

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG: PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CẮT BƯỚU SCHWANNOMA SAU PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC

Vũ Thiện Phúc¹, Phan Đức Huân¹, Dương Đại Dương¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Bướu schwannoma sau phúc mạc là dạng bướu thần kinh hiếm gặp chiếm tỷ lệ dưới 2%, trong các bệnh lý bướu sau phúc mạc. Đa số bướu schwannoma là lành tính, nhưng thường chẩn đoán muộn do không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ. Chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Hiện nay, điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt bướu. Nhưng việc chọn lựa giữa mổ mở và phẫu thuật nội soi để cắt bướu sẽ tùy thuộc vào kích thước, vị trí bướu và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp lâm sàng bướu schwannoma được phát hiện và điều trị thành công.

Cả lâm sàng: Bệnh nhân nữ 25 tuổi, tiền căn chưa ghi nhận bất thường. Nhập viện vì đau âm ỉ hông trái. Chẩn đoán hình ảnh phát hiện khối choán chỗ vùng sau phúc mạc bên trái với kích thước 100 x 50 x 40 mm, độ Hounsfield khoảng 30 HU. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng với 4 trocar, trong quá trình phẫu thuật bóc tách bướu thì phát hiện rách cơ hoành và thấy màng phổi trái, xử trí bằng dẫn lưu màng phổi trái bằng thông oxy 16 Fr, sau khi lấy trọn được bướu thì tiến hành đui khí, khâu phục hồi cơ hoành, sau đó rút dẫn lưu màng phổi trái. Thời gian phẫu thuật 155 phút, lượng mất máu 50 mL. Hậu phẫu, bệnh nhân xuất viện ngày thứ 5. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật xác định bướu schwannoma.

Kết luận: Bướu schwannoma sau phúc mạc rất hiếm gặp. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào giải phẫu bệnh của bướu sau khi cắt được, triệu chứng lâm sàng thường khá mơ hồ. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bướu, nhưng mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi tùy thuộc vào vị trí và kích thước.

Từ khóa: Bướu schwannoma sau phúc mạc, phẫu thuật nội soi ổ bụng.

SUMMARY

CASE REPORT: LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL RESECTION OF RETROPERITONEAL SCHWANNOMA AT THU DUC REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Introduction: Retroperitoneal schwannoma is a rare neurogenic tumor, accounting for less than 2% of all retroperitoneal tumors. Most schwannomas are benign; however, they are often diagnosed late because patients are asymptomatic or present with nonspecific symptoms. Definitive diagnosis is established by histopathological examination after surgical resection. Currently, complete surgical excision is the mainstay of treatment. The choice between open surgery and laparoscopic resection depends on tumor size, location, and the surgeon's experience.

Methods: We report a case of retroperitoneal schwannoma that was successfully diagnosed and treated.

Case presentation: A 25-year-old female with no significant past medical history presented with dull left flank pain. Computed tomography revealed a left retroperitoneal mass measuring 100 × 50 × 40 mm with an attenuation of approximately 30 Hounsfield units. The patient underwent laparoscopic surgery using four trocars. During tumor dissection, a diaphragmatic tear occurred, exposing the left pleural cavity. A 16-Fr chest tube was inserted for pleural drainage. After complete tumor excision, air evacuation was performed and the diaphragm was repaired, followed by removal of the chest tube. The operative time was 155 minutes and estimated blood loss was 50 mL. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 5. Histopathological examination confirmed a benign schwannoma.

Conclusion: Retroperitoneal schwannoma is a rare condition with nonspecific clinical presentation. Definitive diagnosis relies mainly on postoperative histopathology. Complete surgical resection remains

¹Bệnh viện đa khoa Khu vực Thủ Đức

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Vũ Thiện Phúc

Email: drvtphuc1996@gmail.com

Mã bài: TTN-3

Ngày nhận bài: 10/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 9/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

the standard treatment. Laparoscopic surgery can be a safe and effective approach in selected cases, offering the benefits of minimally invasive surgery.

