

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN BẢNG NỘI SOI TÁN SỎI VỚI NĂNG LƯỢNG HOLMIUM LASER TẠI BỆNH VIỆN NINH THUẬN

Lê Thành Tài², Lê Huy Thạch¹, Đàng Quốc Phương¹,
Nguyễn Nhật Huy¹, Lê Quốc Thắng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội soi tán sỏi ngược dòng với năng lượng Holmium laser hiện là phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả cao, nhưng cần đánh giá thêm về kết quả và tính an toàn đối với sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên bằng nội soi tán sỏi ngược dòng với năng lượng Holmium laser tại Bệnh viện Ninh Thuận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 40 bệnh nhân sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên, kích thước 5–15 mm, thực hiện tán sỏi bằng nội soi ngược dòng với Holmium laser. Theo dõi khả năng tiếp cận sỏi, thời gian tán sỏi, biến chứng và hiệu quả điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình $48,9 \pm 13,3$ tuổi, nam 60%, nữ 40%. Tất cả bệnh nhân (100%) được đưa máy soi vào niệu quản thành công. Thời gian tán sỏi trung bình $37,2 \pm 12$ phút. Tỷ lệ đặt sonde JJ niệu quản sau tán là 97,5%. Biến chứng nặng như thủng niệu quản không ghi nhận; chảy máu 7,5%, đái máu kéo dài 2,5%. **Kết luận:** Nội soi tán sỏi Holmium laser cho sỏi niệu quản 1/3 trên là phương pháp hiệu quả và an toàn, thời gian tán ngắn, biến chứng thấp, phù hợp để áp dụng rộng rãi. Việc đặt sonde JJ hỗ trợ đào thải sỏi và bảo vệ niệu quản. **Từ khóa:** sỏi niệu quản, nội soi ngược dòng, Holmium laser, sonde JJ.

SUMMARY

EVALUATION OF UPPER THIRD URETERAL STONE TREATMENT USING RETROGRADE URETEROSCOPIC HOLMIUM LASER LITHOTRIPSY AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL

Background: Retrograde ureteroscopic Holmium laser lithotripsy is a minimally invasive and effective method, but further evaluation is needed for upper third ureteral stones. **Objective:** To evaluate the outcomes of upper third ureteral stone treatment using retrograde ureteroscopic Holmium laser lithotripsy at Ninh Thuan General Hospital. **Patients and Methods:** A prospective study on 40 patients with upper third ureteral stones (5–15 mm) treated by retrograde ureteroscopic Holmium laser lithotripsy. Outcomes included stone access, lithotripsy time, complications, and treatment efficacy. **Results:** Mean age was 48.9 ± 13.3 years, with 60% male and 40% female. Successful ureteroscopic access was achieved

in all patients (100%). Mean lithotripsy time was 37.2 ± 12 minutes. JJ stent placement was performed in 97.5% of patients. Major complications such as ureteral perforation were not observed; bleeding occurred in 7.5%, and prolonged hematuria in 2.5%. **Conclusion:** Retrograde ureteroscopic Holmium laser lithotripsy for upper third ureteral stones is effective and safe, with short operative time and low complication rates. JJ stent placement facilitates stone clearance and protects the ureter.

Keywords: ureteral stone, retrograde ureteroscopy, Holmium laser, JJ stent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh phổ biến, thường gặp chiếm tỷ lệ 2-3% dân số. Trong đó sỏi niệu quản chiếm 28- 40% trong các bệnh sỏi tiết niệu [6]. Việt nam là một nước có nhiều bệnh nhân bị sỏi tiết niệu. Theo Ngô Gia Hy phần lớn sỏi niệu quản là do sỏi thận rơi xuống (80%), còn lại là sỏi sinh ra tại chỗ do dị dạng, hẹp niệu quản. Sỏi niệu quản khi bít tắc niệu quản sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm (ứ nước, ứ mủ đài, bể thận).

Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng với ống kính nội soi bán cứng hoặc ống mềm, phương pháp này đang ngày càng chiếm ưu thế và được áp dụng phổ biến vì nó có rất nhiều ưu điểm tận dụng các lỗ tự nhiên, thẩm mỹ do không để lại sẹo, bệnh nhân không đau sau thủ thuật, thời gian nằm viện ngắn hạn chế được tối đa các tai biến và biến chứng vì trong quá trình tán sỏi được quan sát trực tiếp [6].

