

- <https://doi.org/10.1097/IJG.000000000000154>
 6. **Mrugacz M, Bakunowicz-Lazarczyk A.** Optical coherence tomography measurement of the retinal nerve fiber layer in normal and juvenile glaucomatous eyes. *Ophthalmologica* 2005;219:80-5.

7. **Huang, H., Tian, L., Sun, X., & Chen, Y.** (2023). En face optical coherence tomography detection of Schlemm's canal in primary open angle glaucoma. *Frontiers in Physiology*, 14, 1214427. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1214427>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH Ở BỆNH NHÂN NỮ BỊ VIÊM BÀNG QUANG DO VI KHUẨN TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Đỗ Minh Tùng¹, Đào Thị Ngọc Anh¹, Bùi Thị Thương¹,
 Nguyễn Thị Kim Cúc¹, Nguyễn Tiên Dũng¹, Bùi Thanh Hiền²,
 Vũ Toàn Thắng¹, Nguyễn Thị Thương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) nữ bị viêm bàng quang (VBQ) do vi khuẩn tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025 và mô tả tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng số 43 BN nữ được chẩn đoán VBQ tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025. Thiết kế nghiên cứu là mô tả hàng loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tuổi trung bình $48,7 \pm 20$ tuổi. Khoảng 1/3 số BN đã có tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) trước đây. Về triệu chứng, hầu hết các BN có tiểu buốt, tiểu rất nhưng chỉ một nửa số BN có tiểu máu, tiểu nhiều lần và 20-30% số BN có tiểu khó hay đau hạ vị. Về triệu chứng kích thích bàng quang, đa số BN có tiểu nhiều ban ngày. Sau điều trị, hơn 3/4 số bệnh nhân hết triệu chứng trong 3 - 5 ngày. Đa số các BN có hồng cầu và bạch cầu trong nước tiểu nhưng không phải bệnh nhân nào cũng có Nitrit (10/43). Trên siêu âm, chỉ gần 50% số BN có dấu hiệu dày thành bàng quang. Về phổ vi khuẩn: E.Coli hay gặp nhất (32/43), tiếp theo là Proteus (5/43). Nhóm Beta-lactam và Ciprofloxacin có tỷ lệ kháng cao. Kháng sinh nhóm Aminoglycoside có tỷ lệ nhạy cao. Kháng sinh nhóm Carbapenem hoàn toàn không bị kháng. **Kết luận:** VBQ ở phụ nữ có các triệu chứng kích thích bàng quang và tổn thương niêm mạc bàng quang. Vi khuẩn hay gặp là E.Coli, có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh truyền thống điều trị NKTN. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm bàng quang, phụ nữ, kháng kháng sinh

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE PATTERNS IN FEMALE

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
 Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Tùng
 Email: dmtung@hpmu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 25.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
 Ngày duyệt bài: 28.11.2025

PATIENTS WITH BACTERIAL CYSTITIS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, HAI PHONG MEDICINE UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of female patients diagnosed with bacterial cystitis at the General Surgery Department, Hai Phong Medicine University Hospital, from August 2024 to February 2025, and to evaluate the antibiotic resistance patterns of causative pathogens. **Methods:** A total of 43 female patients diagnosed with bacterial cystitis were enrolled from the General Surgery Department, Hai Phong Medicine University Hospital, during the study period. The study was designed as a case series descriptive study. **Results:** The mean age was 48.7 ± 20 years. Approximately one-third of patients had a history of urinary tract infections (UTIs). Dysuria and urinary frequency were common symptoms, while hematuria, urgency, and suprapubic pain were reported in about 50%, 20–30% of cases, respectively. Daytime urinary frequency was the most prevalent symptom of bladder irritation. Over three-quarters of patients experienced symptom resolution within 3–5 days of treatment. Most patients had hematuria and pyuria on urinalysis, though nitrite positivity was observed in only 10 out of 43 cases. Bladder wall thickening on ultrasound was noted in approximately half of the patients. Regarding microbial profile, Escherichia coli was the most frequently isolated pathogen (32/43), followed by Proteus species (5/43). High resistance rates were found with Beta-lactams and Ciprofloxacin. Aminoglycosides showed good sensitivity, and no resistance was observed to Carbapenems. **Conclusion:** Cystitis in women commonly presents with irritative voiding symptoms and mucosal inflammation. E. coli remains the predominant pathogen, with high resistance rates to conventional UTI antibiotics. **Keywords:** urinary tract infection, cystitis, women, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất gây ra gánh nặng tài chính đáng kể cho xã hội. Bệnh có tỷ lệ tử vong thấp nhưng tỷ lệ tái phát cao. Theo

thống kê năm 2019, có 404,6 triệu người trên thế giới mắc NKTN, trong đó gần 200.000 người tử vong [1].

