

yếu tố có thể thực hiện được như giải thích, động viên người bệnh sử dụng bảo hiểm y tế ngay từ khi chẩn đoán và giải thích phương pháp điều trị. Từ những điều tìm ra trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn nâng cao hơn việc trao đổi, giải thích, trấn an người bệnh trước phẫu thuật. Nếu người bệnh stress kéo dài và không được kiểm soát sẽ dẫn tới nguy cơ trầm cảm, lo âu thực sự nặng nề, và sẽ là mối quan tâm, gánh nặng của không chỉ gia đình mà còn là của toàn xã hội.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Derby R, Lettice JJ, Kula TA, Lee SH, Seo KS, Kim BJ.** Single-level lumbar fusion in chronic discogenic low-back pain: psychological and emotional status as a predictor of outcome measured using the 36-item Short Form. *J Neurosurg Spine.* 2005;3(4): 255-261. doi:10.3171/spine.2005.3.4.0255.
2. **Nguyễn Thị Phương.** Khảo sát mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023. *Tạp Chí Học Thâm Hoa Và Bông.* 2023;(3):54-65. doi:10.54804/yhthvb.3.2023.23.
3. **Prabhu MC, et al,** (2022), History and Evolution of the Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion. *Neurospine* 2022;19(3):479-491.
4. **Phạm Quang Minh, Vũ Hoàng Phương, và Nguyễn Thị Linh.** Khảo Sát Tình Trạng Lo âu, Stress Trước Phẫu Thuật ở Bệnh Nhân Mổ Phiên Tại Khoa Chấn Thương Chính Hình Và Y Học Thể Thao Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2022; (10):85- 91.
5. **Sinclair SJ, Siefert CJ, Slavin-Mulford JM, và cộng sự.** Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of U.S. adults. *Eval Health Prof.* 2012; 35 (3): 259-279. doi:10.1177/0163278711424282.
6. **Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, et al.** Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anesthesiol.* 2018; 84(11). doi: 10.23736/S0375-9393.18. 12520-X.
7. **Toyone T, Tanaka T, Kato D, Kaneyama R, Otsuka M.** Patients' expectations and satisfaction in lumbar spine surgery. *Spine* 2005;30:2689-2694.
8. **Trief PM, Ploutz-Snyder R, Fredrickson BE.** Emotional health predicts pain and function after fusion: a prospective multicenter study. *Spine* 2006;31:823-830.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT Ở BỆNH NHÂN TĂNG SINH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ TĂNG PSA TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nghiêm Trung Dũng<sup>1,2</sup>, Đặng Thị Việt Hà<sup>1,3</sup>,  
Vũ Công Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Hiếu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Theo EAU 2019, sinh thiết tuyến tiền liệt dưới sự hướng dẫn của siêu âm qua trực tràng (TRUS) là kĩ thuật có vai trò quan trọng giúp phát hiện sớm và là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt đặc biệt ở đối tượng có tăng PSA toàn phần. Vì vậy, để đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt cũng như tìm hiểu mối liên quan giữa kết quả sinh thiết với các yếu tố khác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt và đối chiếu với một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 105 bệnh nhân tăng sinh tuyến tiền liệt có PSA toàn phần > 4ng/ml, có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt từ tháng 7/2022 đến tháng 3/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 71.38 ± 7.26, tuổi cao nhất 87, tuổi thấp nhất

55, lứa tuổi chiếm đa số là từ 61-80 tuổi. Tỷ lệ phát hiện ung thư là 55.2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ PSA toàn phần, phân độ tổn thương trên MRI theo PIRADS và vị trí tổn thương với kết quả sinh thiết. **Kết luận:** Khuyến cáo thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt ở những đối tượng có: (1) PSA toàn phần > 10 ng/ml hoặc tỉ số PSA tự do/PSA toàn phần < 0.25 ở bệnh nhân có PSA toàn phần < 10ng/ml, (2) tổn thương trên MRI được phân loại từ PIRADS IV trở lên, (3) vị trí tổn thương nằm ở vùng ngoại vi hoặc cả vùng chuyển tiếp và ngoại vi của tuyến tiền liệt

