

và an toàn trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa, với tỷ lệ thành công lâm sàng tương đối cao, biến chứng thấp và giảm đáng kể tỷ lệ tử vong. Các yếu tố như bệnh lý phối hợp, mức độ mất máu đáng kể và huyết áp tâm thu thấp có thể làm tăng nguy cơ thất bại lâm sàng, nhưng không có mối liên hệ thống kê có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weiser, T. G., et al. (2008), "An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data", *Lancet*. 372(9633), pp. 139-144.
2. Kim, S. H., et al. (2021), "Risk of Postoperative Gastrointestinal Bleeding and Its Associated Factors: A Nationwide Population-Based Study in Korea", *J Pers Med*. 11(11).
3. Tạ, Thanh Chiến, Trịnh, Hồng Sơn, and Đỗ, Trường Sơn (2024), "Kết quả điều trị phẫu thuật cắt khối tá tràng tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 537(1B).
4. Chatani, S., et al. (2018), "Transcatheter Arterial Embolization for Postoperative Bleeding Following Abdominal Surgery", *Cardiovasc Intervent Radiol*. 41(9), pp. 1346-1355.
5. Tasu, J. P., et al. (2015), "Postoperative abdominal bleeding", *Diagn Interv Imaging*. 96(7-8), pp. 823-31.
6. Yu, Q., Funaki, B., and Ahmed, O. (2024), "Twenty years of embolization for acute lower gastrointestinal bleeding: a meta-analysis of rebleeding and ischaemia rates", *Br J Radiol*. 97(1157), pp. 920-932.
7. Delf, J., et al. (2023), "Haematological risk factors predicting clinical success in transarterial embolisation for acute gastrointestinal bleeding", *Br J Radiol*. 96(1144), p. 20211351.
8. Toyoda, H., et al. (1995), "Transcatheter arterial embolization for massive bleeding from duodenal ulcers not controlled by endoscopic hemostasis", *Endoscopy*. 27(4), pp. 304-7.
9. Lê, Thanh Dũng và cs (2023), "Can thiệp nội mạch điều trị xuất huyết tiêu hoá cao tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 526(2).

KẾT QUẢ TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ KHÔNG DẪN LƯU THẬN TẠI BỆNH VIỆN HÀ GIANG NĂM 2025

Đặng Cao Kỳ¹, Vũ Ngọc Quyết¹, Nguyễn Tùng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả nội soi tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu thận tại bệnh viện Hà Giang năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu 52 BN được chẩn đoán sỏi thận và phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận từ 1- 6/2025. **Kết quả:** 82,7% bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau thắt lưng, 15,4% có cơn đau quặn thận và 1,9% có đái máu đại thể. Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là $28,23 \pm 8,58$ mm (17–52 mm), trong đó nhóm sỏi 20–30 mm chiếm 57,7%. Có 30,8% bệnh nhân chỉ có một viên sỏi, trong khi 69,2% có từ hai viên trở lên, và 69,2% là sỏi phức hợp bể thận – đài thận. Về mức độ giãn đài bể thận, phần lớn bệnh nhân giãn độ I (51,9%) và độ II (26,9%), chỉ 3,8% giãn độ III. Tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn sau mổ đạt 86,5%, còn 13,5% bệnh nhân sót mảnh sỏi > 3 mm được điều trị nội khoa theo dõi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $58,17 \pm 15,56$ phút (30–100 phút), thời gian nằm viện sau mổ trung bình $3,02 \pm 1,73$ ngày (1–12 ngày), và thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình $2,10 \pm 0,7$ ngày với Paracetamol đường tĩnh mạch. Tỷ lệ biến chứng chung là 11,5%, trong đó 1,9% sốt sau mổ và 9,6% chảy máu thứ phát (4 bệnh nhân điều trị nội khoa ổn

định, 1 bệnh nhân phải nút mạch). **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân sỏi thận phức tạp, giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nhu cầu giảm đau sau mổ.

Từ khóa: Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, không dẫn lưu thận.