Keywords: Retroperitoneal schwannoma; laparoscopic surgery; minimally invasive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

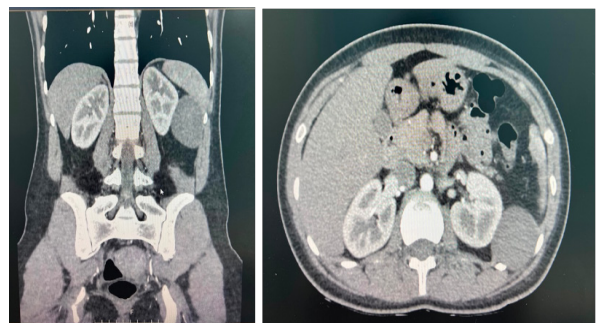
Schwannoma là một dạng bướu lành tính có nguồn gốc từ vỏ bao thần kinh, tỷ lệ xuất hiện sau phúc mạc khá hiếm dưới 2% [1]. Phương tiện chẩn đoán schwannoma thường rất khó, chỉ dựa vào giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch của mẫu mô được cắt ra từ bướu sau phẫu thuật [2]. Do đó, bướu schwannoma thường được phát hiện tình cờ hoặc khi kích thước bướu to chèn ép gây ra những triệu chứng như: đau bụng, tăng huyết áp, đau quặn thận, đau đầu [3].

Điều trị bướu schwannoma sau phúc mạc thì cắt trọn bướu vẫn là lựa chọn điều trị ưu tiên. Tuy nhiên, khi bướu xâm lấn vào lỗ liên hợp, việc cắt bỏ bướu thần kinh sẽ gây ảnh hưởng đến chức năng thần kinh và việc thực hiện phẫu thuật khó khăn, có thể sót bướu và cần xạ trị bổ sung sau phẫu thuật để giảm nguy cơ tái phát [4]. Vì thế, tùy theo kích thước, vị trí bướu, sự liên quan của bướu với các cơ quan lân cận mà phẫu thuật viên sẽ lựa chọn cách tiếp cận bướu bằng mổ mở hay phẫu thuật nội soi. Việc chọn lựa thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bướu schwannoma sau phúc mạc sẽ khó khăn hơn mổ mở đòi hỏi sự tỉ mỉ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nhưng nếu thực hiện thành công sẽ mang lại những lợi ích như giảm đau vết mổ sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn, lượng máu mất sẽ ít hơn so với mổ mở. Đặc biệt những năm gần đây, phẫu thuật ít xâm lấn đang được đẩy mạnh trong điều trị bướu schwannoma sau phúc mạc và đã được nhiều tác giả áp dụng với kết quả an toàn [5,6]. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi tiếp cận và điều trị thành công một bệnh nhân phát hiện bướu sau phúc mạc có bản chất là schwannoma tại Bệnh viện đa khoa Khu vực Thủ Đức. Chúng tôi quyết định chọn ca bệnh này vì kích thước bướu lớn khoảng 10 cm, vị trí của bướu đi sau cơ hoành là một thách thức cho phẫu thuật viên vì dễ tổn thương

cơ hoành và màng phổi.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

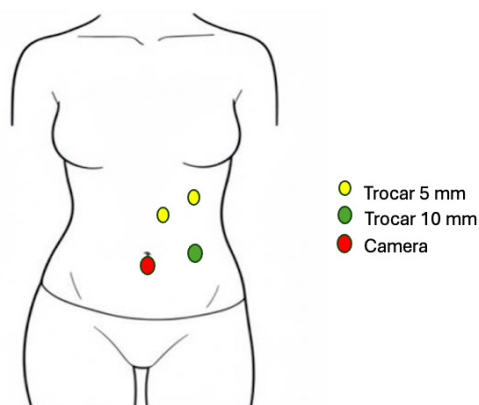
Bệnh nhân nữ 25 tuổi, tiền căn chưa ghi nhận bất thường. Đến khám tại Bệnh viện đa khoa Khu vực Thủ Đức với triệu chứng đau hông trái. Triệu chứng lâm sàng đau âm ỉ hông trái nhiều năm nay, gần đây đau tăng lên không giảm đau, ấn hông lưng trái không đau, rung thận trái âm tính. Công thức máu ghi nhận bạch cầu máu 7,5 K/uL. Tổng phân tích nước tiểu ghi nhận nitrite (-), leu 500 L. Siêu âm hệ niệu ghi nhận khối echo giữa lách và thận trái. Cắt lớp vi tính (CLVT) hệ niệu ghi nhận 1 khối choán chỗ sau phúc mạc trái với kích thước 100 x 50 x 40 mm, giới hạn rõ, bờ tròn đều, không bắt thuốc cản quang, độ Hounsfield khoảng 30 HU. Khối bướu không xâm lấn mạch máu lớn (động mạch chủ bụng, động mạch thận trái), các cấu trúc lân cận. Do hạn chế điều kiện, bệnh nhân chưa được chụp cộng hưởng từ (MRI), tuy nhiên hình ảnh CLVT cho thấy đặc điểm phù hợp với bướu lành tính (Hình 1).