**Từ khóa:** Tăng sinh tuyến tiền liệt ung thư tuyến tiền liệt sinh thiết tuyến tiền liệt PSA toàn phần.

### SUMMARY

#### INITIAL ASSESSMENT OF BIOPSY RESULTS IN PATIENTS WITH PROSTATE HYPERPLASIA WITH INCREASED TOTAL PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** According to EAU 2019, prostate biopsy under transrectal ultrasound (TRUS) guidance is a crucial technique for early detection and is considered the gold standard for diagnosing prostate cancer. Therefore, to evaluate the results of prostate biopsy and explore the relationship between biopsy outcomes and other factors, we conducted this study.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: nghiemitrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

**Research Objectives:** To assess biopsy results and compare them with relevant factors at Bach Mai Hospital. **Subjects and Research Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 105 patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) with total PSA > 4 ng/ml, who were indicated for prostate biopsy from July 2022 to March 2025. **Results:** The average age was 71.38 ± 7.26 years, with the oldest being 87 years and the youngest 55 years. The majority of patients were aged between 61-80 years. The cancer detection rate in this study was 55.2%. There was a statistically significant correlation between total PSA levels, MRI lesion classification according to PIRADS, and the location of prostate lesions with biopsy results. **Conclusion:** Prostate biopsy is recommended for individuals with: (1) Total PSA > 10 ng/ml or free PSA/total PSA ratio < 0.25 in patients with total PSA < 10 ng/ml, (2) MRI-identified lesions classified as PIRADS IV or higher, (3) Lesions located in the peripheral zone or involving both the transition and peripheral zones of the prostate. **Keywords:** Benign prostatic hyperplasia, prostate cancer, prostate biopsy, total PSA.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trên thế giới, ung thư tiền liệt tuyến là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai do ung thư ở nam giới chỉ sau ung thư phổi [1]. Tại Việt Nam, ung thư tuyến tiền liệt là 1 trong 10 loại ung thư thường gặp ở nam giới [1]. Nếu ung thư tuyến tiền liệt được phát hiện sớm ở giai đoạn còn khu trú, tỷ lệ sống sau 5 năm là 98%, tuy nhiên ở giai đoạn đã có di căn, tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 28% [2]. Do đó, yêu cầu đặt ra có các bác sĩ cần chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị sớm ung thư tuyến tiền liệt giúp nâng cao hiệu quả điều trị. Sinh thiết tuyến tiền liệt dưới sự hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng (TRUS) là kĩ thuật có vai trò quan trọng giúp phát hiện sớm và là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt đặc biệt ở đối tượng có tăng PSA toàn phần [3]. Vì vậy, để đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt cũng như tìm hiểu mối liên quan giữa kết quả sinh thiết với các yếu tố khác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Bước đầu đánh giá kết quả sinh thiết ở bệnh nhân tăng sinh tuyến tiền liệt có tăng PSA toàn phần tại Bệnh viện Bạch Mai".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Mục tiêu nghiên cứu**

- Đánh giá kết quả sinh thiết ở bệnh nhân tăng sinh tuyến tiền liệt có tăng PSA toàn phần tại Bệnh viện Bạch Mai.
- Đối chiếu kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt với một số yếu tố liên quan khác.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu**

**2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân có một hoặc bao gồm các dấu hiệu sau được chỉ định sinh thiết TTL:

- Bệnh nhân có PSA toàn phần > 4 ng/ml (1) hoặc
  - Thăm trực tràng TTL nghi ngờ UTTTL (2) hoặc
  - Chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt có hình ảnh nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt (3).
  - Bệnh nhân được sinh thiết 12 mẫu bằng siêu âm qua trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai (4).
- Trong đó, tiêu chuẩn (1) và (4) là bắt buộc.

**2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:**

- Các bệnh nhân không đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Bệnh nhân sinh thiết tuyến tiền liệt không đủ 12 mẫu.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 2 năm 2025, chúng tôi có tất cả 105 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

**2.4. Xử lý số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS 20.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
50-60	8	7.6%
61-70	40	38.1%
71-80	48	45.7%
>80	9	8.6%

**Nhận xét:** Độ tuổi của bệnh nhân từ 50-90 tuổi và trung bình là 71.38 ± 7.26, bệnh nhân có tuổi cao nhất là 87 và thấp nhất là 55.