Viêm bàng quang (VBQ) là NKTN dưới thường do vi khuẩn (VK), gặp ở cả 2 giới. Tuy nhiên chủ yếu gặp ở phụ nữ. Với các triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng chủ yếu là triệu chứng cấp tính đường tiểu dưới thường gặp như tiểu buốt, tiểu rắt, đau vùng hạ vị, có thể kèm tiểu khó, tiểu nhiều lần và tiểu máu. Nếu chẩn đoán và điều trị không đúng, VBQ sẽ gây nên những biến chứng nặng nề như viêm bể thận, nhiễm trùng huyết, suy chức năng thận không hồi phục, thậm chí tử vong [2].

Từ các bài báo đã được nghiên cứu cho thấy *Escherichia coli* (E.coli) là căn nguyên hàng đầu gây VBQ ở nữ giới. Tuy nhiên, tùy theo từng khu vực địa lý, từng bệnh viện, từng giai đoạn mà tỷ lệ và cơ cấu các loài VK gây VBQ có thể khác nhau. Tỷ lệ VK kháng thuốc ngày càng tăng và có tính chất đa kháng, gây ra nhiều khó khăn cho việc điều trị. Do vậy nhấn mạnh nhu cầu điều chỉnh phác đồ điều trị dựa trên nghiên cứu địa phương và tình trạng kháng kháng sinh tại từng khu vực. Tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024 - 2025, hiện chưa có đánh giá chuyên sâu về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, tình trạng kháng kháng sinh ở bệnh nhân nữ bị VBQ. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nữ bị viêm bàng quang do vi khuẩn tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025.

- Mô tả tình trạng kháng kháng sinh của bệnh nhân nữ bị viêm bàng quang do vi khuẩn tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN nữ được chẩn đoán VBQ tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Cấy nước tiểu mọc VK
- Tuổi >18 tuổi
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- BN VBQ lần đầu hoặc tái phát

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN cấy nước tiểu mọc vi khuẩn nhưng không có kháng sinh đồ
- Có bệnh lý tiết niệu có nguy cơ gây nhiễm khuẩn như sỏi, hẹp, dị dạng đường tiết niệu, v.v
- BN đang có viêm phần phụ, viêm âm đạo

- BN có tiền sử đái tháo đường

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

- Trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 2/2025 chúng tôi đã thu thập được thông tin của 43 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Tuổi, BMI, tiền sử nội khoa, tiền sử phẫu thuật vùng chậu, tiền sử NKTN, một số thói quen. Triệu chứng lâm sàng gồm: tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu nhiều lần, tiểu khó, tiểu máu, tiểu đêm, dấu hiệu nhiễm trùng. Triệu chứng cận lâm sàng gồm hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, protein niệu, nitrit niệu, hình ảnh dày thành bàng quang trên siêu âm, kết quả nuôi cấy vi khuẩn nước tiểu và kháng sinh đồ.

Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích và xử lý số liệu thu được bằng các thuật toán thống kê y học được thực hiện trên phần mềm STATA 17.0.

