

nghiệm pháp nhiệt, cVEMP/oVEMP).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weber KP, MacDougall HG, Halmagyi GM, Curthoys IS. Impulsive testing of semicircular-canal function using video-oculography. *Ann N Y Acad Sci.* 2009;1164:486-91. 10.1111/j.1749-6632.2008.03730.x
2. Mahalingasivam AA, Jespersen AK, Ejksjaer N, Hougaard DD, Vestergaard P, Rasmussen NH, et al. The co-existence of peripheral and vestibular neuropathy in diabetes: a cross-sectional study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(2):663-72. 10.1007/s00405-023-08130-6
3. Nourizadeh N, Jahani M, Jafarzadeh S. Auditory and Vestibular Assessment of Patients with Type Two Diabetes Mellitus: A Case-Control Study. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2021;33(118):263-9. 10.22038/ijorl.2021.55334.2899
4. Moossavi A, Shaabani M, Nasli Esfahani E, Vahedi M, Enayati Z. Subclinical vestibular dysfunction in type 1 diabetes mellitus. *Hearing, Balance and Communication.* 2021;19(2):86-95. 10.1080/21695717.2020.1870823
5. Mossman B, Mossman S, Purdie G, Schneider E. Age dependent normal horizontal VOR gain of head impulse test as measured with video-oculography. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;44(1):29. 10.1186/s40463-015-0081-7
6. Pogson JM, Taylor RL, Bradshaw AP, McGarvie L, D'Souza M, Halmagyi GM, et al. The human vestibulo-ocular reflex and saccades: normal subjects and the effect of age. *J Neurophysiol.* 2019;122(1): 336-49. 10.1152/jn.00847.2018
7. Mantokoudis G, Saber Tehrani AS, Kattah JC, Eibenberger K, Guede CI, Zee DS, et al. Quantifying the vestibulo-ocular reflex with video-oculography: nature and frequency of artifacts. *Audiol Neurotol.* 2015;20(1):39-50. 10.1159/000362780
8. Starkov D, Strupp M, Pleshkov M, Kingma H, van de Berg R. Diagnosing vestibular hypofunction: an update. *J Neurol.* 2021;268(1):377-85. 10.1007/s00415-020-10139-4

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN KÍCH THƯỚC 3-5 CM BẰNG KỸ THUẬT TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Đức Phúc¹, Nguyễn Phú Việt²,
Nguyễn Khánh², Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sớm kết quả kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) điều trị sỏi thận kích thước từ 3-5cm tại Bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu đánh giá kết quả điều trị trên 57 bệnh nhân sỏi thận từ tháng 07/2024 đến tháng 05/2025 tại Bệnh viện Quân Y 103. Các chỉ tiêu nghiên cứu chính: tỷ lệ sạch sỏi trên phim KUB, ngày nằm điều trị và tỷ lệ tai biến biến chứng theo Clavien Dindo. **Kết quả:** Tuổi trung bình đạt 58,3 ± 10,8 tuổi với tỷ lệ nam/nữ ≈ 2,2/1. Kết quả sau phẫu thuật có 7,0% sỏi sót, 19,3% biến chứng độ I theo phân loại Clavien, trong đó chủ yếu là sốt, nhiễm trùng sau phẫu thuật (chiếm 17,5%). Mức độ mất máu sau phẫu thuật theo sự giảm Hemoglobin trung bình là 11,1 ± 1,4 g/L, p<0,05. Chỉ số Creatinin và Ure máu sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ có thể chỉ định tốt, an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận kích thước lớn, với tỷ lệ sỏi sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến biến chứng thấp. **Từ khóa:** Sỏi thận; Phẫu thuật nội soi qua da lấy sỏi đường hầm nhỏ.

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Phúc

Email: bs.ducphuc1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

SUMMARY

OUTCOMES OF RENAL STONES 3–5 CM IN SIZE TREATMENT USING MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY AT THE MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To evaluate the outcomes of mini-percutaneous nephrolithotripsy (mini-PCNL) for the treatment of large renal stones (3–5 cm) at Military Hospital 103. **Study Design:** A prospective descriptive study was conducted on 57 patients with renal stones from July 2024 to May 2025 at Military Hospital 103. **Results:** The mean patient age was 58.3 ± 10.8 years, with a male-to-female ratio of approximately 2.2:1. Postoperative residual stone rate was 7.0%, and 19.3% of patients experienced Grade I complications according to the Clavien classification, primarily fever and postoperative infection (17.5%). The average postoperative blood loss follow Hemoglobin was 11.1 ± 1.4 g/L, with a statistically significant result (p < 0.05). Serum creatinine and urea levels decreased significantly after surgery compared to preoperative values. **Conclusion:** Mini-PCNL is efficacy and safety procedure for treatment of large renal stones (3-5cm), demonstrating reduced residual stone rates and fewer complications.

