

- Cancer J Clin, 2018. **68**(6): p. 394-424.
- Oliveira, C., et al.**, Genetic screening for familial gastric cancer. *Hered Cancer Clin Pract*, 2004. **2**(2): p. 51-64.
 - Lauren, P.**, The Two Histological Main Types of Gastric Carcinoma: Diffuse and So-Called Intestinal-Type Carcinoma. An Attempt at a Histo-Clinical Classification. *Acta Pathol Microbiol Scand*, 1965. **64**: p. 31-49.
 - Guilford, P., et al.**, E-cadherin germline mutations in familial gastric cancer. *Nature*, 1998. **392**(6674): p. 402-5.
 - Lynch, H.T., et al.**, Hereditary diffuse gastric cancer: diagnosis, genetic counseling, and prophylactic total gastrectomy. *Cancer*, 2008. **112**(12): p. 2655-63.
 - Hansford, S., et al.**, Hereditary Diffuse Gastric Cancer Syndrome: CDH1 Mutations and Beyond. *JAMA Oncol*, 2015. **1**(1): p. 23-32.
 - Carneiro, F., et al.**, Molecular pathology of familial gastric cancer, with an emphasis on hereditary diffuse gastric cancer. *J Clin Pathol*, 2008. **61**(1): p. 25-30.
 - Adzhubei, I.A., et al.**, A method and server for predicting damaging missense mutations. *Nat Methods*, 2010. **7**(4): p. 248-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN QUA SINH THIẾT 12 MẪU

Vũ Trung Kiên¹, Đỗ Trường Thành²

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan giữa kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) đến giai đoạn bệnh, độ ác tính trên những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán qua sinh thiết 12 mẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ 12/2015 – 4/2017, 120 bệnh nhân đã được sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Việt Đức, kết quả 40 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phát hiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân 70.9 + 7.6, thăm trực tràng 37,5% tuyến tiền liệt có bất thường, siêu âm qua trực tràng 72,5% tuyến tiền liệt có hình ảnh nghi ngờ ung thư, PSA trung bình 32.03 + 2.29 ng/ml, tập trung nhiều ở nhóm PSA > 20 ng/ml (57,5%), PSA < 10 ng/ml chiếm 5%. Bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu được chẩn đoán ở giai đoạn I 7.5%, giai đoạn II 60%, giai đoạn III 15% và giai đoạn IV 17.5%. Tuổi, giá trị PSA càng tăng không có mối liên quan đến giai đoạn muộn và độ biệt hóa tế bào ung thư.

Kết luận: Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu giúp phát hiện bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt khi triệu chứng nghèo nàn, không có mối liên quan giữa PSA với giai đoạn ung thư và độ biệt hóa tế bào ung thư.

SUMMARY

CLINICAL - SUBCLINICAL FEATURES AND FACTORS RELATED TO PROGNOSIS IN PROSTATE CANCER PATIENTS DIAGNOSED BY 12- CORE PROSTATE BIOPSY

¹Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Kiên

Email: kvutruongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.10.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2019

Ngày duyệt bài: 30.12.2019

Objective: Describe clinical-subclinical features and relations between prostate specific antigen (PSA) and cancer stages, malignancy level in prostate cancer patients diagnosed by 12- core biopsy. **Materials and Methods:** From December 2015 to April 2017, A total of 120 patients underwent 12 -core transrectal ultrasound guided needle biopsy of the prostate, 40 patients have been diagnosed with prostate cancer. **Results:** The mean age was 70.9±7.6 years. abnormal digital rectal examination were 37.5%. Transrectal ultrasound found 72,5% of prostate gland is suspected with prostate cancer; the PSA mean was 32.03 ± 2.29 ng/ml, concentrated in patients with PSA > 20ng/ml (57,5%), PSA < 10ng/ml accounting for 5%; Prostate cancer patients mainly were diagnosed in stage I (7,5%); stage II (60%); stage III (15%) and stage IV (17,5%). Age and high PSA were not related with lately stage of cancer and cancer cell differentiation. **Conclusion:** 12- core prostate biopsy help to detect prostate cancer with non-specific symptoms, there was no correlations between PSA level and cancer stage also cancer cell differentiation.