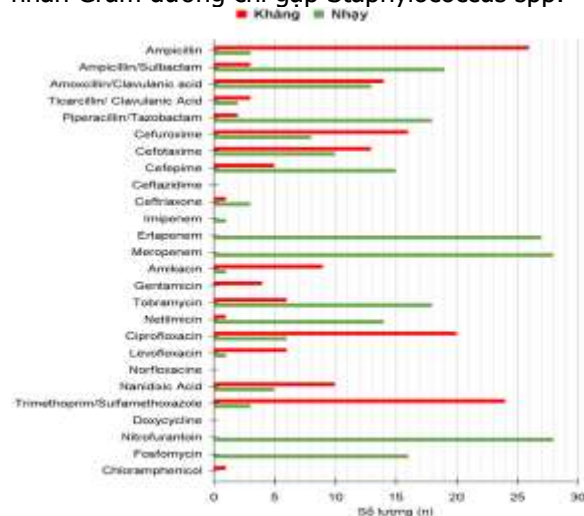
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu (n=43)

Biến số	Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình	48,7±20	
Nhóm tuổi	Từ 18-34	16	37,2
	Từ 35-60	10	23,3
	Trên 60	17	39,5
Tiền sử NKTN	Có	15	34,9
	Không	28	65,1
Tiểu buốt	Có	40	93
	Không	3	7
Tiểu rắt	Có	37	86
	Không	6	14
Tiểu máu	Có	21	48,8
	Không	22	51,2
Tiểu nhiều lần	Có	20	46,5
	Không	23	53,5
Đau hạ vị	Có	30	69,8
	Không	13	30,2
Sốt	Có	3	7
	Không	40	93
Có sử dụng KS trước khi	Có	6	14
	Không	37	86

vào viện			
Mức độ tiểu nhiều theo ICS	Bình thường (6-8 lần)	8	18,6
	Tăng nhẹ (9-10 lần)	20	45,5
	Tăng vừa (11-13 lần)	13	30,2
	Tăng nhiều (>13 lần)	2	4,7
Đặc điểm kết quả nước tiểu 10 thông số	LEU	41	95,5
	PRO	17	41,9
	NIT	10	23,3
Đặc điểm kết quả Siêu âm bàng quang	Dày thành	19	44,2
	Bình thường	24	65,8
Tỷ lệ phân bố VK gây NKTN	E.coli	32	74,6
	E.coli ESBL (-)	30	69,8
	E.coli ESBL (+)	2	4,6
	Proteus spp	5	11,6
	Klebsiella	1	2,3
	E. fergusonii	1	2,3
	Acinetobacter spp	1	2,3
	E. aerogenes	1	2,3
	Staphylococcus spp	2	4,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN là 49 tuổi, trong đó, BN > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Số BN có tiền sử NKTN từ 1 lần trở lên chiếm khoảng 2/5. Đa số các BN có có triệu chứng của viêm và kích thích niêm mạc bàng quang. Phần lớn BN có số lần đi tiểu tăng so với mức bình thường, trong đó nhóm tăng nhẹ chiếm nhiều nhất. Đa số BN có hồng cầu và bạch cầu trong nước tiểu nhưng chỉ 1/4 số BN có Nitrit niệu. Khoảng 50% có dấu hiệu dày thành bàng quang trên siêu âm. Về VK gây bệnh, gần như toàn bộ đều là VK Gram âm, E.coli là tác nhân thường gặp nhất, kể đến là Proteus spp. Tác nhân Gram dương chỉ gặp Staphylococcus spp.



Biểu đồ 1. Kháng sinh đồ của E.coli ESBL (-) (n=30)

Nhận xét: Nhóm beta-lactam truyền thống như Ampicillin, Ciprofloxacin và Trimethoprim/Sulfamethoxazole có tỷ lệ kháng cao, cho thấy E.coli có khả năng kháng phổ biến với các kháng sinh này. Trong khi đó, nhóm beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase như Amoxicillin/Clavulanic acid có tỷ lệ kháng thấp hơn, đồng thời có nhiều mẫu nhạy hơn (Amoxicillin/Clavulanic acid nhạy 13). Các kháng sinh nhóm Aminoglycoside như Amikacin và Gentamicin có tỷ lệ kháng thấp (9 và 4). Các nhóm Carbapenem (Imipenem, Ertapenem, Meropenem) hoàn toàn không bị kháng, với số mẫu nhạy cao (từ 16 đến 28). Các thuốc như Fosfomycin, Nitrofurantoin cho kết quả tốt, không có mẫu kháng. Nhìn chung, kháng sinh thế hệ cũ có xu hướng kháng cao hơn, trong khi các kháng sinh thế hệ mới, kết hợp hoặc nhóm Carbapenem cho hiệu quả nhạy cao, ít bị kháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Về độ tuổi, tỷ lệ BN cao nhất rơi vào nhóm trên 60 tuổi (39,5%), tiếp theo là nhóm 18–35 tuổi (37,2%), nhóm 36–60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (23,3%). Độ tuổi trung bình mắc bệnh là 49. Điều này cho thấy VBQ là bệnh lý có thể gặp ở mọi độ tuổi, nhưng đặc biệt phổ biến ở nhóm đối tượng >60 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Bạch Mai cho kết quả tương tự, với 42,8% BN VBQ là phụ nữ ≥ 60 tuổi [3].