Keywords: Renal stone; Mini-percutaneous nephrolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là một bệnh lý phổ biến trên toàn thế giới và có xu hướng gia tăng theo

thời gian. Theo báo cáo của Viện Khảo sát Sức khỏe và Dinh dưỡng Quốc gia Hoa Kỳ (NHANES-National Health and Nutrition Examination Survey), tỷ lệ mắc sỏi thận đã tăng từ 3,8% trong giai đoạn 1976–1994 lên 8,8% vào năm 2010 và đạt 10,1% trong giai đoạn 2015–2016 [6]. Việt Nam là quốc gia nằm trong khu vực Đông Nam Á, có tỷ lệ mắc bệnh ước tính từ 2% đến 12% [3]. Tán sỏi qua da đường hầm tiêu chuẩn (PCNL-Percutaneous Nephrolithotomy) và bước đầu ứng dụng đường hầm nhỏ (mini-PCNL) chỉ định điều trị các trường hợp sỏi kích thước lớn và sỏi thận tái phát. Hiện nay kích thước sỏi thận từ 3-5cm vẫn đang là chủ đề tranh luận về phương pháp nào tối ưu hơn giữa phẫu thuật mổ mở lấy sỏi hay phẫu thuật nội soi lấy sỏi thận qua da. Bệnh viện Quân Y 103 là cơ sở y tế được ứng dụng kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ từ giai đoạn sớm và bước đầu cho điều trị sỏi thận kích thước lớn đạt nhiều kết quả tốt. Do đó nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi thận kích thước lớn (từ 3-5cm) bằng phương pháp nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân Y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đủ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định sỏi thận kích thước lớn (từ 3cm-5cm) trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu, có chỉ định phẫu thuật mini-PCNL, có kết quả đánh giá sau phẫu thuật và tái khám sau phẫu thuật. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Ngoại Tiết niệu – Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 5/2024 đến tháng 6/2025.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh

Các chỉ tiêu và nội dung nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lý mạn tính.

Tiền sử can thiệp hệ tiết niệu; đặc điểm sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu (độ giãn đài bể thận, số lượng sỏi, vị trí sỏi, đậm độ cản quang, kích thước hai chiều sỏi, chiều dài đường hầm dự kiến); Kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (số lượng đường hầm, vị trí chọc dò, mổ 2 thì lấy sỏi, thời gian nong đường hầm, thời gian phẫu thuật).

Kết quả thay đổi chỉ số xét nghiệm sau mổ; Kết quả phân loại biến chứng sau mổ theo Clavien; Kết quả sạch sỏi đánh giá tại thời điểm tái khám. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ biến chứng sau phẫu thuật theo Clavien: Đánh giá từ độ I đến độ V dựa trên các tiêu chí biến chứng, mức độ yêu cầu xử trí biến chứng, mức độ ảnh

hưởng tính mạng. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sạch sỏi trên phim chụp X Quang hệ tiết niệu tại thời điểm hẹn bệnh nhân tái khám rút sonde JJ. Được đánh giá sạch sỏi khi không còn mảnh sỏi kích thước $\geq 4\text{mm}$.

Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập dữ liệu bằng phiếu thu thập thông tin nghiên cứu, nhập liệu trên Excel, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán xử lý gồm: Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), tỷ lệ (%). So sánh kết quả xét nghiệm trước sau điều trị, kiểm định thống kê t-test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