SUMMARY

OUTCOMES OF TUBELESS MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY FOR RENAL STONES AT HA GIANG HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate the outcomes of tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL) for renal stones at Ha Giang Hospital in 2025. **Materials and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 52 patients diagnosed with renal calculi who underwent tubeless mini-PCNL from January to June 2025. **Results:** A total of 82.7% of patients presented with flank pain, 15.4% experienced renal colic, and 1.9% had gross hematuria. The mean stone size on computed tomography was 28.23 ± 8.58 mm (range: 17–52 mm), with 57.7% measuring 20–30 mm. Single stones were present in 30.8% of patients, whereas 69.2% had multiple stones; 69.2% were complex stones involving both the renal pelvis and calyces. Hydronephrosis was predominantly grade I (51.9%) and grade II (26.9%), with only 3.8% of patients exhibiting grade III. Complete stone clearance was achieved in 86.5% of cases, while 13.5% had residual fragments >3mm managed conservatively. The mean operative time was

¹Bệnh viện Hà Giang, tỉnh Tuyên Quang

Chịu trách nhiệm: Đặng Cao Kỳ

Email: dangcaoky88@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025

58.17 ± 15.56 minutes (30–100 min), mean postoperative hospital stay was 3.02 ± 1.73 days (1–12 days), and mean duration of analgesic use was 2.10 ± 0.7 days with intravenous Paracetamol. The overall complication rate was 11.5%, including postoperative fever in 1.9% and secondary bleeding in 9.6% (4 cases managed conservatively and 1 requiring selective embolization). **Conclusion:** Tubeless mini-PCNL is an effective and safe treatment modality for complex renal stones, offering high stone-free rates, shorter hospitalization, and reduced postoperative analgesic requirements.

Keywords: Tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy, renal stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là một bệnh lý tiết niệu phổ biến, gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như đau đớn, nhiễm trùng, suy giảm chức năng thận, thậm chí suy thận mạn.^{1,2} Trong những thập kỷ gần đây, các phương pháp điều trị sỏi thận đã có những bước tiến vượt bậc, đặc biệt là sự phát triển của các kỹ thuật ít xâm lấn. Trong đó nội soi tán sỏi thận qua da được nghiên cứu là phẫu thuật ít xâm hại người bệnh, cho hiệu quả cao và ít rủi ro, được coi là chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý sỏi thận. Ngày nay tán sỏi thận qua da với kích thước đường hầm nhỏ hơn giúp giảm thiểu xâm lấn, giảm đau, giảm mất máu và rút ngắn thời gian hồi phục.³

Trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da, dẫn lưu đài bể thận bước cuối cùng trong quy trình tán sỏi. Dẫn lưu thận giúp theo dõi chảy máu, dẫn lưu nước tiểu và giảm áp lực trong thận, tuy nhiên cũng có thể gây đau đớn, khó chịu cho BN, tăng nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng và kéo dài thời gian nằm viện.^{4,5} Hiện nay đã có một số nghiên cứu chỉ ra rằng những BN sau tán sỏi qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận có mức độ đau sau mổ ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, trong khi đó tỷ lệ sạch sỏi và biến chứng không có sự khác biệt. Do đó để đánh giá tính an toàn và hiệu quả phương pháp này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét kết quả nội soi tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu thận tại bệnh viện Hà Giang năm 2025*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN được chẩn đoán xác định có sỏi thận và được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận tại bệnh viện Hà Giang từ 1/2025 đến 6/2025.

- Đánh giá trong quá trình phẫu thuật để quyết định không dẫn lưu thận qua da:

+ Sỏi thận không quá phức tạp

+ Thao tác chọc dò tạo 1 đường hầm thuận lợi
+ Không có các tai biến trong mổ như rách cổ, đài, bể thận, không chảy máu nhiều.

+ Đặt ống thông JJ xuôi dòng thuận lợi.

+ Đánh giá trong mổ sạch sỏi ở các đài, bể thận không cần can thiệp lần sau.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu và hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN đang có nhiễm khuẩn tiết niệu chưa điều trị ổn định.