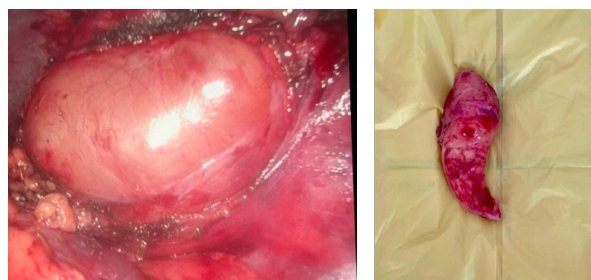
Hình 1. Bướu sau phúc mạc trên phim cắt lớp vi tính hệ niệu

Chúng tôi quyết định chọn hướng tiếp cận nội soi qua ổ bụng. Bệnh nhân nằm nghiêng trái khoảng 60 độ. Vào ổ bụng với 4 trocar (2 trocar 10 mm, 2 trocar 5 mm), vị trí trocar được mô tả chi tiết (Hình 2). Hạ đại tràng trái vào khoang sau phúc mạc để tiếp cận bướu, quan sát thấy một khối bướu trơn láng có kích thước khoảng 100 x 50 x 40 mm nằm kéo dài dọc theo bờ ngoài thận trái đến mặt sau cơ hoành, gần đúng với hình ảnh của CLVT hệ niệu (Hình 3). Bóc tách xung

quanh bướu cần thận nhận thấy bướu có những mạch máu nuôi, tiến hành kẹp khổng chế những mạch máu này bằng hemolock, sau đó cắt những mạch máu đã kẹp. Bóc tách trọn bướu đi theo hướng lên trên thì quan sát thấy phần trên bướu đi sau cơ hoành, trong quá trình bóc tách do phần bướu dính chặt vào phần sau cơ hoành nên quá trình bóc tách khó khăn, cố gắng tách theo ranh giới bướu nhận thấy rách cơ hoành lộ ra màng phổi trái. Sau đó, quyết định dẫn lưu màng phổi trái bằng thông oxy 16 Fr trong quá trình phẫu thuật. Khi lấy trọn được bướu thì tiến hành đui khí, khâu phục hồi lại cơ hoành và màng phổi trái bằng chỉ vicryl 4-0, rút dẫn lưu màng phổi trái. Kiểm tra cầm máu kỹ xung quanh, kết thúc phẫu thuật. Dẫn lưu dọc rãnh đại tràng trái và lấy bướu qua túi bệnh phẩm bằng đường rạch da dưới rốn dài khoảng 3 cm. Đóng bụng kết thúc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ghi nhận là 155 phút, lượng máu mất là 50 mL.



Hình 2. Vị trí vào trocar ổ bụng để tiếp cận bướu



Hình 3. Bướu ghi nhận trong quá trình phẫu thuật và khi lấy ra sau phẫu thuật

Hậu phẫu ngày 1, bệnh nhân được rút thông niệu đạo bàng quang, bệnh nhân khó thở nhẹ được chụp x-quang ngực thẳng kiểm tra lại, ghi nhận tràn khí màng phổi trái lượng ít. Hậu phẫu ngày 03, bệnh nhân còn đau nhẹ vết phẫu thuật, được rút ống dẫn lưu, giảm tình trạng khó thở. Đến ngày hậu phẫu thứ 5, bệnh nhân tạm ổn được xuất viện. Kết quả giải phẫu bệnh thu được là bướu vỏ bao thần kinh schwannoma (Hình 4). Bệnh nhân tái khám sau 3 tháng ghi nhận hồi phục tốt và không ghi nhận các biến chứng khác sau phẫu thuật.