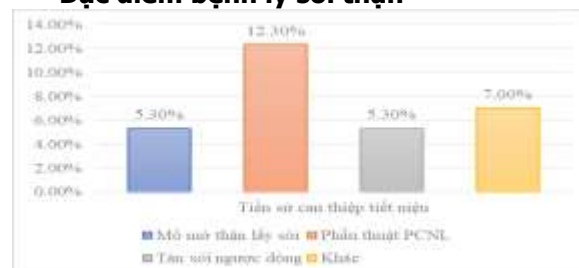
Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân Y 103, người bệnh không bị ảnh hưởng đến phác đồ điều trị, được thông tin đầy đủ về nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của 57 bệnh nhân là $58,3 \pm 10,8$ tuổi, nhóm <40 tuổi chiếm 1,8%, nhóm 40-60 tuổi chiếm 54,4% và nhóm >60 tuổi chiếm 43,9%. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 2,2/1$. Có 21,1% bệnh nhân tiền sử tăng huyết áp, 14,0% bệnh nhân tiền sử đái tháo đường.

Đặc điểm bệnh lý sỏi thận



Biểu đồ 1. Tiền sử can thiệp tiết niệu đối tượng nghiên cứu (n=57)

Có 12,3% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật PCNL, 5,3% bệnh nhân tiền sử mổ mở lấy sỏi và 5,3% tiền sử tán sỏi ngược dòng.

Bảng 1. Đặc điểm sỏi thận trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu (n=57)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ giãn đài bể thận	Không giãn	17	29,8
	Độ I	21	36,8
	Độ II	12	21,1
	Độ III	7	12,3
Số lượng sỏi	1 viên	41	71,9
	2 viên	6	10,5
	3 viên	6	10,5
	>3 viên	4	7,0

Vị trí sỏi	Đài trên	5	8,8
	Đài giữa	3	5,3
	Đài dưới	10	17,5
	Bể thận	52	91,2
	Đài bể thận	3	5,3
Đậm độ sỏi	600-900 HU	3	5,3
	900-1600 HU	53	93,0
	1600-2800 HU	1	1,8
Kích thước sỏi	Chiều dài nhất (mm)	33,4±4,3 (30-46)	
	Chiều ngắn (mm)	17,8±4,9 (10-31)	
Chiều dài đường hầm dự kiến (cm)		8,2±1,4 (5,3-11,8)	

Về đặc điểm sỏi thận, đa số trường hợp có 01 viên sỏi (chiếm 71,9%), vị trí sỏi chủ yếu ở vị trí bể thận (chiếm 91,2%), đậm độ sỏi đa số thuộc nhóm từ 900-1600 HU. Về kích thước sỏi chiều dài nhất sỏi trung bình 33,4 ± 4,3 mm. Chiều dài đường hầm dự kiến trung bình 8,2 ± 1,4 cm.

Bảng 2. Kết quả kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ sỏi thận kích thước lớn (n=57)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng đường hầm	1 đường	54	94,7
	2 đường	3	5,3
Vị trí chọc dò	Đài dưới	55	96,5
	Đài giữa	2	3,5
Mổ 2 lần lấy sỏi		10	17,5
Thời gian nong đường hầm X ± SD (min-max) phút		8,7±1,9 (5-15)	
Thời gian tán sỏi X ± SD (min-max) phút		51,4±6,8 (40-70)	
Tổng thời gian phẫu thuật X ± SD (min-max) phút		74,4±7,6 (60-90)	

Trong 57 trường hợp có 17,5% cần tán sỏi thì 2 trong đợt điều trị, 5,3% sử dụng 2 đường hầm tán sỏi với tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 74,4 ± 7,6 phút.

Kết quả kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tán sỏi thận kích thước lớn

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm sau phẫu thuật (n=57)

Chỉ số xét nghiệm	Thời điểm		p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
Bạch cầu (G/l)	8,1±2,5	8,9±2,4	0,037*
Hồng cầu (T/l)	4,7±0,5	4,3±0,6	0,0001*
Hemoglobin (g/l)	140,5±14,1	129,4±15,5	0,0001*
Hematocrit (l/l)	0,4±0,04	0,37±0,06	0,0001*
Tiểu cầu (G/l)	265,9±95,9	241,3±76,4	0,006*
Ure (mmol/l)	6,2±1,7	5,6±1,8	0,003*
Creatinin (μmol/l)	95,8±25,5	90,7±17,5	0,031*

Natri (mmol/l)	140,9±2,3	145,4±5,3	0,0001*
Kali (mmol/l)	3,8±0,3	3,5±0,4	0,0001*
Clo (mmol/l)	104,7±2,5	103,9±2,4	0,052