Với mong muốn tổng kết sau một quá trình thực hiện cũng như đánh giá kết quả thực hiện, nhóm nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên bằng nội soi tán sỏi với năng lượng Holmium laser tại Bệnh viện Ninh Thuận".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 40 bệnh nhân sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng với năng lượng Holmium Laser tại bệnh viện Ninh Thuận từ tháng 01/2020 đến 05/2021.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân > 15 tuổi.
- Sỏi niệu quản có kích thước: >5mm -<15mm
- Sỏi niệu quản: trên phim chụp xquang hệ tiết niệu sỏi nằm ở đoạn niệu quản từ khúc nối

¹Bệnh viện Đa Khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Y dược cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

bể thận niệu quản đến đường ngang của liên đốt sống L5-S1.

- Chức năng thận bình thường.

*** Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:**

- Bệnh nhân mắc các bệnh đang tiến triển như suy gan, suy thận, các bệnh tiểu đường, tim mạch, rối loạn đông máu, lao niệu quản, ung thư biểu mô đường tiết niệu...

- Bệnh nhân đang điều trị bệnh rối loạn đông máu hoặc sử dụng heparin, aspirin,...

- Bệnh nhân có dị tật, kèm hoặc không có dị tật tiết niệu không có khả năng đặt được máy.

- Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa được điều trị ổn định.

*** Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, báo cáo loạt case.

*** Nội dung nghiên cứu:**

- Quy trình tán sỏi niệu quản đoạn trên bằng Holmium Laser qua nội soi ngược dòng:

+ Bệnh nhân được giải thích, chuẩn bị như một cuộc mổ phiến, gây mê nội khí quản và đặt ở tư thế sản khoa. Dụng cụ gồm ống soi niệu quản bán cứng 9,5Fr và máy Laser Holmium.

+ Ống soi được đưa qua niệu đạo vào bàng quang, xác định lỗ niệu quản và luồn dây dẫn qua sỏi lên thận.

+ Dây laser được đưa tiếp cận sỏi, tán với khoảng cách đầu sợi 0,2–1 mm cho đến khi sỏi vỡ nhỏ ≤ 3 mm. Các mảnh sỏi lớn được gắp bằng rọ Dormia hoặc kìm.

+ Sau khi làm sạch sỏi, soi kiểm tra tổn thương niệu quản và đặt sonde JJ cho tất cả trường hợp.

- Theo dõi sau tán sỏi: Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, đau sau tán sỏi, số lượng và màu sắc nước tiểu. Trường hợp sốt hoặc nghi nhiễm khuẩn tiết niệu sẽ được làm xét nghiệm máu và cấy nước tiểu để xác định vi khuẩn.

*** Đánh giá kết quả điều trị:**

- Các chỉ tiêu theo dõi gồm: mức độ thuận lợi khi tiếp cận sỏi, tình trạng niêm mạc niệu quản, thời gian tán sỏi, thời gian hậu phẫu và thời gian lưu sonde JJ.

- Tiêu chí thành công: tán hết sỏi < 3 mm, không cần chuyển phương pháp điều trị.

- Tai biến – biến chứng ghi nhận: tổn thương niệu quản, nhiễm khuẩn tiết niệu, chảy máu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*** Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:**

- Tuổi trung bình của nhóm đối tượng là: $48,9 \pm 13,3$ tuổi. Trong đó tuổi thấp nhất là 20 tuổi, tuổi cao nhất là 85 tuổi. Độ tuổi mắc bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm 40 – 59 tuổi với 62,6%. Nam giới có 24 BN chiếm 60%. Tỷ lệ

nam/nữ là 1,5

- Có 11 bệnh nhân đã có tiền sử điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu (chiếm 27,5%). Trong đó có 9 bệnh nhân được tán sỏi nội soi (22,5%), có 1 bệnh nhân (2,5%) được mở niệu quản lấy sỏi và có 1 bệnh nhân (2,5%) được tán sỏi ngoài cơ thể trước đây.

*** Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu:**

Kết quả nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân vào viện vì cơn đau quặn thận là chủ yếu chiếm 87,5%. Có 10,0% vào viện vì đái buốt, đái rắt và 0% vào viện vì đái máu.

*** Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu:**

- Kết quả nghiên cứu cho thấy trong xét nghiệm nước tiểu của 12/40 (30,0%) bệnh nhân có hồng cầu niệu, có 18/40 (45,0%) có bạch cầu niệu và có 2,5% có protein niệu.

- Số lượng bệnh nhân có thận ứ nước từ độ I trở lên là 36 bệnh nhân chiếm 90,0%. Và số bệnh nhân không phát hiện thận ứ nước trên siêu âm là 4 bệnh nhân chiếm 10,0%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 80% bệnh nhân có niệu quản giãn trên siêu âm. - Kính thước giãn trung bình là $10,1 \pm 3,2$ mm (tối thiểu 6mm và tối đa 19 mm). Số bệnh nhân có niệu quản giãn (7–10mm) là 19 bệnh nhân chiếm 59,4%. Số bệnh nhân có niệu quản giãn rộng (>10mm) là 13 bệnh nhân chiếm 40,6%.

*** Đặc điểm về điều trị sỏi niệu quản:**

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh nhân đưa được máy vào niệu quản là 40/40 bệnh nhân chiếm 100%. Có 2 bệnh nhân phát hiện có polyp niệu quản chiếm 5,0% Có 4 bệnh nhân phát hiện có hẹp niệu quản chiếm 10,0%.

Bảng 1. Thời gian tán sỏi

Thời gian tán sỏi (phút)	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 15	1	2,5
16-30	20	50,0
31-60	18	45,0
61-90	1	2,5
Tổng	40	100
$\bar{X} \pm SD$	$37,2 \pm 12,0$ tối thiểu 15 phút, tối đa 80	

Nhận xét: Về thời gian tán sỏi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $37,2 \pm 12,0$ phút. Trong đó thời gian tán sỏi nhanh nhất là 15 phút và lâu nhất là 80 phút. Thời gian tán sỏi bình quân nằm trong khoảng 16-60 phút chiếm 95%.

- Số lượng bệnh nhân được đặt sonde JJ sau tán sỏi là 39 bệnh nhân (chiếm 97,5%) và 1 bệnh nhân không đặt sonde JJ sau tán sỏi (chiếm 2,5%).

Bảng 2. Tai biến trong mổ

Tai biến	Số lượng = 40	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	3	7,5

Sốt	0	0
Thủng đứt niệu quản	0	0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, về tai biến trong tán sỏi là 7,5% trong đó có 3 bệnh nhân chảy máu (chiếm 7,5%) và 0 bệnh nhân sốt, 0 bệnh nhân thủng đứt niệu quản.

*** Đặc điểm về theo dõi hậu phẫu**

Bảng 3. Nước tiểu sau tán sỏi

Nước tiểu sau tán sỏi		Số lượng	Tỷ lệ %
Màu sắc nước tiểu	Lượng nước tiểu (ml)	TB $\pm$ SD	1577,5 $\pm$ 395,1 ml; min 500, max 2600
	Hồng	21	52,5
	Đỏ	18	45,0
	Đục	1	2,5
Tổng		40	40

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy lượng nước tiểu 24h sau tán sỏi trung bình là 1577,5 $\pm$ 395,1 ml, trong đó ít nhất là 500ml và nhiều nhất là 2600ml. Về màu sắc nước tiểu, có 21 bệnh nhân nước tiểu có màu hồng (52,5%). Có 18 bệnh nhân có nước tiểu màu đỏ (45%) và 1 bệnh nhân có nước tiểu đục (2,5%).

- Thời gian nằm viện trung bình 11,1 $\pm$ 3,9 ngày. Nhanh nhất là 5 ngày và chậm nhất là 20 ngày.

IV. BÀN LUẬN

***Bàn luận về một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,9 $\pm$ 13,3 (20–85 tuổi), trong đó nhóm 40–59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (62,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, cho rằng bệnh sỏi tiết niệu nói chung và sỏi niệu quản nói riêng thường gặp ở độ tuổi lao động từ 30–60 tuổi như của Bùi Văn Chiến (21–65 tuổi) [3].