Theo kết quả nghiên cứu, 34,9% BN nữ VBQ có tiền sử NKTN ít nhất một lần. Tỷ lệ này tuy chưa chiếm đa số nhưng vẫn là một con số đáng lưu ý, phản ánh xu hướng tái phát NKTN ở nhóm BN nữ – vốn được xem là nhóm có nguy cơ cao do đặc điểm giải phẫu và sinh lý. Các nghiên cứu quốc tế chỉ ra rằng, có đến 20 – 30% phụ nữ sau một đợt VBQ cấp sẽ tái phát trong vòng 6 tháng, và khoảng 10% sẽ có từ 3 đợt NKTN/năm trở lên [4]. Do đó, việc khai thác kỹ tiền sử NKTN, số lần tái phát và yếu tố nguy cơ liên quan sẽ giúp bác sĩ lập chiến lược phòng ngừa tái phát hiệu quả hơn, sử dụng liệu pháp dự phòng kháng sinh phù hợp ở những trường hợp đặc biệt.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở BN nữ VBQ trong nghiên cứu này thì tiểu buốt và tiểu rắt được ghi nhận là biểu hiện điển hình và phổ biến nhất của VBQ. Các triệu chứng như tiểu nhiều, đau hạ vị và tiểu máu cũng thường gặp, cho thấy mức độ

kích thích và viêm niêm mạc bàng quang. Đáng chú ý, tỷ lệ BN có biểu hiện toàn thân như sốt là thấp (7%), phù hợp với đặc điểm của VBQ không biến chứng, thường khu trú tại bàng quang, không lan đến thận hay gây nhiễm khuẩn toàn thân [5].

Về xử trí trước khi nhập viện, có 14% BN đã sử dụng kháng sinh trước đó. Việc sử dụng kháng sinh không hợp lý có thể dẫn đến đề kháng thuốc, che lấp triệu chứng lâm sàng, và làm phức tạp việc chẩn đoán và điều trị [6]. Việc ghi nhận đầy đủ triệu chứng và tiền sử xử trí trước nhập viện có vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân khác như: viêm niệu đạo, sỏi tiết niệu, u bàng quang hoặc bệnh lý phụ khoa.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số là xét nghiệm quan trọng hỗ trợ chẩn đoán VBQ. Trong nghiên cứu này các chỉ số bất thường ghi nhận bao gồm: bạch cầu niệu dương tính (95,5%), hồng cầu niệu dương tính (88,4%), protein niệu (41,9%), nitrit niệu (23,3%). Tỷ lệ bạch cầu niệu dương tính cao nhất phản ánh tình trạng viêm rõ rệt tại đường tiết niệu dưới. Bạch cầu niệu là một dấu hiệu đặc trưng trong NKTN, đặc biệt khi kết hợp với triệu chứng lâm sàng như tiểu buốt và tiểu rắt. Hồng cầu niệu được ghi nhận ở 88,4% BN – con số khá cao, phù hợp với tỷ lệ tiểu máu lâm sàng là 48,8%. Protein niệu ở mức độ nhẹ – trung bình (41,9%) có thể là hậu quả của viêm nhiễm tại niêm mạc bàng quang nhưng không đặc hiệu cho VBQ. Nitrit niệu (23,3%) thường được coi là dấu hiệu gián tiếp của VK gram âm có khả năng chuyển hóa nitrat thành nitrit, như *E. coli* – tác nhân thường gặp nhất gây VBQ. Tuy nhiên, do xét nghiệm này có độ nhạy thấp (chỉ phát hiện VK có men nitrat reductase), nên tỷ lệ dương tính thấp không loại trừ chẩn đoán.