Chú thích: *- T-test

Các chỉ số Hồng cầu, Hemoglobin, Tiểu cầu, Ure, Creatinin, Kali sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Các chỉ số bạch cầu, Natri sau phẫu thuật tăng so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 2. Kết quả biến chứng sau phẫu thuật (n=57)



Biểu đồ 3. Kết quả sạch sỏi sau phẫu thuật (n=57)

Đánh giá kết quả biến chứng sau phẫu thuật theo Clavien có 19,3% gặp biến chứng nhẹ sau phẫu thuật, trong đó chủ yếu là nhiễm trùng, sốt (chiếm 17,5%). Kết quả tái khám tại thời điểm rút sonde JJ đánh giá có 7,0% sót sỏi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi 100% bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính đánh giá hệ tiết niệu, trong đó về đặc điểm sỏi thận trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy sỏi có 1 viên sỏi có tỷ lệ đa số (chiếm 71,9%) với vị trí sỏi thường gặp nhất là bể thận (chiếm 91,2%). Về kích thước chiều dài và chiều ngắn của viên sỏi lớn nhất, kết quả cho thấy kích thước sỏi trung bình theo chiều dài là 33,4 ± 4,3 mm. Về vị trí sỏi, trong nghiên cứu của tác giả Cries (2012) và cộng sự nghiên cứu trong nhóm sỏi thận kích thước lớn (>20mm) cho kết quả tương đồng với 83% nằm trong khoảng 20–30 mm, và 73% sỏi đơn nằm ở bể thận [8]. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sỏi thận kích thước lớn còn tương đối lớn, nhiều trường hợp bệnh nhân phát hiện sỏi muộn hoặc phát hiện sỏi nhưng không can thiệp giai đoạn đầu kích thước sỏi bé. Việc đánh giá về đặc điểm (hình dạng, vị trí, kích thước, đậm độ cản quang sỏi) có vai trò quan trọng trong tiên lượng cuộc

phẫu thuật, theo đó phẫu thuật viên xác định trước các yếu tố về đường tiếp cận sỏi, mức năng lượng tán sỏi, tiên lượng số đường hầm tán sỏi...

Về kỹ thuật tán sỏi, trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 94,7% bệnh nhân chỉ cần chọc 01 đường hầm qua da, còn lại có 03 bệnh nhân cần chọc 2 đường hầm qua da. Nghiên cứu của Saleem (2022) cho thấy sỏi kích thước càng lớn tỷ lệ cần chọc 2 đường hầm càng cao. Cụ thể nhóm chọc 01 đường hầm kích thước sỏi trung bình 3,3cm; nhóm ≥ 2 kích thước sỏi trung bình 5,1cm, với tỷ lệ sạch sỏi giữa hai nhóm tương đương là 84% và 88% [5]. Sỏi kích thước lớn, nhiều vị trí có khả năng cần nhiều đường hầm lấy sỏi hơn đồng thời tăng tỷ lệ biến chứng, tổn thương do sỏi nhiều hơn.

Về kết quả kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ lấy sỏi thận kích thước lớn:

Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả các chỉ số xét nghiệm công thức máu sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật, kết quả cho thấy lượng máu mất trung bình là $11,1 \pm 1,4$ g/L. Trong phẫu thuật mini-PCNL, lượng máu mất chủ yếu do thì nong đường hầm và trong giai đoạn tán sỏi, nghiên cứu của chúng tôi báo cáo kết quả tương đồng với nghiên cứu tán sỏi của tác giả Tefekli (2007) – một trong những nghiên cứu quy mô lớn đầu tiên đánh giá toàn diện PCNL – ghi nhận trung bình hemoglobin sau mổ giảm khoảng 10–15 g/L, đặc biệt trong nhóm thực hiện qua đài dưới và một đường hầm. Tác giả cho rằng việc sử dụng Amplatz cỡ nhỏ và thao tác trong thời gian ngắn giúp hạn chế chảy máu và duy trì huyết động ổn định [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm đối tượng tán sỏi kích thước lớn ghi nhận kết quả mất máu tương đương với nghiên cứu đánh giá sỏi kích thước trung bình cho thấy hiệu quả kiểm soát mất máu trong cuộc mổ tốt hơn đáng kể. Trong thực hành lâm sàng, các phẫu thuật viên ưu tiên xác định điểm tiếp cận theo hướng qua chóp tháp thận, vị trí hạn chế chảy máu tốt nhất so với các vị trí tiếp cận qua cổ đài, bể thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bạch cầu tăng sau phẫu thuật, cũng được báo cáo ở các nghiên cứu khác, đa số các bệnh nhân ghi nhận tình trạng này mặc dù không có biểu hiện lâm sàng của hội chứng nhiễm trùng (sốt, nước tiểu đục...).