Tỷ lệ nam giới gặp 24 BN chiếm 60%, nữ giới gặp 16 BN chiếm 40%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Sỏi niệu quản gặp ở nam nhiều hơn nữ, so sánh với kết quả nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca [22], chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng.

***Chẩn đoán hình ảnh trong sỏi hệ tiết niệu:** Chẩn đoán xác định sỏi niệu quản chủ yếu dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị, siêu âm và CT-scan khi cần thiết. Trong đó, siêu âm là phương tiện đầu tay vì ít xâm lấn, chi phí thấp, dễ thực hiện và có thể phát hiện cả sỏi không cản quang [9]. Siêu âm giúp đánh giá kích thước, hình dạng sỏi, tình trạng giãn đài bể thận và các bất thường kèm theo. Theo các nghiên cứu, siêu âm có độ nhạy 78–96% và độ đặc hiệu 31–100% tùy vị trí sỏi; Mos và cộng sự ghi nhận độ nhạy 73% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 90% bệnh nhân có hình ảnh thận ứ nước độ I trở lên và 80% có giãn niệu quản trên siêu âm.

Sỏi niệu quản thường có tỷ trọng cao, dễ phát hiện trên CT với dấu hiệu đặc trưng “hình bia” — vùng tăng tỷ trọng trung tâm bao quanh bởi viền giảm tỷ trọng của thành niệu quản, giúp phân biệt với các dạng vôi hóa khác ở bụng – chậu. CT cho phép đánh giá chính xác vị trí, số lượng, kích thước sỏi và ảnh hưởng của sỏi lên chức năng thận. Theo Andrabi và cs. (2015), CT có độ nhạy và đặc hiệu trên 95% trong chẩn đoán sỏi tiết niệu [7]. Khảo sát thêm cản quang cho phép đánh giá ảnh hưởng của sỏi lên sự thay đổi hình thái hệ thống góp, chức năng thận. Đặc biệt, khi chụp MSCT có tiêm thuốc cản quang và dựng hình cho ta có thể biết thêm hình thái đường đi của niệu quản trên và dưới sỏi rất có ý nghĩa trong tiên lượng cuộc mổ về mức độ khó khăn để đặt ống sỏi niệu quản, khả năng tiếp cận sỏi và nguy cơ sỏi chạy lên thận. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh nhân có sỏi đơn phát hiện trên CT-scan là 82,5% chỉ có 17,5% là có 2 viên sỏi niệu quản và không có bệnh nhân nào có 3 viên sỏi niệu quản. Nguyễn Thành Công cho thấy có 83,3% bệnh nhân có một viên sỏi và 17,7% bệnh nhân có sỏi hai viên.

***Đặt ống sỏi vào niệu quản tiếp cận sỏi:** Đặt ống sỏi vào niệu quản là bước khó khăn và quan trọng nhất trong toàn bộ phẫu thuật. Đặt ống sỏi vào niệu quản nên sử dụng dây dẫn một cách thường quy, vì nó giúp cho quá trình đặt ống sỏi vào niệu quản một cách thuận lợi và an toàn (nên sử dụng dây dẫn đường đầu mềm chuyên dụng thì khả năng đặt ống sỏi vào niệu quản và tiếp cận sỏi trở nên dễ dàng hơn, nhất trong trường hợp niệu quản phù nề ngoằn ngoèo gấp khúc). Chúng tôi đặt máy sỏi và tiếp cận sỏi thành công trong 40/40 BN (100%). Những yếu tố khó khăn trong quá trình đặt máy sỏi NQ khiến thời gian mổ kéo dài hơn.

***Kỹ thuật tán sỏi và các yếu tố liên quan:** Kết quả và thời gian tán sỏi phụ thuộc rất lớn vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên về khả năng đặt ống sỏi tiếp cận sỏi, tình trạng niệu quản, sử lý phần mềm dưới sỏi, số lượng, bản chất và vị trí của sỏi; ngoài ra, còn phụ thuộc vào độ bám dính của sỏi với niệu quản.