**Bảng 3.2. Kết quả sinh thiết tiền liệt tuyến**

Kết quả sinh thiết	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
K	58	55.2%
Quá sản lành tính	45	42.9%
Viêm hạt do lao	2	1.9%

**Nhận xét:** Tỉ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt trong nghiên cứu là 55.2%.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt với chỉ số PSA toàn phần.**

PSA (ng/ml)	GPB						Tổng	
	K		Quá sản lành tính		Viêm hạt do lao			
	N	%	N	%	N	%	N	%

4-10	8	33.3%	16	66.7%	0	0%	24	100%
10-20	13	40.6%	17	53.1%	2	6.2%	32	100%
>20	37	75.5%	12	24.5%	0	0%	49	100%

$P=0.001, F=17.839$

**Nhận xét:** Bệnh nhân có PSA toàn phần < 10, tỉ lệ sinh thiết kết quả ung thư chiếm 33.3%, thấp nhất trong 3 nhóm. Nhóm có tỉ lệ sinh thiết ra ung thư cao nhất là nhóm có PSA toàn phần > 20 với tỉ lệ 75.5%. Tỉ lệ ung thư và nồng độ PSA toàn phần có mối tương quan có ý nghĩa thống kê,  $p=0.001$ .

fPSA/tPSA	GPB				Tổng	
	K		Quá sản lành tính			
	N	%	N	%	N	%
<0.1	2	100%	0	0%	2	100%
0.1-0.25	5	33.3%	10	66.7%	15	100%
>0.25	1	14.3%	6	85.7%	7	100%

$P=0.109, F=17.839$

**Nhận xét:** Có 24 bệnh nhân có xét nghiệm PSA 4-10 ng/ml, trong đó tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần < 0.1 đều cho kết quả ung thư. Nhóm tỉ lệ từ 0,1 – 0,25 có 5 bệnh nhân (33.3%) ung thư và > 0,25 là 7 bệnh nhân, trong đó 1 bệnh nhân (14.3%) ung thư. Tỉ lệ ung thư và tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê,  $p=0.109$ .

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt với phân độ tổn thương trên MRI theo PIRADS**

PIRADS	GPB					Tổng		
	K		Quá sản lành tính		Viêm hạt do lao			
	N	%	N	%	N	%	N	%
2	1	20%	4	80%	0	0%	5	100%
3	4	23.5%	12	70.6%	1	5.9%	17	100%
4	24	50%	23	47.9%	1	2.1%	48	100%
5	28	80%	7	20%	0	0%	35	100%

$P=0,001, F=18.733$

**Nhận xét:** Tỉ lệ ung thư cao nhất ở nhóm PIRADS 5 với 80%, thấp nhất ở nhóm PIRADS 2 với 20%, tỉ lệ ung thư và mức độ tổn thương theo phân độ PIRADS có mối tương quan có ý nghĩa thống kê,  $p=0.001$ .

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt với vị trí tổn thương tuyến tiền liệt trên MRI**

Vị trí	GPB					Tổng		
	K		Quá sản lành tính		Viêm hạt do lao			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Chuyển tiếp	7	17.9%	32	82.1%	0	0%	39	100%
Ngoại vi	25	83.3%	4	13.3%	1	3.4%	30	100%
Cả 2	26	76.5%	7	20.6%	1	2.9%	34	100%

Trung tâm	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
-----------	---	----	---	------	---	----	---	------

$P=0,001, F=47.557$

**Nhận xét:** Tỉ lệ ung thư cao nhất ở nhóm có tổn thương ở vùng ngoại vi và cả 2 vùng với tỉ lệ lần lượt là 83.3% và 76.5%, thấp nhất ở nhóm tổn thương ở vùng trung tâm. Tỉ lệ ung thư và vị trí tổn thương tuyến tiền liệt trên MRI có mối tương quan có ý nghĩa thống kê,  $p=0.001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Đa số bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi 61-80, chiếm 83.8%, nhóm tuổi 50-60 có tỉ lệ thấp nhất với 7.6%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $71.38 \pm 7.26$ , bệnh nhân có tuổi cao nhất là 87, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 55. Kết quả này tương đồng với kết quả của một số tác giả của các nghiên cứu trong nước như của Vũ Trung Kiên thực hiện trên 120 bệnh nhân có độ tuổi trung bình  $69.37 \pm 8.2$  tuổi, lứa tuổi chủ yếu trong nghiên cứu là 61-80 tuổi với 75.8% tổng số bệnh nhân [4]. Các nghiên cứu của nước ngoài có độ tuổi trung bình thấp hơn, nghiên cứu của Phillip (2004) thực hiện trên 445 bệnh nhân có tuổi trung bình 64.5 tuổi [5]. Từ kết quả này chúng ta có thể thấy rằng bệnh nhân ở nước ngoài được tầm soát ung thư tuyến tiền liệt và sinh thiết sớm hơn ở Việt Nam.