2. NHẬN XÉT VI THỂ

Bướu cấu tạo bởi những tế bào hình thoi, sắp xếp thành bó hoặc dạng song song như hàng rào, nhân nhỏ đều đặn, mô đệm thường thoái hóa niêm.

3. CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

1-3. BƯỚU VỎ BAO THẦN KINH (SCHWANNOMA)

Hình 4. Kết quả giải phẫu bệnh của bướu sau phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Bướu schwannoma nguyên phát là bướu vỏ bao thần kinh [1]. Đa số là bướu lành tính, phát triển chậm, đơn độc. Tỷ lệ bướu schwannoma sau phúc mạc dao động khoảng 0,3 – 3,2% [1,3]. Schwannoma khi nhuộm mô học thì dương tính với marker S-100, nhưng lại âm tính với marker CD 34 và CD 117, đây là một điểm giúp phân biệt schwannoma với các loại bướu thần kinh khác [7]. Theo tác giả Ozer và cộng sự (2017) độ tuổi ở người trưởng thành phát hiện bướu thường gặp là từ 20 – 50 tuổi, có phần trẻ hơn so với độ tuổi thường gặp của tác giả Luo và cộng sự (2017) là 50 – 60 tuổi [3,8]. Đặc điểm tuổi bệnh nhân của chúng tôi trong ca lâm sàng này khá phù hợp với tác giả Ozer và cộng sự (2017) [3]. Bướu schwannoma về mặt giải phẫu bệnh dưới kính hiển vi được chia làm hai vùng là Antoni A (tế bào thoi dày, đặc, tăng quang rõ) và Antoni B (tế bào thưa, giàu dịch, dễ thoái hóa nang, ít tăng quang) [4]. Sự pha trộn hai vùng này khiến khối bướu thường có hình ảnh không đồng nhất, kèm thoái hóa, hoại tử, vôi hoá hoặc xuất huyết [1].

Về mặt triệu chứng lâm sàng, những bệnh nhân có bướu schwannoma sau phúc mạc thường không có triệu chứng hoặc có triệu chứng hết sức mơ hồ (đau lưng, bụng chướng). Phụ thuộc vào vị trí bướu, kích thước bướu những triệu chứng thứ phát có thể xuất hiện như tăng huyết áp, tiểu máu, đau quặn thận [3]. Khoảng sau phúc mạc là một khoang khá lớn và mềm mại, bướu schwannoma lại phát triển chậm nên việc chẩn đoán bướu sau phúc mạc thường chậm trễ hoặc tình cờ. Do đó, kích thước bướu đã khá lớn tại thời điểm chẩn đoán. Về mặt hình ảnh học, siêu âm và cắt lớp vi tính giúp xác định vị trí, kích thước, sự liên quan đến các cơ quan lân cận của bướu [3]. Trong khi đó, MRI thì sẽ mang lại hình ảnh tốt hơn trong xác định nguồn gốc bướu, cấu trúc mạch máu, liên quan với các cơ quan lân cận rõ hơn. Trên MRI, schwannoma thường trơn láng tín hiệu ngang bằng với cơ trên T1-weighted và cao hơn so với cơ trên T2-weighted [2]. Tuy nhiên, không có một chẩn đoán hình ảnh nào là đặc hiệu cho bướu schwannoma.

Chẩn đoán phân biệt với bướu schwannoma bao gồm bướu tế bào cận hạch thần kinh trên hình ảnh học sẽ thấy tăng sinh mạch máu rất mạnh, bắt thuốc tương phản mạnh trên CT và MRI. Bướu sợi thần kinh trên hình ảnh học MRI sẽ thấy tăng tín hiệu trên T1-weighted và giảm tín hiệu trên T2-weighted, bên cạnh đó bướu sợi thần kinh thuộc nhóm bướu sợi thần kinh loại 1 (NF1) liên quan đến đột biến gen NF1 trên nhiễm sắc thể số 17, trong khi đó bướu schwannoma thuộc nhóm bướu sợi thần kinh loại 2 (NF2) liên quan đến đột biến gen NF2 trên nhiễm sắc thể số 22. Bướu hạch thần kinh trên phương diện hình ảnh học thường có hình dạng dài ôm theo trục thần kinh, trên MRI thì T2-weighted bắt gặp những tín hiệu thấp và có các dải cong tín hiệu cao hơn tạo thành hình dạng xoắn ốc. Ngoài ra, những loại bướu sau phúc mạc ác tính như fibrosarcoma trên hình ảnh MRI thấy một khối mô mềm không đồng nhất, bờ không đều, có hình ảnh hoại tử mô. Đối với liposarcoma dựa trên hình ảnh học là một khối chứa thành phần mỡ với mức độ không đồng nhất, có thể kèm vách dày, nốt mô đặc và bắt thuốc không đều; các