- BN có bệnh lý nền chưa điều trị ổn định, hoặc chống chỉ định gây mê, gây tê

- BN có dị dạng hệ thống tiết niệu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thu được n=52

2.3. Biến số nghiên cứu

- **Đặc điểm chung:** tuổi, giới

- **Đặc điểm lâm sàng:** đá máu đại thể, cơn đau quặn thận, đau vùng sườn thắt lưng, sốt

- **Đặc điểm cận lâm sàng:**

+ Kích thước sỏi: tính theo mm

+ Số lượng sỏi

+ Vị trí sỏi: Sỏi bể thận đơn thuần, sỏi đài thận, sỏi phức hợp

+ Mức độ giãn đài bể thận trên siêu âm

- **Kết quả phẫu thuật:**

+ Tỷ lệ sạch sỏi

+ Thời gian phẫu thuật: tính theo phút

+ Thời gian hậu phẫu: tính theo ngày

+ Thời gian sử dụng thuốc giảm đau: tính theo ngày

+ Biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, sốt...

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 26.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Mọi BN tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu đảm bảo không ảnh hưởng tới chất lượng điều trị của bệnh viện, sức khỏe, quyền lợi kinh tế của BN, cũng như không gây phiền hà cho BN và nhân viên y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của BN là 46,34±15,4 tuổi thấp nhất của BN là 3 tuổi, cao nhất là 72 tuổi. Nhóm tuổi từ 31 đến 50 tuổi chiếm tỷ lệ 46,2%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,6/1.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng chính khi vào viện

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đái máu đại thể	1	1,9
Cơn đau quặn thận	8	15,4
Đau vùng sườn thắt lưng	43	82,7
Sốt	0	0
Tổng	52	100

Nhận xét: 82,7% BN có triệu chứng đau thắt lưng khi vào viện. Có 15,4% BN có cơn đau quặn thận và 1,9% BN có đái máu đại thể

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kích thước sỏi	< 20 mm	5	9,6
	20 – 30 mm	30	57,7
	> 30 mm	17	32,7
Số lượng sỏi	1 viên	16	30,8
	≥ 2 viên	36	69,2
Vị trí	Sỏi bể thận đơn thuần	14	26,9
	Sỏi đài thận	2	3,8
	Sỏi phức hợp	36	69,2
Mức độ giãn đài bể thận	Không giãn	9	17,3
	Độ I	27	51,9
	Độ II	14	26,9
	Độ III	2	3,8

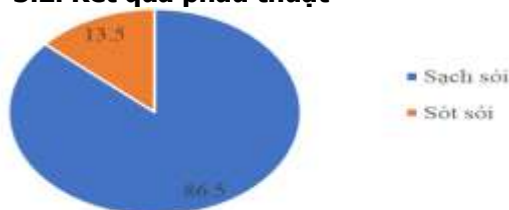
Nhận xét: Kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là $28,23 \pm 8,58$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 52 mm và nhỏ nhất là 17 mm. Nhóm sỏi có kích thước từ 20-30mm chiếm tỷ lệ 57,7%.

16/52 BN (chiếm 30,8%) chỉ có 1 viên sỏi, có 36/52 BN (chiếm 69,2%) có từ hai viên sỏi trở lên.

36/52 BN (chiếm 69,2%) là sỏi phức hợp ở cả bể thận và đài thận

Đa số BN có đài bể thận giãn độ I (51,9%) và độ II (26,9%). Chỉ có 3,8% BN có đài bể thận giãn độ III.

3.2. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ

Nhận xét: Có 45/52 BN (chiếm 86,5%) sạch sỏi hoàn toàn sau mổ, chỉ có 4/52 BN còn các mảnh sỏi nhỏ kích thước > 3mm (chiếm 13,5%).

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật tán sỏi thận qua da (phút)

	Số BN	X-SD	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	52	58,17 $\pm 15,56$	30	100

Thời gian hậu phẫu (ngày)	52	3,02 $\pm 1,73$	1	12
Thời gian sử dụng thuốc giảm đau (ngày)	52	2,10 $\pm 0,7$	1	20

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật TB là 58,17 $\pm 15,56$ phút (30 phút - 100 phút)

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu là $3,02 \pm 1,73$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 12 ngày.

Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình trong nghiên cứu là $2,10 \pm 0,7$ ngày, Các BN đều được sử dụng giảm đau Paracetamol đường tĩnh mạch

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt, nhiễm khuẩn	1	1,9
Chảy máu thứ phát	5	9,6
Tổng	6	11,5

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau tán sỏi là 11,5%, trong đó có 1/52 BN (1,9%) có sốt sau PT, và 5/52 BN (9,6%) có chảy máu thứ phát trong đó 4/52 BN điều trị nội khoa ổn định, 01/52 BN cần nút mạch.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 82,7% BN có triệu chứng đau thắt lưng khi vào viện. Có 15,4% BN có cơn đau quặn thận và 1,9% BN có đái máu đại thể. Như vậy tỉ lệ BN có biểu hiện triệu chứng đau hông lưng âm ỉ chiếm tỉ lệ cao nhất chứng tỏ tình trạng tắc nghẽn đã xuất hiện và kéo dài. Điều này có thể giải thích do tiến triển của sỏi thận cũng chậm và thường ít gây khó chịu cho người bệnh nên BN thường bỏ qua không đi khám sớm. Đa phần BN của có dấu hiệu lâm sàng gây khó chịu mới đi khám bệnh.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- **Kích thước sỏi.** Trong nghiên cứu này, kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là $28,23 \pm 8,58$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 52 mm và nhỏ nhất là 17 mm. Nhóm sỏi có kích thước từ 20-30mm chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thiên Phúc (2019) kích thước sỏi trung bình ở nhóm không dẫn lưu thận là $20 \pm 4,12$.¹ Theo Wei Hong Lai (2017), nghiên cứu 1000 BN sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi qua da có kích thước sỏi trung bình là $30,5 \pm 2,0$ mm.⁶ Như vậy, kích thước sỏi trong nghiên cứu này là hợp lý cho kỹ thuật hầm nhỏ không dẫn lưu, vừa đảm bảo hiệu quả tán sỏi, vừa giảm thiểu biến chứng, đồng thời phù hợp với khuyến cáo lựa chọn bệnh nhân trong các nghiên cứu trước đây.

- **Vị trí sỏi.** Trong nghiên cứu có 69,2% BN có sỏi phức hợp ở cả bể thận và đài thận, chỉ có 26,9% sỏi ở bể thận và 3,8% sỏi ở vị trí đài thận. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Hoàng Thảo⁷, 19,0% BN sỏi ở bể thận hoặc chỉ có sỏi ở đài thận và 62% BN vừa có sỏi ở đài thận vừa có sỏi ở bể thận, đây là một yếu tố gây khó khăn cho việc lựa chọn vị trí tạo đường hầm tán sỏi cũng như quá trình tán sỏi. Như vậy, vị trí sỏi là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chiến lược chọc dò và kết quả phẫu thuật, đặc biệt ở các trường hợp sỏi phức hợp.

- **Số lượng sỏi.** Số lượng sỏi là một yếu tố ảnh hưởng nhiều đến thời gian phẫu thuật cũng như tỷ lệ sạch sỏi sau mổ, do sỏi nằm ở các nhóm đài khác nhau, có thể phải tạo nhiều đường hầm để lấy sỏi, do đó làm tăng thời gian phẫu thuật cũng như nguy cơ biến chứng. Trong nghiên cứu này 30,8% BN chỉ có 1 viên sỏi, 69,2% BN có từ hai viên sỏi trở lên. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hoàng Thảo⁷ 27,0% BN có 1 viên sỏi chiếm và 73,0% BN có >1 viên sỏi. Điều này nhấn mạnh vai trò của lập kế hoạch phẫu thuật và chiến lược chọc dò hợp lý để tối ưu hóa hiệu quả sạch sỏi và giảm biến chứng.

- **Mức độ giãn thận.** Trong nghiên cứu này, đa số BN có đài bể thận giãn độ I (51,9%) và độ II (26,9%), trong khi giãn độ III chỉ chiếm 3,8%. Giãn đài bể thận giúp việc chọc dò và tạo đường hầm thuận lợi, nhưng gây khó khăn trong tán sỏi do sỏi khó cố định, các mảnh sỏi di chuyển nhiều, làm tăng nguy cơ sót sỏi sau mổ. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Bùi Hoàng Thảo, khi giãn độ I chiếm 28,6% và độ II 38,1%, đồng thời tỷ lệ không giãn cao hơn (31,7%).⁷ So với nghiên cứu của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, phân bố mức độ giãn trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng nhẹ hơn, với tỷ lệ giãn độ III thấp hơn (3,8% so với 13,6%).⁸ Điều này cho thấy BN trong nghiên cứu chủ yếu được lựa chọn ở nhóm giãn thận nhẹ đến vừa, phù hợp với kỹ thuật tán sỏi qua da hầm nhỏ không dẫn lưu, vừa giúp dễ tiếp cận đường hầm, vừa hạn chế biến chứng.