**4.2. Kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt.** Kết quả 58 bệnh nhân (55.2%) bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt, 45 bệnh nhân quá sản lành tính tuyến tiền liệt (42.9%), đặc biệt có 2 bệnh nhân có kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt nghi ngờ lao tuyến tiền liệt. Tỉ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số tác giả trong nước và quốc tế: Vũ Trung Kiên (33%) [4], Shim 27.8% [6].

**4.3. Đôi chiếu PSA toàn phần và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có PSA toàn phần từ 4-10 ng/ml, 10-20 ng/ml và > 20 ng/ml lần lượt là 24, 32 và 49 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ ung thư với từng nhóm trên lần lượt là 33.3%, 40.6% và 75.5%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Mai Hoàng Khoa và Nguyễn Trung Hiếu, trong đó tỉ lệ ung thư ở 3 nhóm có PSA toàn phần từ 4-10, từ 10-20 và >20ng/ml lần lượt là 33.3%, 17.5% và 67.6% [7]. Sự khác biệt ở đây là tỉ lệ ung thư trong nhóm có PSA toàn phần từ 10-20ng/ml trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu trên. Theo Catalonia, khi PSA < 4ng/ml thì tỉ lệ sinh thiết dương tính là 1/5, khi PSA từ 4-10ng/ml thì tỉ lệ

này là 1/4, và khi PSA > 10ng/ml thì tỉ lệ này tăng lên 1/2 đến 2/3 [8].

Trong số bệnh nhân có PSA toàn phần 4-10 ng/ml, có 2 bệnh nhân có tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần < 0,1, cả 2 bệnh nhân đều ung thư, từ 0,1 – 0,25 là 15 bệnh nhân, trong đó có 5 bệnh nhân (33.3%) ung thư và > 0,25 là 7 bệnh nhân, trong đó 1 bệnh nhân (14.3%) ung thư. Nghiên cứu của Vũ Trung Kiên cho thấy, 100% bệnh nhân có tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần < 0,1 có kết quả sinh thiết là ung thư [4]. Lê Tuấn Khuê (2012) khi phân tích kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt ở những bệnh nhân có tỷ lệ fPSA/tPSA trong 207 bệnh nhân có PSA < 10 ng/ml nhận thấy tỷ lệ ung thư ở nhóm dưới 0,1 chiếm đa số 47,3% [9]. Theo hướng dẫn của Hội Tiết niệu Châu Âu, chỉ định sinh thiết TTL bắt buộc nếu tỷ lệ fPSA/tPSA dưới 0,1 và cân nhắc trong trường hợp nằm trong khoảng từ 0,1 đến 0,25 [3]. Dựa trên kết quả phân tích trong nghiên cứu này, chúng tôi đề xuất sử dụng giá trị PSA toàn phần >10 ng/ml hoặc tỉ số PSA tự do/PSA toàn phần < 0.25 ở bệnh nhân có PSA<10 ng/ml là những chỉ định quan trọng cho sinh thiết nhằm chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn sớm.

**4.4. Môi trường quan giữa phân độ tổn thương trên MRI với kết quả sinh thiết tiền liệt tuyến.** Tỉ lệ ung thư cao nhất ở nhóm PIRADS 5 với 80%, thấp nhất ở nhóm PIRADS 2 với 20%, tỉ ung thư và mức độ tổn thương theo phân độ PIRADS có mối tương quan có ý nghĩa thống kê, p=0,001. Có 7 bệnh nhân (20%) được phân loại PIRADS 5 trên MRI sau sinh thiết có kết quả là quá sản lành tính, điều này có thể giải thích do các tổn thương lan toả như viêm tuyến tiền liệt cũng có các đặc điểm hạn chế khuếch tán và giảm tín hiệu trên T2W gây nhầm lẫn trong quá trình thăm khám. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Châu và CS sinh thiết trên 98 bệnh nhân tại Bệnh viện E năm 2018 với 83.78% bệnh nhân ở nhóm có kết quả chụp MRI được phân loại là PIRADS 5 và 29.2% bệnh nhân PIRADS 4 có kết quả sinh thiết là ung thư [10]. Nghiên cứu của Kizilay F và CS trên 177 bệnh nhân được sinh thiết TLT tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy tỉ lệ ung thư trong nhóm PIRADS 4 và 5 lần lượt là 43% và 67% [11]. Như vậy, tất cả đều cho thấy kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt và phân độ tổn thương trên MRI có mối tương quan có ý nghĩa thống kê. Vì vậy, chúng tôi đề xuất sinh thiết tuyến tiền liệt tuyệt đối với các bệnh nhân có tổn thương trên MRI là PIRADS 5, cân nhắc sinh thiết với các bệnh nhân