vùng mất thành phần mỡ hoặc mô đặc tăng sinh gợi ý dạng ác tính cao hơn [2,4].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, bệnh đến khám với một triệu chứng khá mơ hồ đau âm ỉ hông trái, tình cờ phát hiện một cấu trúc bất thường trên siêu âm và được chỉ định chụp cắt lớp vi tính hệ niệu để chẩn đoán xác định. Trên cắt lớp vi tính hệ niệu chúng tôi quan sát thấy một cấu trúc dạng khối tròn đơn giản, độ Hounsfield khoảng 30 HU, không có dấu hiệu thoái hóa hay hoại tử nang, bướu không liên quan với thận, nằm cạnh bờ ngoài thận trái, gần với vị trí của các sợi thần kinh sau phúc mạc, cạnh cột sống, bướu nằm kéo dài đến phía sau cơ hoành. Về phương diện hình ảnh học, khá tương đồng với bướu schwannoma trong y văn và mô tả của một số tác giả khác trên thế giới, được chẩn đoán phân biệt với các bướu thần kinh khác theo y văn.

Hiện nay, phẫu thuật cắt trọn bướu sau phúc mạc vẫn là lựa chọn điều trị ban đầu [4-6]. Với xu hướng việc điều trị bướu schwannoma sau phúc mạc sẽ được phối hợp đa chuyên khoa, ưu tiên phương pháp ít xâm lấn giúp lấy trọn bướu nhưng vẫn giữ được chức năng thần kinh của bệnh nhân. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt trọn bướu lên đến 87% [6]. Nhưng nếu bướu xâm lấn vào lỗ liên hợp việc cắt trọn bướu là không thể, với tỷ lệ tái phát bướu lên đến 10 – 20 %, có thể phối hợp hóa trị và xạ trị bổ sung để tăng hiệu quả điều trị [4,5]. Bên cạnh đó, những trường hợp bướu phát triển chậm và không triệu chứng có thể được theo dõi định kỳ, nhưng phẫu thuật cắt bướu khi có thể vẫn được khuyến khích. Ngoài ra, có thể phối hợp nhiều phương pháp điều trị giúp đạt kết quả tốt hơn như nút mạch trước phẫu thuật giúp giảm tình trạng chảy máu trong phẫu thuật, hoặc có thể đốt sóng cao tần và phương pháp đông lạnh mô với những trường hợp không phẫu thuật được, tái phát. Việc thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bướu schwannoma sau phúc mạc đã được nhiều tác giả báo cáo thành công. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần được cá nhân hóa phụ thuộc vào các yếu tố như vị trí, kích thước của bướu, sự liên quan của bướu với các

cấu trúc xung quanh, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nhưng với sự phát triển của dụng cụ nội soi và nâng cao tay nghề của phẫu thuật viên thì việc thực hiện nội soi cắt bướu schwannoma sau phúc mạc là khả thi, giúp mang lại những lợi ích như vết mổ nhỏ giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân, thời gian phục hồi sau phẫu thuật nhanh, ít nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật [4,5].