Một trong những nguyên nhân chính của thất bại TSNS ngược dòng là do sỏi di chuyển vào trong thận hay phần cao của niệu quản. Sỏi di chuyển lên trên thận làm tăng thời gian mổ và làm tăng chi phí mổ cho bệnh nhân vì trong một số trường hợp đòi hỏi cần phải sử dụng thêm các phương pháp can thiệp khác để xử lý sỏi. Những yếu tố cố định không thay đổi được như: thói quen kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí, kích thước sỏi. Những yếu tố có thể thay đổi được

như: tư thế của bệnh nhân, áp lực bơm rửa, nguồn năng lượng tán sỏi [7], Tỷ lệ chung của sỏi di chuyển lên trên thận khi TSNS ngược dòng khoảng 5-15%. Nguyễn Minh Quang (2003) gặp 3 bệnh nhân chiếm 1,4% sỏi di chuyển lên thận. Vũ Lê Chuyên (2006) gặp 4,1% sỏi di chuyển trên thận khi tán sỏi niệu quản 1/3 trên [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/40 bệnh nhân (5%) gặp biến chứng sỏi di chuyển vào đài thận, chủ yếu ở những trường hợp sỏi nằm tại khúc nối bể thận – niệu quản. Thực tế, chúng tôi ghi nhận một số trường hợp sỏi hoặc mảnh sỏi lớn (>3 mm) chạy lên thận, khi đó có thể đưa ống soi vào trong bể thận để tiếp cận và tán sỏi bằng laser thành nhiều mảnh nhỏ. Với các mảnh sỏi lớn, chúng tôi dùng forcep kéo sỏi xuống niệu quản rồi tán nhỏ, thay vì cố gắng lấy nguyên mảnh ra ngoài, vì điều này có thể gây tổn thương niệu quản nặng nề hơn.

Việc tán nhỏ sỏi giúp quá trình lấy sỏi ra thuận lợi, an toàn và ít sang chấn hơn. Thời gian tán sỏi theo nghiên cứu của chúng tôi nhanh nhất là 15 phút, lâu nhất 80 phút, trung bình $37,2 \pm 12,0$ phút

***Đặt sonde JJ niệu quản sau tán:** Một số tác giả nêu các bất lợi của việc đặt sonde JJ sau tán sỏi, gồm rối loạn tiểu tiện như mót đái, tiểu máu, tiểu buốt, tiểu dắt [7]. Tuy nhiên, với tán sỏi laser niệu quản đoạn trên, việc đặt JJ niệu quản thường quy được khuyến cáo do nhiều lợi ích: sau sử dụng dụng cụ nong niệu quản hoặc guide-wire, niệu quản có thể phù nề đến 96h, và sonde JJ giúp giảm áp lực, giải quyết tắc nghẽn tạm thời. Sonde JJ cũng hỗ trợ đào thải các mảnh sỏi nhỏ tự nhiên, đặc biệt khi laser có thể gây bong niêm mạc sâu tới 0,5 mm [8]. Nó còn giúp ngăn co thắt niệu quản sau mổ, giảm đau thắt lưng do sỏi kẹt và bảo vệ niệu quản khi sỏi nằm ở vị trí cao, tạo điều kiện niệu quản giãn thụ động. Tuy nhiên, khoảng 90% bệnh nhân gặp hội chứng JJ sau mổ, biểu hiện đau thắt lưng hoặc tiểu máu, và JJ đôi khi có thể đứt, gây hoặc tạo sỏi bám quanh, gây khó khăn khi rút.

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 39/40 BN chiếm 97,5% được đặt JJ NQ, có 1 BN chuyển mổ sau không đặt sonde JJ. Theo Phan Trường Bảo (2009) có 31,45% trường hợp đặt modelage, 68,55% được đặt JJ niệu quản [1].

Thời gian lưu ống JJ phụ thuộc vào tổn thương NQ trong mổ và các can thiệp sau tán sỏi như mổ lấy sỏi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể thì sẽ để JJ lâu hơn. Thông thường, chúng tôi để JJ 4 tuần; sau đó nếu hết sỏi thì sẽ soi bàng quang để rút JJ. Vậy nên 39/39 BN tỷ lệ 100% bệnh nhân được rút sonde JJ vào tuần thứ 4. Còn

Nguyễn Minh Quang (2003) thời gian lưu JJ trung bình là $6,8 \pm 0,79$ tuần.