có tổn thương trên MRI là PIRADS 3 hoặc 4 tùy theo chỉ số PSA và thăm khám tuyến tiền liệt qua trực tràng.

**4.5. Môi trường quan giữa vị trí tổn thương trên MRI với kết quả sinh thiết tiền liệt tuyến.** Nghiên cứu của chúng tôi chia bệnh nhân thành 4 nhóm tổn thương theo vị trí: vùng chuyển tiếp, vùng ngoại vi, vùng trung tâm và vùng chuyển tiếp-ngoại vi. Tỉ lệ ung thư cao nhất ở nhóm có tổn thương ở vùng ngoại vi và cả 2 vùng với tỉ lệ lần lượt là 83.3% và 76.5%, thấp nhất ở nhóm tổn thương ở vùng trung tâm không có bệnh nhân nào. Vị trí tổn thương và khả năng ung thư có mối tương quan có ý nghĩa thống kê, p=0.001. Nghiên cứu của Trần Thị Linh (2020) cũng cho thấy tỉ lệ ung thư rất cao ở vùng ngoại vi (58.3%) và cả 2 vùng (92.6%) trong khi tỉ lệ ung thư ở vùng chuyển tiếp chỉ có 8.33% [12]. Vì vậy chúng tôi đề xuất sinh thiết tuyến tiền liệt tuyệt đối ở những bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ ung thư ở vùng ngoại vi và cả 2 vùng chuyển tiếp-ngoại vi, cân nhắc sinh thiết khi chỉ có tổn thương ở vùng chuyển tiếp hoặc vùng trung tâm đơn thuần tùy theo chỉ số PSA, phân độ PIRADS và thăm khám tuyến tiền liệt qua trực tràng.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ phát hiện ung thư trong nghiên cứu là 55.2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ PSA toàn phần, phân độ tổn thương trên MRI theo PIRADS và vị trí tổn thương tuyến tiền liệt với kết quả sinh thiết. Khuyến cáo thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt ở những đối tượng có: (1) PSA toàn phần > 10 ng/ml hoặc tỉ số PSA tự do/PSA toàn phần < 0.25 ở bệnh nhân có PSA toàn phần < 10ng/ml, (2) tổn thương trên MRI được phân loại từ PIRADS IV trở lên, (3) vị trí tổn thương nằm ở vùng ngoại vi hoặc cả vùng chuyển tiếp và ngoại vi của tuyến tiền liệt

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. F. e. al**, "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012," *Int J Cancer*, pp. 359-386, 2015.
2. **G. E. K. e. a. Patrick R. A**, "Ascertainment of Veterans With Metastatic Prostate Cancer in Electronic Health Records: Demonstrating the Case for Natural Language Processing.," *JCO clinical cancer informatics* 5, pp. 1005-1014, 2021.
3. **N. Mottet**, "EAU – ESTRO – SIOG Guidelines on Prostate Cancer," *European Association of Urology*, 2019.
4. **V. T. Kiên**, "Nghiên cứu ứng dụng phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm qua trực tràng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt," *Luận án tiến sỹ y học*, 2020.

5. **P. H. L. S. K. J. Shim HB**, "Optimal site and number of biopsy cores according to prostate volume prostate cancer detection in Korea," Urology, vol. 69, pp. 902-906, 2007.
6. **Nguyễn Trung Hiếu. Mai Hoàng Khoa**, "đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện trường đại học y dược cần thơ và bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ," tạp chí y dược học cần thơ, no. 74, 2024.
7. **Lê Tuấn Khuê**, "Khảo sát tỷ lệ f/t PSA khi PSA < 10ng/ml qua sinh thiết tuyến tiền liệt tại MEDIC," Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, vol. 16, no. 3, pp. 84-87, 2012.
8. **Nguyễn Minh Châu**, "kết quả bước đầu sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện e," vietnam medical journal, vol. 540, no. 2, pp. 30-34, 2024.
9. **S. D. R. T. e. a. Catalona W.J**, "Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer," The New England Journal Medicine, p. 1156, 1991.
10. **S. T. a. M. J.E**, "Adenocarcinoma of the prostate," Campbell's Urology 6th, 1992.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SA PA TỈNH LÀO CAI NĂM 2024