Kết quả siêu âm bàng quang trong nghiên cứu này cho thấy 44,2% có hình ảnh “bàng quang dày thành”. Dày thành bàng quang là dấu hiệu thường gặp trong viêm mạn hoặc giai đoạn cấp có phản ứng viêm mạnh. Tuy nhiên, siêu âm bàng quang thường chỉ hỗ trợ chẩn đoán, giúp loại trừ các nguyên nhân khác như sỏi, u hoặc tồn lưu nước tiểu sau tiểu tiện.

4.4. Vi khuẩn gây bệnh. Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, ở những BN được chẩn đoán NKTN có kết quả cấy nước tiểu phân lập được VK, căn nguyên thường gặp nhất là các VK Gram âm, trong đó chiếm đa số là *E.coli* [2],[7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy *E.coli* vẫn là loài VK chiếm tỷ lệ cao nhất

(74,6%) trong các căn nguyên VK phân lập được, điều này một phần được giải thích bởi *E.coli* là VK sống phổ biến tại đường tiêu hóa. Theo cơ chế ngược dòng, *E.coli* có thể xâm nhập từ đường tiêu hóa sang đường tiết niệu sau khi nhiễm ở phân vùng quanh niệu đạo. Đặc biệt điều này thường gặp nhiều hơn ở nữ giới do cấu trúc sinh lý niệu đạo ngắn. Đồng thời do Fimbriae type I, II, P-fimbriae... trên bề mặt VK là các yếu tố độc lực bề mặt quan trọng, cần thiết cho quá trình xâm nhập và bám dính của VK vào trong tế bào biểu mô đường tiết niệu. Ngoài các yếu tố độc lực bề mặt nêu trên, *E.coli* còn tạo ra các yếu tố độc lực được tiết ra, trong đó quan trọng nhất là HlyA, một lipoprotein có tên là α -hemolysin, liên quan đến NKTN nặng như viêm bể thận,... Ở nồng độ cao, HlyA có khả năng gây tổn hại tế bào vật chủ, từ đó tạo điều kiện giải phóng sắt và thu nhận chất dinh dưỡng. Ở nồng độ thấp, HlyA có thể gây ra hiện tượng apoptosis của tế bào chủ đích, do đó thúc đẩy sự lây lan của *E.coli* sang các tế bào chủ khác.

4.5. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *E.coli*. *E. coli* là VK đứng đầu trong các căn nguyên gây NKTN, đồng thời cũng là VK đa kháng, đã kháng với nhiều loại kháng sinh. Chúng có khả năng sinh ra enzym Beta – Lactamase phổ rộng (ESBL) và một số loài sinh ra Carbapenemase, các enzym này làm phá hủy cấu trúc hóa học của kháng sinh, dẫn đến khả năng kháng thuốc của VK.

Các nghiên cứu trong và ngoài nước gần đây đã cho thấy mức độ kháng kháng sinh đáng chú ý của *E.coli*. Năm 2021, Trần Quốc Huy và các cộng sự nghiên cứu tình trạng NKTN và kháng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang cho kết quả: *E.coli* có tỷ lệ kháng với Cefazolin cao nhất (100%), Ampicillin (97,9%), Ciprofloxacin (91,7%), Ceftazidime (88,5%), Ceftriaxone (87,5%). Tỷ lệ *E.coli* nhạy với Nitrofurantoin khá cao (86,4%) [8].

Trong nghiên cứu này, *E.coli* có tỷ lệ kháng cao nhất với Ampicillin (86,6%), tiếp đến là Trimethoprim/Sulfamethoxazole (80%). *E.coli* kháng khá cao với nhóm Quinolone như Ciprofloxacin (66,7%); các Cephalosporin như Cefuroxime (53,3%). Kết quả này phù hợp với Ampicillin, nhóm Quinolone và Cephalosporin là những kháng sinh thường dùng điều trị NKTN, *E.coli* ít nhạy với chúng có lẽ do sử dụng quá mức những kháng sinh này, đặc biệt ở những BN ngoại trú. Bên cạnh đó, *E.coli* có tỷ lệ nhạy cao với Nitrofurantoin (93,3%), nhóm Carbapenem như là Meropenem với độ nhạy (93,3%) và Ertapenem (90%), cho thấy đây là lựa chọn hữu