Key words: 12- core transrectal ultrasound guide prostate biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt đứng đầu trong các bệnh hệ tiết niệu và đứng thứ hai trong các bệnh ung thư ở nam giới. Chẩn đoán xác định cần dựa vào thăm trực tràng, PSA huyết thanh, kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt, trong đó kết quả sinh thiết có vai trò quyết định. Chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) có ý nghĩa quan trọng làm giảm tỉ lệ tử vong do ung thư. Đánh giá các yếu tố nguy cơ của ung thư và mối liên quan như tuổi, giai đoạn ung thư, độ ác tính ... rất có ý nghĩa cho lựa chọn phương pháp điều trị ung thư tuyến tiền liệt [3],[4]. Triệu chứng của ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu nghèo nàn

giống triệu chứng tăng sinh tuyến tiền liệt (TTL) hoặc không có triệu chứng chỉ vô tình xét nghiệm PSA tăng hơn bình thường. Tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2010 đến tháng 01/2011 đã điều trị 119 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt nhưng bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn muộn[1]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 5 năm từ 01/01/2011- 31/12/2015 điều trị cho 292 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt, hầu hết ung thư ở giai đoạn muộn, 70% di căn lúc chẩn đoán [4]. Từ tháng 12/2015 đến tháng 4/2017 tại bệnh viện Việt Đức đã tiến hành sinh thiết TTL 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm cho 120 bệnh nhân, kết quả có 40 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Xuất phát từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với 2 mục tiêu sau:

1, *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán qua sinh thiết 12 mẫu.*

2, *Một số yếu tố liên quan đến giai đoạn và tiên lượng trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân (BN) ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán xác định qua sinh thiết TTL 12 mẫu tại bệnh viện Việt Đức. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt không được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết TTL 12 mẫu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu.

2.3. Chỉ định sinh thiết: Bệnh nhân có PSA > 10 ng/ml hoặc bệnh nhân thăm trực tràng tuyến tiền liệt bất thường hoặc bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tuyến tiền liệt qua trực tràng hoặc Chụp cộng hưởng từ có hình ảnh nghi ngờ ung thư.

2.4. Vị trí sinh thiết: Thực hiện sinh thiết 12 mẫu, 6 mẫu mỗi thùy và theo các vị trí của tuyến tiền liệt (đỉnh, trung tâm và đáy tuyến tiền liệt), Bên phải ký hiệu (I): 1, 2, 3, 4, 5, 6, bên trái ký hiệu (II): 7, 8, 9, 10, 11, 12

2.5. Các nội dung nghiên cứu:

***Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

- Tuổi, kết quả thăm khám tuyến tiền liệt qua trực tràng

- Siêu âm tuyến tiền liệt qua trực tràng: dấu hiệu nghi ngờ ung thư như các nốt giảm âm, bờ

tuyến tiền liệt không đều, hạch, dấu hiệu xâm lấn cổ bàng quang, túi tinh...

- Xét nghiệm PSA huyết thanh toàn phần, chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt.

***Một số yếu tố liên quan đến giai đoạn và tiên lượng bệnh.**

- Nhóm tuổi so với giai đoạn ung thư.

- Giá trị PSA toàn phần so với giai đoạn ung thư.

- Giá trị PSA toàn phần so với độ biệt hoá tế bào

- Giai đoạn ung thư so với độ biệt hoá tế bào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12/2015- 4/2017 tại Bệnh viện Việt Đức đã có 120 bệnh nhân sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm, kết quả 40 BN được phát hiện ung thư tuyến tiền liệt.