Kết quả biến chứng theo phân loại Clavien của chúng tôi cho thấy có 19,3% trường hợp xác định biến chứng nhẹ và còn lại không có biến chứng, đa số các trường hợp có dấu hiệu sốt, nhiễm trùng. Một nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy

tỷ lệ rò nước tiểu sau rút dẫn lưu thận vào khoảng 23%, nhưng hầu hết đều hết rò sau <8 giờ, chỉ 15% kéo dài >4 giờ [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 03 trường hợp rò chân dẫn lưu sau rút dẫn lưu thận, tuy nhiên tình trạng này nhanh chóng được cải thiện bằng phương pháp thay băng, băng ép. Xử trí các trường hợp nhiễm khuẩn bằng kháng sinh kết hợp phổ rộng và lợi tiểu, tất cả các bệnh nhân được báo cáo hết nhiễm khuẩn hoàn toàn trước khi ra viện.

Kết quả chụp Xquang hệ tiết niệu tại thời điểm bệnh nhân quay lại rút JJ cho thấy có 93,0% kết quả phình X Quang sạch sỏi, còn 7,0% sót sỏi. Trong nghiên cứu của tác giả Đào Mạnh Cường (2019) báo cáo tỷ lệ sót sỏi gần tương đương với nghiên cứu của chúng tôi với 10% bệnh nhân sót sỏi sau mổ. Cao hơn không đáng kể so với kết quả 7% trong nghiên cứu của chúng tôi [2]. Đối với sỏi kích thước lớn, thường gặp sỏi san hô, ở nhiều vị trí, nhiều nhánh sỏi ở các đài nhỏ, vị trí khó tiếp cận và khó khảo sát sau phẫu thuật, làm tăng tỷ lệ sót sỏi sau phẫu thuật. Phẫu thuật viên cần chú ý vào vị trí, kích thước, độ giãn đài bể thận từ đó có tiên lượng kết quả điều trị, giải thích các yếu tố nguy cơ như sót sỏi, biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn cho người bệnh trước cuộc phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) điều trị sỏi thận 3-5cm là an toàn và hiệu quả. Với tỷ lệ sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến biến chứng thấp.

VI. LỜI CẢM ƠN

Tác giả xin trân trọng gửi lời cảm ơn đến Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y đã tạo điều kiện hỗ trợ cho tôi trong quá trình nghiên cứu, đảm bảo số liệu khách quan, chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh An, Đặng Văn Hùng (2021), "Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2020", Tạp chí Y học Việt Nam. 503(2), tr. 66-70.
2. Đào Mạnh Cường (2019), Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô, Luận văn Chuyên khoa II - Đại học Y Hà Nội.
3. A. Chewcharat, G. Curhan (2021), "Trends in the prevalence of kidney stones in the United States from 2007 to 2016", Urolithiasis. 49(1), p. 27-39.
4. Pankaj N. Maheshwari, Aditya S. Goyal, Pushkar Shrivastava (2024), "Factors impacting post-nephrostomy-tube removal urine leak after percutaneous nephrolithotomy: does

- the calyx of access make a difference", African Journal of Urology. 30(57), p. 60-70.
5. **Shakir S, Khidhur S** (2022), "Effects of single versus multiple tracts on Percutaneous Nephrolithotomy outcomes", Iraq Med J. 6(4).
 6. **K. K. Stamatelou, M. E. Francis, C. A. Jones, L. M. Nyberg, G. C. Curhan** (2003), "Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994", Kidney Int. 63(5), p. 1817-23.
 7. **Ahmet Te, Fatih A, Kadir T, Aytul T** (2007), "Tubeless percutaneous nephrolithotomy in selected patients: a prospective randomized comparison", International Urology and Nephrology 39, p. 57-63.
 8. **W. Xue, D. Pacik, W. Boellaard, A. Breda, M. Botoca, J. Rassweiler, B. Van Cleynenbreugel, J. de la Rosette, Croes Pcnl Study Group** (2012), "Management of single large nonstaghorn renal stones in the CROES PCNL global study", J Urol. 187(4), p. 1293-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U NANG GIÁP LƯỖI THỂ LƯỖI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TRONG GIAI ĐOẠN 2022-2025

