

Trác và cs. (2012) ghi nhận sản phụ có BMI thấp và tăng cân thai kỳ <9 kg có nguy cơ sinh non, trẻ nhẹ cân cao hơn [9]; Huỳnh Mỹ Tâm và cs. (2021) [6] xác định bệnh lý trong thai kỳ và suy dinh dưỡng mẹ là những yếu tố liên quan rõ rệt đến sinh non; trong khi Nguyễn Thanh Hiền và cs. (2017) báo cáo biến chứng mẹ như tiền sản giật và thiếu máu làm tăng tỷ lệ sinh non và trẻ nhẹ cân [4].

Những phát hiện này khẳng định vai trò quan trọng của tình trạng dinh dưỡng, chăm sóc thai kỳ và tiền sử sản khoa trong dự phòng sinh non, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của sàng lọc sớm và theo dõi chặt chẽ thai phụ có nguy cơ cao nhằm giảm tỷ lệ sinh non và cải thiện kết cục sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ sinh non tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024 là 9,59% (228/2.378). Các yếu tố liên quan độc lập với sinh non sau hồi quy logistic đa biến gồm: BMI tiền thai <18,5 (OR hiệu chỉnh = 1,91; KTC95%: 1,12–2,93; p=0,01), tăng cân thai kỳ <9 kg (1,35; 1,12–2,48; p=0,01), khoảng cách giữa hai lần sinh <24 tháng (1,84; 1,31–3,14; p=0,01), có bệnh lý trong thai kỳ (4,63; 2,35–7,93; p<0,0001), tiền sử sinh non (3,49; 2,24–5,28; p=0,001), và tiền sử sinh mổ (1,76; 1,09–3,41; p=0,003). Các yếu tố như địa chỉ cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con không ghi nhận liên quan với sinh non (p>0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình, và cs, 2022, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên

- quan đến cơn ngưng thở bệnh lý ở trẻ sơ sinh non tháng", Tạp chí Nhi khoa, 15(5), tr. 1-7.
2. **Đặng Thị Ngọc Diệp**, và CS, 2024, "Nghiên cứu đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Quốc tế Hạnh Phúc năm 2023–2024", Tạp chí Y học Việt Nam, 543(2), tr. 243–247.
3. **Phan Thị Thu Hằng**, và cs, 2020, "Thực trạng sơ sinh nhẹ cân tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Mộc Châu năm 2019", Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 16(3–4), tr. 50–54.
4. **Nguyễn Thanh Hiền**, và cs (2017). Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai. Tạp chí Phụ Sản, 14(04), 28–34.
5. **Đầu Thị Tuyết Nhung**, Đoàn Thanh Điền, Lâm Đức Tâm, 2024 "Nghiên cứu đặc điểm và kết cục thai kỳ ở thai phụ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022–2024", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 76, tr. 146–152.
6. **Huỳnh Mỹ Tâm, Lê Thành Tài, & Phạm Thị Dương Nhi**. (2021). Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh non tháng tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2020–2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (40), 137–142.
7. **Trương Thiện Tiên, Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Thị Bích Thủy, Đào Hữu Nhật Quang, Nguyễn Phúc Tấn, Nguyễn Thị Kim Anh, & Phạm Thị Thạch Thảo**. (2024). Tình hình sinh non tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế. Tạp chí Phụ sản, 22(3), 38–43. <https://doi.org/10.46755/vjog.2024.3.1779>
8. **Đào Thị Huyền Trang, & Nguyễn Mạnh Thắng**. (2018). Tình hình đẻ non và các phương pháp xử trí tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản, 15(4), 36–40.
9. **Lê Minh Trác, Phan Thị Thu Nga, & Lê Anh Tuấn**. (2012). Thực trạng sơ sinh thấp cân, non tháng đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản, 10(2), 98–103.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI TÁN SỎI QUA DA 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: Tán sỏi thận qua da (PCNL) là phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả cao trong điều trị sỏi thận phức tạp, giúp giảm biến chứng và bảo tồn nhu mô thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca gồm 25 bệnh nhân sỏi thận