4.3. Kết quả phẫu thuật

4.3.1. Tỷ lệ sạch sỏi. Trong nghiên cứu này có 86,5% BN sạch sỏi hoàn toàn sau mổ, chỉ có 13,5% BN còn mảnh sỏi > 3mm và được điều trị nội khoa theo dõi.

Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Bùi Hoàng Thảo⁷ tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ là 83,3%. So với nghiên cứu của Ismail Nalbant, nhóm không dẫn lưu thận đạt 91,7%, cao hơn nhóm có dẫn lưu thận (87,3%), nhưng khác biệt

không có ý nghĩa thống kê.² Tỷ lệ sạch sỏi trong các nghiên cứu chịu ảnh hưởng bởi tiêu chuẩn đánh giá sạch sỏi, phương tiện chẩn đoán hình ảnh, vị trí và kích thước sỏi, cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên. Với tỷ lệ sạch sỏi 86,5%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu đạt hiệu quả điều trị cao, tương đương các nghiên cứu trong và ngoài nước.

4.3.2. Thời gian phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật trung bình là $58,17 \pm 15,56$ phút (30 phút - 100 phút). Tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hoàng Thảo ($66,7 \pm 11,2$ phút)⁷ và ngắn hơn so với Shun Kai Chang ($80,5 \pm 30,1$ phút)⁵ hay Hoàng Thiên Phúc ($85,43 \pm 22,31$ phút ở nhóm không dẫn lưu).¹ Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm sỏi, phương tiện hỗ trợ, kinh nghiệm phẫu thuật viên và quy trình kỹ thuật tại từng cơ sở. Ngoài ra, các nghiên cứu không dẫn lưu thận thường có thời gian phẫu thuật ngắn hơn do lựa chọn bệnh nhân ít phức tạp hơn và quy trình thao tác gọn hơn.

4.3.3. Thời gian sử dụng thuốc giảm đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sử dụng thuốc giảm đau trung bình là $2,10 \pm 0,7$ ngày, tất cả bệnh nhân đều dùng paracetamol đường tĩnh mạch. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hoàng Thảo ($2,28 \pm 0,2$ ngày)⁷ và phù hợp với xu hướng trong nghiên cứu của Hoàng Thiên Phúc, khi nhóm không dẫn lưu thận chủ yếu chỉ cần paracetamol đường uống và đa số không cần sử dụng Pethidine¹. Các kết quả trên cho thấy tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu giúp giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian sử dụng thuốc giảm đau và hỗ trợ bệnh nhân phục hồi vận động sớm.

4.3.4. Thời gian hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,02 \pm 1,73$ ngày (1-12 ngày), đa số BN xuất viện sau 2 ngày, trong đó có 3 trường hợp chỉ nằm viện 1 ngày và 1 trường hợp kéo dài 12 ngày do đái máu nhưng điều trị nội khoa ổn định. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Shun Kai Chang ($3,2 \pm 1,4$ ngày)⁵ và ngắn hơn so với Bùi Hoàng Thảo ($3,8 \pm 1,1$ ngày)⁷. Thời gian hậu phẫu ngắn cho thấy tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu giúp bệnh nhân phục hồi nhanh, giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị, đồng thời duy trì tính an toàn khi theo dõi sau mổ.

4.3.5. Biến chứng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này biến chứng thường gặp nhất là chảy máu sau mổ (05 trường hợp), trong đó 03

BN điều trị nội khoa ổn định, 01 BN truyền máu và 01 BN phải nút mạch; ngoài ra có 01 BN sốt cần thêm kháng sinh. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước, như Kiều Đức Vinh (chảy máu phải nút mạch 0,8%, truyền máu 11,6%)⁴ và Shun Kai Chang (truyền máu 1,4%, sốt 10,6%, nhiễm trùng huyết 1,4%).⁵ Chảy máu vẫn là biến chứng thường gặp nhất trong tán sỏi thận qua da do tổn thương nhu mô thận hoặc mạch máu trong quá trình chọc dò và tán sỏi. Như vậy, tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu thận vẫn được đánh giá là phương pháp an toàn, với tỷ lệ biến chứng thấp và chủ yếu ở mức độ nhẹ, có thể kiểm soát bằng điều trị nội khoa.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân sỏi thận phức tạp, giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nhu cầu giảm đau sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thiên Phúc, Lê Vũ Chuyên, Cao Mạnh Linh.** Kết quả bước đầu kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2019;3(543):113-119.