ích để điều trị NKTN do E.coli. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác tại Việt Nam và trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở BN nữ bị VBQ do VK là triệu chứng kích thích và viêm niêm mạc bàng quang. Cấy nước tiểu cho thấy VK Gram âm chiếm ưu thế tuyệt đối, trong đó E.coli là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất. E.coli đã kháng hầu hết các kháng sinh thường dùng trong điều trị VBQ.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.85

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zeng Z., et al.**, "Global, regional, and national burden of urinary tract infections from 1990 to 2019: an analysis of the global burden of disease study 2019". *World J Urol*, 2022. 40(3): p. 755-763.
2. **Folliero V., et al.**, "Prevalence and Antimicrobial Susceptibility Patterns of Bacterial Pathogens in Urinary Tract Infections in University Hospital of Campania "Luigi Vanvitelli" between 2017 and 2018". *Antibiotics (Basel)*, 2020. 9(5).
3. **Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Văn Long**, "Đặc Điểm Lâm Sàng Và Vi Sinh Vật Học Viêm Bàng Quang Ở Phụ Nữ Cao Tuổi Tại Bệnh Viện Bạch Mai". *Tạp chí Y học Thực hành*, 2021. 946(2): tr. 112-118.
4. **Foxman B.**, "Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors". *Am J Public Health*, 1990. 80(3): p. 331-333.
5. **Grigoryan L., Trautner B.W., Gupta K.**, "Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: a review". *Jama*, 2014. 312(16): p. 1677-84.
6. **Ventola C.L.**, "The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats". *P t*, 2015. 40(4): p. 277-83.
7. **Đặng Thị Kiều Phương, Trần Thị Việt Hà**, "Đặc Điểm Bệnh Nhân Nhiễm Khuẩn Tiết Niệu Phức Tạp Tại Bệnh Viện Bạch Mai". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 518(2): tr. 279 - 282.
8. **Trần Quốc Huy và cộng sự**, "Tình Trạng Nhiễm Khuẩn Tiết Niệu Và Kháng Kháng Sinh Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Kiên Giang Năm 2021". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 523(1): tr. 256 -261.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Tài Nữ Tuyết Lam¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp hồi cứu, trên 44 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu biểu hiện đau thượng vị (97,7%), buồn nôn – nôn (72,7%), chán ăn (47,7%) và sụt cân (31,8%), nuốt khó ít gặp nhất (2,3%). Triệu chứng thực thể thường gặp là điểm đau thành bụng (97,7%), thiếu máu (45,5%) và báng bụng (20,5%), không ghi nhận di căn xa. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm ASA 2 (61,4%). Thiếu máu nhẹ chiếm 45,5%, albumin bình thường 50%, CEA tăng 68,2%. Siêu âm phát hiện khối u 43,9% và hạch 4,9%. CT phát hiện khối u 100%, mất cấu trúc lớp 90,9% và di căn hạch 52,3%, không có xâm lấn tạng lân cận. Khối u chủ yếu ≤ 3 cm (50%), vị trí thường gặp nhất là hang môn vị (66%). **Từ khoá:** ung thư dạ dày, nội soi, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC CANCER PATIENTS TREATED AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of gastric cancer patients treated at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with retrospective review was conducted on 44 patients diagnosed with gastric cancer at Can Tho Central General Hospital from June 2021 to June 2023. **Result:** The most common symptoms were epigastric pain (97.7%), nausea and vomiting (72.7%), anorexia (47.7%), and weight loss (31.8%), while dysphagia was the least common (2.3%). Frequent physical findings included abdominal tenderness (97.7%), anemia (45.5%), and ascites (20.5%), with no distant metastasis observed. Most patients were classified as ASA 2 (61.4%). Mild anemia was present in 45.5%, normal albumin in 50%, and elevated CEA in 68.2%. Abdominal ultrasound detected tumors in 43.9% and lymph nodes in 4.9% of cases. CT scan identified tumors in 100% of patients, with 90.9% showing loss of layer structure and 52.3% with nodal metastasis; no adjacent organ invasion was observed. Tumors were mostly ≤ 3 cm (50%), with the pyloric antrum being the most frequent location (66%).

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Tài Nữ Tuyết Lam

Email: 4985624660@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025