Bùi Xuân Lâm<sup>1</sup>, Đỗ Hồng Giang<sup>2</sup>,  
Vũ Ngọc Hà<sup>3</sup>, Nguyễn Ngọc Nghĩa<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi cấp tính bằng kháng sinh ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại bệnh viện đa khoa Sa Pa, tỉnh Lào Cai năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh có phân tích được thực hiện thông qua khám và theo dõi lâm sàng 148 trẻ em dưới 5 tuổi năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ là 22±7,5 tháng tuổi. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là sốt từ 38°C trở lên chiếm 100%, ho 96,2% (viêm phổi), 94,4% (viêm phổi nặng). Khó thở 43,8% (viêm phổi), 100% (viêm phổi nặng). Triệu chứng thực thể thường gặp là nhịp thở nhanh 73,1% (viêm phổi), 100% (viêm phổi nặng). Rút lõm lồng ngực 20,8% (viêm phổi), 100% (viêm phổi nặng). Phổi có ral ẩm 36,9% (viêm phổi), 100% (viêm phổi nặng). Trẻ mắc viêm phổi chiếm 87,8% và viêm phổi nặng chiếm 12,2%. Trẻ dưới 12 tháng tuổi mắc viêm phổi là 48,6%, viêm phổi nặng là 8,2%. Số trẻ được điều trị khỏi ra viện chiếm 95,3%, viêm phổi 96,2%, viêm phổi nặng 88,9%. Số ngày điều trị trung bình là 8±4,3, 6±4,5 (viêm phổi), 9±5,2 (viêm phổi nặng). **Kết luận:** Viêm phổi là bệnh thường gặp và có diễn biến nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi. Bệnh phải được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời, đồng thời sử dụng kháng sinh hợp lý, an toàn, hiệu quả. Kết quả điều trị khỏi bệnh viêm phổi cho trẻ đạt 95,3% trong đó viêm phổi đạt 96,2% và viêm phổi nặng là 88,9%. **Từ khóa:** Viêm phổi, Trẻ em dưới 5 tuổi, Đặc điểm lâm sàng, Khó thở

### SUMMARY

<sup>1</sup>Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Lào Cai

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa Sa Pa, tỉnh Lào Cai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa

Email: nghiakhanh2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN SA PA GENERAL HOSPITAL, LAO CAI PROVINCE 2024

**Objective:** Describe the clinical characteristics and evaluate the results of treatment of acute pneumonia with antibiotics in children under 5 years old treated at Sapa General Hospital, Lao Cai province in 2024. **Subjects and Methods:** The study describes a series of cases with analysis carried out through clinical examination and follow-up of 148 children under 5 years old in 2024. **Results:** The average age of children is 22±7,5 months. The most common functional symptoms are fever of 38°C or more, accounting for 100%, cough 96,2% (pneumonia), 94,4 (severe pneumonia). Shortness of breath 43.8% (pneumonia), 100% (severe pneumonia). Common physical symptoms are tachypnea 73,1 (pneumonia), 100% (severe pneumonia). Chest concave retraction 20,8% (pneumonia), 100% (severe pneumonia). The lungs have a moist ral of 36,9% (pneumonia), 100% (severe pneumonia). Children with pneumonia accounted for 87,8% and severe pneumonia accounted for 12,2%. Children under 12 months of age have pneumonia at 48,6%, severe pneumonia at 8,2%. The number of children treated for discharge from hospitals was 95,3%, pneumonia 96,2%, severe pneumonia 88,9%. The average number of days of treatment was 8±4,3, 6±4,5 (pneumonia), 9±5,2 (severe pneumonia). **Conclusion:** Pneumonia is a common disease in children under 5 years old. The disease must be correctly diagnosed and treated promptly, and use antibiotics reasonably, safely and effectively. The treatment result of pneumonia for children was 95,3%, with pneumonia was 96,2% and severe pneumonia was 88,9%.

**Keywords:** Pneumonia, Children under 5 years old, Clinical features, Shortness of breath

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một trong ba nguyên nhân chính gây tử vong ở