3.1 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

	Đặc điểm	Số lượng (%)
Tuổi	50 - 60	5(12,5)
	60 - 70	10(25)
	70 - 80	22(55)
	> 80	5(12,5)
	Tuổi tb: 70,9 + 7,67	
Thăm trực tràng	Bình thường	25 (62,5)
	Nghi ngờ UT	15 (37,5)
PSA (ng/ml)	< 10	2 (5)
	10 – 20	15(37,5)
	> 20	23(57,5)
	PSA tb: 32,03 ± 2,29	
Siêu âm trực tràng	Nghi UT	29(72,5)
	Không nghi UT	11(27,5)
Chụp cộng hưởng từ	Nghi ngờ UT	18(100)
	Không nghi ngờ UT	0

3.2. Chẩn đoán giai đoạn ung thư.

Bảng 3.2: Giai đoạn của bệnh nhân ung thư

Chẩn đoán giai đoạn	Số lượng	Tỉ lệ %
Giai đoạn I	3	7,5
Giai đoạn II	24	60
Giai đoạn III	6	15
Giai đoạn IV	7	17,5
Tổng	40	100

Bệnh nhân UT TTL ở giai đoạn II là chủ yếu chiếm 60%, giai đoạn I là 7,5%, giai đoạn III 15% và giai đoạn IV 17,5%.

3.3. Phân nhóm yếu tố nguy cơ BN ung thư tuyến tiền liệt

Bảng 3.6. Phân nhóm nguy cơ của BN UT TTL theo EAU 2016

	Giai đoạn khu trú			Tiến triển tại chỗ	Di căn	Tổng
	Nguy cơ thấp	Nguy cơ TB	Nguy cơ cao			
Số lượng	0	12	15	11	2	40

Tỉ lệ	0%	44,44%	55,56%	27,5%	5%	100%
	27 (67,5%)					

Ở giai đoạn khu trú, nhóm nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao 15/27 (55,56%) nhóm nguy cơ trung bình 44,44%, không có nhóm nguy cơ thấp, giai đoạn tiến triển tại chỗ 27,5%, giai đoạn di căn 5%.

3.4. Một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt.

3.4.1. Liên quan giữa tuổi với giai đoạn ung thư

Bảng 3.3. Giai đoạn UTTL so với nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Giai đoạn UT					Tổng
	I	II	III	IV		
50 - 60	0	0	2	1		5
60 - 70	0	5	3	2		10
70 - 80	1	15	3	3		22
> 80	0	4	0	1		5
Tổng	3	24	6	7		40
P	0,082					

Không có mối liên quan giữa tuổi càng cao thì tỉ lệ ung thư tuyến tiền liệt càng tăng.

3.4.2. Liên quan giữa giai đoạn ung thư và giá trị PSA

Bảng 3.4. Liên quan giữa giai đoạn ung thư và giá trị PSA

Giá trị PSA	Giai đoạn ung thư				Tổng
	I	II	III	IV	
< 10	0	2 (8,3%)	0	0	2
10 - 20	2(66,7%)	10(41,7%)	2(33,33%)	1(14,3%)	15
> 20	1(33,3%)	12(50%)	4(66,67%)	6(85,7%)	23
Tổng	3	24	6	7	40
P	0,57				

Có sự gia tăng PSA ở nhóm bệnh nhân ung thư giai đoạn IV, tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

3.4.3. Liên quan giữa giá trị PSA và độ ác tính tế bào ung thư (điểm Gleason)

Bảng 3.5. Liên quan giữa giá trị PSA và độ ác tính của ung thư

PSA(ng/ml)	Gleason 2- 6		7		8-10		Tổng	
	N	TL %	N	TL%	N	TL %	N	TL %
< 10	1	14,2	1	6	0	0	2	5
10 - 20	4	57,1	6	35,2	5	31,3%	15	42,5
> 20	2	42,8	10	58,8	11	68,7%	23	52,5
Tổng	7	100	17	100	16	100	40	100
P	0,36							

Không có mối liên quan giữa giá trị PSA tăng với độ ác tính của tế bào ung thư tăng với $P > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân UTTL.