2. **Ismail Nalbant, Ufuk Ozturk, Nevzat Can Sener, et al.** The comparison of standard and tubeless percutaneous nephrolithotomy procedures. Int Braz J Urol. 2012;38(6):795 - 801.
3. **Nikoufar P, Hodhod A, Hadi R A, et al.** Safety and efficacy of ambulatory tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy in the management of 10-25 mm renal calculi A retrospective study. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada. 2024;18(10):341-347.
4. **Kiều Đức Vinh, Trần Các, Trần Đức.** Kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại bệnh viện 108. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;4:111 - 116.
5. **Shun Kai Chang, Ian Seng Cheong, Ming Chin Cheng, et al.** Pressure compression of the cccess tract for tubeless percutaneous nephrolithotomy. Urol Sci. 2015;30:19 - 23.
6. **Wei-Hong Lai, Yeong-Chin Jou, Ming-Chin Cheng, et al.** Tubeless percutaneous nephrolithotomy: Experience of 1000 cases at a single institute. Urological Science. 2017;28:23 - 26.
7. **Bùi Hoàng Thảo.** Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận: Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà nội; 2019.
8. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, Lê Trọng Khôi.** Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật lấy sỏi qua đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận đơn giản. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2016;4:38 - 43.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA MẮT U NGUYÊN BÀO VỖNG MẠC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CẮT BỎ NHÃN CẦU THỨ PHÁT GIAI ĐOẠN 2018-2022

Nguyễn Bá Việt¹, Nguyễn Thị Thu Hà²,
Phạm Thị Minh Châu³, Hoàng Anh Tuấn³, Hoàng Lê Dung⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của các mắt u nguyên bào vồng mạc được điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát trong 5 năm (từ 1/2018 đến 12/2022) tại bệnh viện Mắt Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu trên 82 hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Mắt Trung Ương của các bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào vồng mạc điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát từ tháng 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả:** Số lượng mắt u nguyên bào vồng mạc được cắt bỏ nhãn cầu thứ phát tăng dần (2018 có 15 mắt, 2019 có 9 mắt, 2020 có 15 mắt, 2021 có 21 mắt, 2022 có 22

mắt). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 12,76 ±13,81 tháng. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 48,8% và 51,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu 82 mắt gồm 1 mắt u xuất ngoại hốc mắt, 7 mắt nhóm D và nhiều nhất nhóm E với 75 mắt (91,4%). Kích thước khối u trung bình là 10,02 ± 2,75mm, phần lớn các mắt có kích thước <15mm (98,6%) do đã được điều trị hóa chất trước. Các trường hợp có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao chiếm tỷ lệ 47,5%, trong đó: xâm nhập hắc mạc (19,5%), xâm nhập bán phần trước (19,5%), xâm nhập thị thần kinh sau lá sàng (18,3%) nhưng không có trường hợp có tế bào u tại diện cắt. Phần lớn u phát triển theo hướng hỗn hợp 57/82 mắt (69,5%). Có 22% không xác định độ biệt hóa của u. Không có mối liên quan giữa kích thước khối u và yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Ở nhóm điều trị hóa chất ≤ 6 đợt, khả năng có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao ít hơn chiếm 42,4% trong khi nhóm điều trị hóa chất > 6 đợt có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao chiếm 75% (khác biệt có ý nghĩa thống kê). **Kết luận:** Do việc phát triển các phương pháp điều trị u nguyên bào vồng mạc với phối hợp hóa chất và điều trị tại mắt, cắt bỏ nhãn cầu thứ phát đang tăng dần. Có sự thay đổi về một số đặc

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

³Bệnh viện Mắt Trung Ương

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Việt

Email: nguyentruongbaviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025