Đỗ Phương Linh¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh², Nguyễn Quang Trung^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u nang giáp lưỡi thể lưỡi (UNGLTL) tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 2022–2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 27 bệnh nhân UNGLTL được phẫu thuật bằng kỹ thuật Sistrunk hoặc qua đường miệng. Các biến số gồm: tuổi, giới, cơ năng, MRI, thời gian mổ, lượng máu mất, biến chứng, tái phát, sẹo. **Kết quả:** So với phẫu thuật Sistrunk, phẫu thuật qua đường miệng có thời gian mổ ngắn hơn (46,8 phút so với 77,1 phút; $p = 0,012$), lượng máu mất ít hơn đáng kể (6,0 ml so với 28,9 ml; $p < 0,001$) và không ghi nhận biến chứng nào. Tỷ lệ tái phát nhóm Sistrunk là 5/22 (22,7%), chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân có tiền sử viêm kéo dài. Đánh giá thẩm mỹ bằng thang điểm POSAS cho thấy 86,4% vết mổ đạt kết quả tốt. Hình ảnh MRI có giá trị trong việc hỗ trợ lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. **Kết luận:** Tỷ lệ tái phát chung sau phẫu thuật u nang giáp lưỡi thể lưỡi là 8/27 (29,6%), cao hơn so với các báo cáo quốc tế, trong đó nhóm Sistrunk chiếm 5/22 ca và nhóm phẫu thuật qua đường miệng 3/5 ca. Biến chứng được ghi nhận ở 6 ca, đều thuộc nhóm phẫu thuật Sistrunk. Cả hai phương pháp đều tương đối an toàn, tuy nhiên phẫu thuật qua đường miệng cho thấy ưu thế vượt trội về tính thẩm mỹ, ít biến chứng và thời gian hồi phục nhanh, là một lựa chọn tiềm năng trong điều trị u nang giáp lưỡi thể lưỡi. **Từ khóa:** U nang giáp lưỡi thể lưỡi; Kết quả phẫu thuật; phẫu thuật Sistrunk; phẫu thuật qua đường miệng, tái phát, POSAS.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES FOR LINGUAL THYROGLOSSAL DUCT CYSTS (LTGDC) AT THE NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL OF VIETNAM, 2022-2025

Objective: To evaluate the surgical outcomes of lingual thyroglossal duct cysts (LTGDC) at the National Otorhinolaryngology Hospital during the period 2022–2025. **Methods:** A descriptive interventional case series was conducted on 27 patients with LTGDC who underwent surgery via either the Sistrunk technique or a transoral approach. Variables included age, sex, clinical symptoms, MRI findings, operative time, intraoperative blood loss, complications, recurrence, and scar assessment. **Results:** Compared to the Sistrunk procedure, the transoral approach was associated with a significantly shorter operative time (46.8 minutes vs. 77.1 minutes; $p = 0.012$), significantly less blood loss (6.0 mL vs. 28.9 mL; $p < 0.001$), and no recorded complications. The recurrence rate in the Sistrunk group was 5/22 (22.7%), mainly in patients with a history of chronic inflammation. Aesthetic outcomes assessed using the POSAS score showed that 86.4% of scars were rated as good. MRI proved valuable in guiding the choice of surgical approach. **Conclusion:** The overall recurrence rate after surgery for LTGDC was 8/27 (29.6%), higher than international reports, with 5/22 cases in the Sistrunk group and 3/5 cases in the transoral group. All six recorded complications occurred in the Sistrunk group. Both techniques were relatively safe; however, the transoral approach demonstrated significant advantages in cosmetic outcomes, fewer complications, and faster recovery, making it a promising option for managing LTGDC.

Keywords: Lingual thyroglossal duct cyst; Surgical outcomes; Sistrunk procedure; Transoral surgery; Recurrence; POSAS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang giáp lưỡi thể lưỡi (UNGLTL) là bất

¹Trung tâm Y tế Thành phố Điện Biên Phủ

²Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

⁴Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenguangtrung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025