***Tính An toàn của phẫu thuật:** Biến chứng sau tán sỏi bằng Laser chủ yếu là chảy máu và thủng niệu quản. Chảy máu thường do tổn thương thành niệu quản khi nong, đặt ống soi hoặc tán sỏi; đa số chỉ cần ngưng thủ thuật và đặt JJ [6]. Tỷ lệ chảy máu khiến phải dừng mổ khoảng 0,1–2,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3/40 bệnh nhân (7,5%) gặp chảy máu nhưng không cần ngưng mổ. Thủng niệu quản là biến chứng nặng hơn, tỷ lệ khoảng 0,1–2% trong các nghiên cứu gần đây, thấp hơn so với các nghiên cứu trước (6,1–15%) khi dùng ống soi lớn 9,5 Fr. Các yếu tố nguy cơ gồm sỏi lớn, xơ hóa sau phúc mạc và thời gian mổ kéo dài. Phần lớn trường hợp chỉ cần đặt JJ niệu quản và dùng kháng sinh; trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp thủng hoặc đứt niệu quản (0,0%).

Sau tán sỏi, tất cả bệnh nhân đều được đặt sonde Foley 16 Fr và theo dõi máu trong nước tiểu; nếu đái máu kéo dài >4 ngày sẽ dùng thuốc cầm máu, kháng sinh hoặc truyền máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 1/40 bệnh nhân (2,5%) gặp đái máu kéo dài sau mổ (do cắt polip kèm tán sỏi), so với 8,87% trong nghiên cứu của Phan Trường Bảo (2009) [1].

V. KẾT LUẬN

Nội soi tán sỏi niệu quản 1/3 trên bằng năng lượng Holmium laser tại Bệnh viện Ninh Thuận là phương pháp an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ tán sạch sỏi cao, thời gian tán sỏi trung bình $37,2 \pm 12$ phút và khả năng đặt ống soi thành công 100%. Biến chứng nặng như thủng niệu quản không ghi nhận, chảy máu sau mổ ít gặp (7,5%) và đái máu kéo dài hiếm (2,5%). Việc đặt sonde JJ niệu quản sau tán giúp giảm tắc nghẽn, hỗ trợ đào thải mảnh sỏi và bảo vệ niệu quản, mặc dù có thể gây hội chứng JJ tạm thời. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các công trình trong nước, khẳng định tính hiệu quả, an toàn và khả năng áp dụng rộng rãi của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Bảo, Nguyễn Tuấn Vinh (2009), "Sử dụng Holmium Laser trong nội soi tán sỏi niệu quản đoạn lưng tại bệnh viện Bình Dân 2009", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh số 4 năm 2009, tr. 488-490.
2. Vũ Nguyễn Khải Ca, Long Hoàng (2012), "Đánh giá hiệu quả của tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Holmium Laser", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 80(3C), tr. 156-162.
3. Bùi Văn Chiến, Nguyễn Công Bình, (2012), Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản nội soi