***Tuổi:** Độ tuổi trung bình của BN là 70.9 + 7.6 tuổi, nhỏ nhất 50, cao nhất 84, gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 70-80 chiếm 22/40 (55%), có 5 trường hợp ung thư ở lứa tuổi trên 80 tuổi, không gặp trường hợp ung thư tuyến tiền liệt nhỏ hơn 50 tuổi, tuổi của nhóm nghiên cứu tương đương với tuổi trung bình bệnh nhân UTTL được điều trị tại BV Việt Đức 2010-2011 là 72.1 [1], Nguyễn Ngọc Hà tuổi trung bình bệnh nhân UTTL tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2011-2015 là 73.4 + 11.3 [2]. Qua nghiên cứu phát hiện tỷ lệ ung thư tuyến tiền liệt tăng lên theo tuổi, tuy nhiên không có mối liên quan giữa tuổi với tỉ lệ ung thư tuyến tiền liệt với $P > 0,05$.

***Thăm trực tràng:** Trong số 40 bệnh nhân ung thư được chẩn đoán, thăm trực tràng chiếm 37,5% nghi UTTL, Nguyễn Ngọc Hà, 74.9%, điều này cũng phù hợp với kết quả sinh thiết có 67,5% bệnh nhân ung thư ở giai đoạn I và giai đoạn II. Ngày nay việc chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt để chẩn đoán xác định UTTL dựa vào các yếu tố như xét nghiệm PSA huyết thanh, thăm trực tràng TTL có bất thường, TTL chắc toàn bộ hoặc có nhân rắn bất thường. Ở nghiên cứu của chúng tôi 100% BN được thăm trực tràng, trong quá trình sinh thiết theo kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm còn đánh giá độ mềm mại hoặc mật độ chắc của TTL qua hình ảnh đầu dò siêu âm tiếp xúc với TTL.

PSA trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 32.03 + 2.29 ng/ml, có 5%

là dưới 10 ng/ml, 42,5% BN có $10 < \text{PSA} < 20$ ng/ml và 19/40 (47,5%) có $\text{PSA} > 20$ ng/ml, cao nhất là 86,89ng/ml, thấp nhất là 8,7 ng/ml. PSA trung bình trong nghiên cứu chúng tôi thấp so với một số nghiên cứu trong nước; 90,8% BN có $\text{PSA} > 20$ ng/ml [1], 86,3% $\text{PSA} > 50$ ng/ml [2], nhưng cao hơn so với những nghiên cứu ở nước ngoài.

**Siêu âm tuyến tiền liệt qua trực tràng:* 100% được thực hiện, trong 40 bệnh nhân ung thư qua siêu âm phát hiện 72,5% có hình ảnh nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, siêu âm còn hướng dẫn sinh thiết TTL theo các vị trí, căn cứ vào kết quả giải phẫu bệnh của số mẫu phát hiện tế bào ung thư ta có thể hướng tới u tuyến tiền liệt xuất hiện ở thùy phải hay trái, phần đỉnh, phần giữa hay đáy tuyến tiền liệt hay toàn bộ tuyến tiền liệt.

**Chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt:* Trong số 40 bệnh nhân UTTL được phát hiện qua sinh thiết 12 mẫu có 18 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư, kết quả cả 18 bệnh nhân đều có hình ảnh nghi ngờ ung thư, chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt rất có ý nghĩa để chẩn đoán ung thư TTL.

Thăm trực tràng, siêu âm tuyến tiền liệt qua trực tràng, xét nghiệm PSA, chụp cộng hưởng từ là những thăm dò rất có ý nghĩa để phát hiện những dấu hiệu ung thư tuyến tiền liệt từ đó đưa ra chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt nhằm chẩn đoán xác định UTTL, tuy nhiên chụp cộng hưởng từ là một phương pháp tốn kém do vậy trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chụp đánh giá những bệnh nhân cần thiết.

