng bệnh phẩm là 361 mẫu (94,4%) và do có sai sót về số lượng bệnh phẩm là 14 mẫu (3,0%). Các yếu tố liên quan đến từ chối mẫu: Mẫu XN bị từ chối theo khoa: của khoa vi sinh có tỷ lệ từ chối là 0,44%; OR = 0,56; P < 0,001, nguy cơ sai sót cao gấp hơn 2 lần so với khoa sinh hóa. Với mẫu XN bị từ chối do sai sót về chất lượng bệnh phẩm: thì mẫu từ khoa lâm sàng có khả năng bị từ chối cao hơn khoảng 4,2 lần so với mẫu từ các khoa khám bệnh. **Kết luận:** Tỷ lệ từ

chối mẫu chiếm 0,25%, có 3 nguyên nhân (do sai sót thủ tục hành chính, sai sót về chất lượng và số lượng bệnh phẩm) có các yếu tố liên quan đến từ chối mẫu theo đặc thù của từng khoa: vi sinh có tỷ lệ từ chối cao, các khoa lâm sàng có khả năng bị từ chối cao hơn các khoa khám bệnh.

**Từ khóa:** từ chối mẫu, chất lượng XN.

## SUMMARY

### INVESTIGATION OF LABORATORY SAMPLE REJECTION RATES AND ASSOCIATED FACTORS AT E HOSPITAL FROM 2-5/2025

This study aimed to determine the rejection rate, causes, and associated factors of laboratory sample rejections at E Hospital from February to May 2025. A cross-sectional descriptive design was applied, examining specimens accompanied by test request forms sent from clinical departments to the Hematology, Biochemistry, and Microbiology laboratories. During the study period, 464 out of 182,541 samples were rejected, yielding a rejection rate of 0.25%. The primary reasons for rejection were errors in specimen quality (94.4%), administrative errors (2.4%), and insufficient specimen quantity (3.0%). The Microbiology Department exhibited the highest rejection rate at 0.44%, with a more than twofold increased risk of error compared to the Biochemistry Department (OR = 0.56; P < 0.001). Additionally, samples originating from clinical

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thảo

Email: thaohh79@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025