Trong trường hợp của chúng tôi, bướu có kích thước lên đến 10 cm, vị trí bướu nằm kéo dài từ cực dưới thận đến phía sau cơ hoành, nên nếu tiếp cận sau phúc mạc thì sẽ khó khăn hơn trong chọn vị trí trocar và khoang thao tác cho phẫu thuật viên, do đó chúng tôi chọn cách tiếp cận bướu ở ngã trước qua nội soi ổ bụng. Chỉ định phẫu thuật nội soi phù hợp với những tác giả khác trên thế giới với kích thước bướu trung bình là 16 cm [5]. Kết quả phẫu thuật chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật là 155 phút khá tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả khác với thời gian phẫu thuật trung bình là 169 phút [5]. Lượng máu mất sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận là 50 ml và thấp hơn so với lượng máu mất sau phẫu thuật của một số tác giả khác là khoảng 200 ml, sự khác biệt này có thể đến từ những yếu tố như vị trí bướu, sự liên quan của bướu với các mạch máu lớn xung quanh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [5]. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 5 ngày tương đồng với thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật của một số tác giả khác là $4,66 \pm 3,37$ ngày [5]. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi đã lấy trọn được bướu nhưng do vị trí phần trên bướu đi phía sau cơ hoành và dính chặt vào cơ hoành nên làm mất ranh giới giải phẫu khiến quá trình bóc tách lấy trọn bướu khó khăn, chúng tôi cố gắng bóc tách tối đa và trong quá trình bóc tách ghi nhận rách cơ hoành và màng phổi trái. Biến chứng này được xử lý kịp thời bằng cách dẫn lưu màng phổi trái, sau khi cắt trọn được bướu chúng tôi tiến hành đuổi khí và khâu lại cơ hoành và màng phổi trái. Phân loại biến chứng sau phẫu thuật thuộc nhóm IIIA theo phân loại Clavien-Dindo. Do đó, việc đánh giá hình ảnh học trước phẫu thuật như các cấu trúc liên quan với

bướu là rất quan trọng, việc bóc tách nên tỉ mỉ và cẩn thận hơn trong quá trình phẫu thuật đối với các trường hợp bướu dính chặt vào cơ quan lân cận, mất đi ranh giới giải phẫu. Trong trường hợp tai biến này chúng tôi đã phát hiện và xử lý kịp thời trong quá trình phẫu thuật nên bệnh nhân sau đó phục hồi khá tốt. Về giải phẫu bệnh của bệnh nhân sau phẫu thuật mô tả tế bào có dạng hình thoi, sắp xếp thành bó dọc hoặc song song như hàng rào, nhân nhỏ đều đặn tương ứng với mô tả Antoni A, do đó tiên lượng tái phát bướu rất thấp. Sau 3 tháng tái khám theo dõi sau phẫu thuật bệnh nhân được đánh giá lại bằng hình ảnh CLVT hệ tiết niệu không ghi nhận dấu hiệu bướu tái phát.

V. KẾT LUẬN

Bướu schwannoma nguyên phát sau phúc mạc xuất hiện với tỷ lệ rất thấp. Triệu chứng lâm sàng thường mơ hồ, hoặc phát hiện tình cờ khi đến khám. Chẩn đoán xác định schwannoma vẫn còn phụ thuộc vào giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Phương pháp điều trị hiện nay vẫn là cắt trọn bướu, nhưng tùy theo kinh nghiệm mà phẫu thuật viên có thể chọn phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi tùy thuộc vào kích thước và vị trí bướu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rajkumar JS, Ganesh D, Anirudh JR, Akbar S, Kishore CM.** Laparoscopic Excision of Retroperitoneal Schwannoma J Clin Diagn Res. 2015;9(11):Pd05–7.
2. **Debaibi M, Essid R, Sghair A, Zouari R, Sahnoun M, Dhaoui A, et al.** Retroperitoneal schwannoma: Uncommon location of a benign tumor Clin Case Rep. 2022;10(4):e05726.
3. **Ozer C, Goren MR, Hasbay B, Erbay G.** Retroperitoneal Schwannoma: A Case Report/ Retroperitoneal Schwannom: Bir Olgu Sunumu Journal of Urological Surgery. 2017;4(2):79–82.
4. **Ribeiro MA, Jr., Elias YG, Augusto SS, Néder PR, Costa CT, Maurício AD, et al.** Laparoscopic resection of primary retroperitoneal schwannoma: A case report World J Clin Cases. 2020;8(18):4114–21.
5. **Lesko D, Soltes M, Tomasurova D, Katuchova**