4.2. Bàn luận về chẩn đoán giai đoạn ung thư và phân loại yếu tố nguy cơ. Chẩn đoán UTTL và giai đoạn ung thư kết hợp nhiều phương pháp như siêu âm TTL qua trực tràng, kết quả sinh thiết, kết quả chụp MRI ... Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được siêu âm TTL qua trực tràng, trước khi tiến hành hướng dẫn sinh thiết bác sĩ siêu âm đánh giá khối lượng TTL, có các vùng tổn thương nghi ngờ ung thư hay không, ở các vị trí nghi ngờ theo số mẫu sinh thiết, đánh giá mức độ xâm lấn của u xung quanh như cổ bàng quang, túi tinh 2 bên, bề mặt TTL và có hay không có các hạch vùng chậu. Phân nhóm nguy cơ theo Hiệp hội Tiết Niệu học châu Âu 2016 [5], số BN ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán ở giai đoạn khu trú T1,T2 là 67,5%, giai đoạn tiến triển tại chỗ 15% và giai đoạn IV xâm lấn xung quanh và di căn 17,5%. Trong nghiên cứu chúng tôi phân nhóm nguy cơ như sau, ở giai đoạn khu trú 67,5%, nhóm nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất 55,56% (15/27) trong

nhóm ung thư khu trú, nhóm nguy cơ trung bình là 44,44% (12/25), không có nhóm nguy cơ thấp, giai đoạn tiến triển tại chỗ có 11 trường hợp chiếm tỉ lệ 27,5% và giai đoạn di căn có 2 trường hợp (5%). So sánh với những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán ở bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn 2011-2015 chúng tôi phát hiện bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn khu trú cao hơn. Trong 222 BN Ung thư tuyến tiền liệt, trong đó thì hầu hết ung thư ở giai đoạn di căn và tiến triển tại chỗ, chiếm tỷ lệ lần lượt là 70,7% và 16,2%, ung thư giai đoạn khu trú chỉ chiếm 12,1% trong đó hầu hết BN có nguy cơ cao, chiếm 10,8% tất cả BN ung thư TTL và chiếm 89,3% trong số BN ung thư giai đoạn khu trú [2].

4.3. Bàn luận về một số yếu tố liên quan đến bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán. Giá trị PSA Trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư tuyến tiền liệt phát hiện ở nhóm người bệnh có $\text{PSA} < 10$ ng/ml là 5% sau tăng lên 37,5% ở nhóm có PSA từ 10 – 20ng/ml và tăng cao nhất ở nhóm người bệnh có $\text{PSA} > 20$ ng/ml là 46,94% số BN phát hiện ung thư tuyến tiền liệt, có mối liên quan đồng biến giữa giá trị PSA và kết quả sinh thiết phát hiện ung thư tuyến tiền liệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhưng PSA huyết thanh không đặc hiệu cho ung thư tuyến tiền liệt, vì vậy cho đến nay giá trị bình thường của PSA huyết thanh vẫn chưa thật sự thống nhất. Các nghiên cứu còn cho thấy sự thay đổi nồng độ PSA huyết thanh không chỉ do ung thư tuyến tiền liệt mà còn có thể do viêm, chấn thương hoặc tăng sinh lành tính của TTL hoặc do dùng một số thuốc. Nhiều nghiên cứu dựa trên quần thể có quy mô lớn cho thấy bằng chứng rõ ràng rằng chỉ ra PSA cao có liên quan mật thiết với nguy cơ ung thư gia tăng [6],[7].

**Giá trị PSA liên quan đến độ ác tính tế bào ung thư.* Trong nhóm bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt có độ ác tính cao (Gleason 8-10), số BN có $\text{PSA} > 20$ là 10/16(62,5%), độ ác tính trung bình (Gleason: 7), BN có PSA là 10/17 (58,8%), độ ác tính thấp (Gleason: 2-6), 1/7 (14,3%). Qua đó cho thấy không có mối liên quan giữa giá trị PSA cao với tăng độ ác tính của tế bào ung thư với $P > 0,05$.