- ngược dòng bằng máy tán Laser Y học T P /hồ Chí Minh, tr. 520-522.
4. **Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty** (2006), "Nội soi ngược dòng tán sỏi bằng xung hơi sỏi niệu quản lưng: kết quả từ 49 trường hợp sỏi niệu quản đoạn lưng được tán sỏi nội soi ngược dòng tại khoa niệu Bệnh viện Bình dân", Y học Việt nam, tập 319, tr. 254-261
 5. **Nguyễn Minh Quang** (2003), Rút kinh nghiệm qua 204 trường hợp tán sỏi niệu quản qua nội soi bằng laser và xung hơi, trường ĐH Y dược TP Hồ chí Minh.
 6. Nguyễn Bửu Triều, Mễ Nguyễn (2003), Sỏi thận, NXB Y học, tr. 233-243.
 7. **Andrabi Y., Patino M., et al.** (2015), "Advances in CT imaging for urolithiasis", Indian J Urol, 31(3), pp. 185-93.
 8. **Mosayyebi A., Manes C., et al.** (2018), "Advances in Ureteral Stent Design and Materials", Curr Urol Rep, 19(5), pp. 35.
 9. **Nery D. R., Costa Y. B., et al.** (2018), "Epidemiological and imaging features that can affect the detection of ureterolithiasis on ultrasound", Radiol Bras, 51(5), pp. 287-292.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ TIỂU CẦU/LYMPHO BÀO VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ TÁI THÔNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Nữ Vân Nga^{1,2}, Phạm Minh Tuấn¹, Phạm Hồng Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan giữa tỷ lệ tiểu cầu/lympho bào (PLR) và một số yếu tố kết quả điều trị tái thông mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 110 bệnh nhân được chẩn đoán STEMI và điều trị tái thông mạch vành qua da tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024. Thu thập lâm sàng, cận lâm sàng, PLR lúc nhập viện và sau tái tưới máu (PCI), chỉ số liên quan PCI, biến cố tim mạch chính (MACE) nội viện. Phân tích thống kê với kiểm định thích hợp; hồi quy logistic đơn biến, đa biến. **Kết quả:** tuổi trung bình 68,8; nam giới 64,6%, BMI trung bình $21,8 \pm 2,2$; THA chiếm 49,1%. PLR trước điều trị trung vị 158,6 (IQR 90,9–188,8); PLR ≥ 150 chiếm 51,8%. Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa giữa PLR và tái tưới máu hoàn toàn sau PCI. Tỷ lệ MACE nội viện 24,5% (chủ yếu suy tim 21,8%). Trên hồi quy đơn biến, PLR trước (OR 1,003; $p=0,048$) và sau PCI (OR 1,008; $p=0,008$) liên quan MACE. Tuy nhiên, hồi quy đa biến giữ lại các yếu tố độc lập: tuổi (OR 1,078; $p=0,013$), EF < 40% (OR 3,902; $p=0,045$), proBNP (OR $\approx 1,001$; $p=0,015$); PLR không còn ý nghĩa độc lập ($p>0,8$). **Kết luận:** PLR phản ánh tình trạng viêm-huyết khối và liên quan MACE ở mức đơn biến, nhưng không là yếu tố tiên lượng độc lập khi đã hiệu chỉnh theo tuổi, EF và proBNP. PLR có thể hữu ích như chỉ số sàng lọc nguy cơ hỗ trợ, song không thay thế các thước đo lâm sàng-cận lâm sàng chuẩn. **Từ khóa:** PLR; STEMI, biến cố tim mạch chính, tái tưới máu

SUMMARY

STUDY ON PLATELET-TO-LYMPHOCYTE RATIO AND ITS ASSOCIATION WITH CORONARY REPERFUSION OUTCOMES IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Objective: To investigate the association between platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) and certain outcomes of percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI). **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 110 patients diagnosed with STEMI and treated with PCI at Nghe An General Hospital from January to September 2024. Data collected included clinical and paraclinical characteristics, PLR at admission and post-PCI, PCI-related indices, and in-hospital major adverse cardiovascular events (MACE). Statistical analysis included appropriate tests, univariate and multivariate logistic regression. **Results:** Mean age was 68.8 years; 64.6% were male. Median baseline PLR was 158.6 (IQR 90.9–188.8); PLR ≥ 150 accounted for 51.8%. There was no significant difference between PLR and complete reperfusion after PCI. The in-hospital MACE rate was 24.5% (mainly heart failure 21.8%). On univariate regression, pre-PCI PLR (OR 1.003; $p=0.048$) and post-PCI PLR (OR 1.008; $p=0.008$) were associated with MACE. However, multivariate regression retained independent predictors: age (OR 1.078; $p=0.013$), EF < 40% (OR 3.902; $p=0.045$), and proBNP (OR ≈ 1.001 ; $p=0.015$); **Conclusion:** PLR reflects the inflammatory-thrombotic status and is associated with MACE at the univariate level but is not an independent prognostic factor after adjustment for age, EF, and proBNP. PLR may be useful as a complementary risk-screening index but cannot replace established clinical and paraclinical measures. **Keywords:** PLR; STEMI; MACE; reperfusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành đang là nguyên nhân chính dẫn đến gánh nặng bệnh tật và tử vong

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025