- J. Laparoscopic resection of retroperitoneal retrocaval schwannoma with review of literature Bratislava Medical Journal. 2025;126(5):649–60.
6. Hou Y, Yang Y, Li B, Zheng R, Liao X, Peng Q, et al. Laparoscopic resection of an incidental retroperitoneal schwannoma in a 74-year-old male: a case report and literature review Front Oncol. 2025;15:1668644.
7. Bindal V, Bhatia P, Kalhan S, Khetan M, John S, Ali A, et al. Robot-assisted excision of a large retroperitoneal schwannoma JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2014;18(1):150.
8. Luo C-H, Miao C. Characteristics and clinical manifestations of retroperitoneal tumor. Retroperitoneal Tumors: Clinical Management: Springer; 2017. p. 17–24.

VIÊM BÀNG QUANG NHẬP VIỆN: ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN VÀ THÁCH THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ DO ĐA KHÁNG KHÁNG SINH

Huỳnh Đoàn Phương Mai¹, Huỳnh Lê Hạ¹, Trần Đức Việt¹, Hồ Ngọc Trà Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm bàng quang là bệnh lý phổ biến, thường điều trị ngoại trú, nhưng có trường hợp cần nhập viện điều trị kháng sinh tĩnh mạch. Sự gia tăng vi khuẩn đa kháng, đặc biệt là Enterobacteriaceae sinh men đa kháng, gây khó khăn trong việc lựa chọn phác đồ kháng sinh và kéo dài thời gian nằm viện. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm, xác định phổ vi khuẩn và mức độ đa kháng kháng sinh, cũng như đánh giá tỷ lệ phù hợp của kháng sinh khởi trị.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu ở bệnh nhân viêm bàng quang nhập viện điều trị kháng sinh tại khoa Niệu nữ - Niệu chức năng, Bệnh viện Bình Dân, từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Trong số 81 bệnh nhân, nữ giới chiếm 92,6%, với tuổi trung vị 64,0 (46,0-70,5) tuổi. *Escherichia coli* chiếm 55,8%, trong đó 45,8% sản xuất men β -lactamase phổ rộng và 12,5% carbapenemase. Carbapenem và amikacin còn hoạt tính tương đối tốt lần lượt là >50,0% và 66,7%. 70,4% bệnh nhân đã dùng

kháng sinh ngoại trú trong 90 ngày trước nhập viện. Kháng sinh ban đầu phù hợp theo hướng dẫn bệnh viện ở 23/25 trường hợp; 5/16 có hoạt tính với vi khuẩn theo kháng sinh đồ. Phối hợp kháng sinh chỉ chiếm 19,8%. Thời gian điều trị trung vị là 8 (7-10) ngày. Không có sự khác biệt thống kê về tỷ lệ sinh men đề kháng kháng sinh giữa các nhóm có đái tháo đường và không, lớn tuổi, hay đã dùng kháng sinh ngoại trú trước đó.

Kết luận: Viêm bàng quang phải nhập viện có tỷ lệ vi khuẩn sản xuất men đa kháng cao, *Escherichia coli* là tác nhân chủ yếu. Tiền sử điều trị kháng sinh ngoại trú và bệnh lý mạn tính như đái tháo đường có thể ảnh hưởng đến việc chọn lựa kháng sinh khởi trị.

Từ khóa: Viêm bàng quang, nhiễm khuẩn tiết niệu, đa kháng kháng sinh.

SUMMARY

HOSPITALIZED CYSTITIS: PATIENT CHARACTERISTICS AND CHALLENGES IN THE MANAGEMENT OF MULTIDRUG-RESISTANT INFECTIONS

Objective: Cystitis is a common condition typically managed in an outpatient setting; however, some cases require hospitalization for intravenous antibiotic therapy. The rise of multidrug-resistant (MDR) bacteria, particularly MDR Enterobacteriaceae, complicates the selection of antibiotic regimens and extends length of stay. This study aimed to characterize clinical features, identify the bacterial spectrum and the degree of multidrug resistance, and evaluate the appropriateness

¹ Bệnh viện Bình Dân

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Đoàn Phương Mai
Email: drhdpmai005@gmail.com

Mã bài: TTN-3a

Ngày nhận bài: 11/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/4/2026

Ngày duyệt bài: 26/5/2026