**Liên quan giữa giá trị PSA và giai đoạn ung thư.* Liên quan giữa giai đoạn ung thư với giá trị PSA, kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị PSA tăng (ở nhóm ung thư giai đoạn III, nhóm người bệnh có PSA từ < 10 là 0%, từ 10-20 ng/ml là 33,33% và ở nhóm > 20 ng/ml là 66,67%. Ở nhóm ung thư giai đoạn IV, nhóm bệnh nhân có PSA từ 10

-20 là 14,3% tăng lên 85,7% ở nhóm có PSA > 20ng/ml tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu giúp phát hiện bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt khi triệu chứng nghèo nàn, không có mối liên quan giữa PSA với giai đoạn ung thư và độ biệt hóa tế bào ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long và cộng sự, (2012)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị ung thư tiền liệt tuyến tại khoa Tiết niệu bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2010 đến tháng 01/2011. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 16(3) tr. 294-298.

2. **Nguyễn Ngọc Hà (2016)**. Đánh giá chẩn đoán và các phương pháp điều trị ngoại khoa ung thư tuyến tiền liệt. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **EAU Guidelines** on Prostate Cancer 2015.
4. **NCCN Guidelines** Version 2.2014. Prostate Cancer.
5. **N. Mottet (2016)**, "EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer", European Association of Urology.
6. **Fang J (2001), et al.** Low levels of prostate-specific antigen predict long-term risk of prostate cancer: results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. Urology; 58:411-6.
7. **Loeb S, et al (2006)**. Baseline prostate-specific antigen compared with median prostate-specific antigen for age group as predictor of prostate cancer risk in men younger than 60 years old. Urology; 67:316-20.

CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH VÀ SỰ NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2018

Đinh Thị Thu Trang*, Nguyễn Phương Hoa*, Lê Ngọc Hà*, Nguyễn Minh Hà**, Đỗ Giang Phúc***

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu xác định vi khuẩn và sự nhạy cảm với kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018. Toàn bộ người bệnh được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu từ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp và khoa Ngoại B – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1-12/2018 được chọn vào nghiên cứu. **Kết quả:** Có 64 người bệnh tham gia nghiên cứu. Escherichia coli là căn nguyên vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (63,6%); tiếp theo là Pseudomonas aeruginosa (18,2%), Klebsiella pneumoniae (9,2%), Proteus mirabilis (4,5%) và Pseudomonas spp (4,5%). Tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh thường dùng tương đối thấp. E. Coli có tỷ lệ nhạy cảm với Ciprofoxacin là 53,8%, với nhóm Cephalosporin khoảng 50%, Ampicilin 28,6% và nhạy cảm hoàn toàn với nhóm Carbapenem. P. aeruginosa có tỷ lệ nhạy cảm với Flouroquinolon là 67-75%, với Carbapenem và Fosfomocin là 50%.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhạy cảm kháng sinh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Học viên Y Dược học cổ truyền Việt Nam

***Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Hà

Email: lengocha99@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.12.2019

Ngày duyệt bài: 24.12.2019

SUMMARY

CAUSES AND ANTIBIOTIC SENSITIVITY OF BACTERIAL STRAINS CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The study aimed to identify bacteria and antibiotic sensitivity of some bacteria causing urinary tract infections among in-patients at Hanoi Medical University Hospital in 2018. All patients who were diagnosed with urinary tract infections aged, 18 years or older at two departments of General Internal Medicine and Surgery B Hospital of Hanoi Medical University from January to December 2018 were selected. **Results:** 64 eligible patients were included in the study. Escherichia coli is the most common bacterial (63.6%); followed by Pseudomonas aeruginosa (18.2%), Klebsiella pneumoniae (9.2%), Proteus mirabilis (4.5%) and Pseudomonas spp (4.5%). The rate of sensitivity to commonly used antibiotics were quite low. E. Coli had a sensitivity rate of Ciprofoxacin 53.8%, Cephalosporin about 50%, Ampicilin 28.6% and completely sensitive to Carbapenem group. P. aeruginosa was sensitive with Flouroquinolones at 67-75%, resistant to Carbapenem and Fosfomocin at 50%.

Keyword: Urinary tract infection, sensitivity antibiotic, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong những bệnh lý nhiễm trùng thường gặp nhất, có nguy cơ cao dẫn đến biến chứng viêm thận bể