phức tạp được điều trị bằng mini-PCNL tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ 11/2021 đến 10/2022. Tất cả trường hợp được chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm, tán sỏi bằng laser Holmium, đặt sonde JJ xuôi dòng và dẫn lưu thận ra da sau mổ. **Kết quả:** Kích thước sỏi trung bình $3,11 \pm 2,41$ cm, thời gian mổ trung bình $58,4 \pm 27,8$ phút. Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ đạt 82,4%, sau 1 tháng đạt 88,7%. Biến chứng gặp 16% (chủ yếu sốt sau mổ, tụ dịch quanh thận), không có trường hợp chảy máu nặng. Thời gian nằm viện trung bình $5,6 \pm 2,3$ ngày. **Kết luận:** PCNL dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao, ít biến chứng, phù hợp triển khai tại tuyến tỉnh khi có đầy đủ phương tiện và phẫu thuật viên được đào tạo. **Từ khóa:** Tán sỏi thận qua da, sỏi thận, tỷ lệ sạch sỏi.

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: 27.10.2025

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF KIDNEY STONES BY PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL

Background: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is a minimally invasive and effective treatment for complex renal stones, helping reduce complications and preserve renal parenchyma. **Patients and Methods:** This descriptive case series included 25 patients with complex renal stones treated by mini-PCNL at Ninh Thuan General Hospital from November 2021 to October 2022. All procedures were performed under ultrasound guidance, using Holmium laser lithotripsy, followed by antegrade JJ stent placement and percutaneous nephrostomy drainage at the end of surgery. **Results:** The mean stone size was 3.11 ± 2.41 cm, and the mean operative time was 58.4 ± 27.8 minutes. The early postoperative stone-free rate was 82.4%, increasing to 88.7% after one month. Postoperative complications occurred in 16% of cases, mainly transient fever and perirenal fluid collection; no severe bleeding was reported. The mean hospital stay was 5.6 ± 2.3 days. **Conclusions:** Ultrasound-guided mini-PCNL is a safe and effective technique for treating complex renal stones, achieving a high stone-free rate with minimal complications. This procedure can be feasibly implemented at provincial-level hospitals equipped with appropriate instruments and trained urologists. **Keywords:** Percutaneous nephrolithotomy, kidney stones, stone-free rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi tán sỏi thận qua da là một trong số các phương pháp điều trị ít xâm lấn, ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản trên. Đặc biệt là những trường hợp sỏi san hô trước đây chỉ mổ mở thì nay có thể áp dụng tán sỏi qua da, sỏi ở thận ghép, dị dạng hệ tiết niệu như thận móng ngựa, thận lạc chỗ... [1] Tại Việt Nam, tán sỏi thận qua da (PCNL) tiêu chuẩn được thực hiện từ năm 2004 và cho tới nay đã được triển khai tại nhiều trung tâm lớn về Tiết Niệu trên cả nước. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật rất khó yêu cầu trang thiết bị kỹ thuật cao và phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

Tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, từ năm 2021 đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật PCNL điều trị sỏi thận với năng lượng tán sỏi laser công suất lớn 80W. Với những kinh nghiệm đạt được trong quá trình thực hiện phương pháp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận phức tạp được điều trị bằng phương pháp PCNL tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2021 - 2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận phức tạp đến khám, điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Ninh Thuận năm 2021 - 2022 đồng ý tham gia nghiên cứu và thỏa 1 trong các tiêu chuẩn:

- + Sỏi thận lớn ≥ 2 cm hoặc sỏi san hô.
- + Sỏi niệu quản đoạn cao kết hợp sỏi thận lớn mà các phương pháp ít xâm lấn khác không phù hợp hoặc thất bại.
- + Sỏi gây tắc nghẽn/ứ nước nặng có tổn thương chức năng thận cần lấy sỏi triệt để.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bao gồm những trường hợp chống chỉ định của phương pháp tán sỏi qua da:

- + Chống chỉ định gây mê toàn thân.
- + Bệnh nhân có bệnh lý rối loạn đông máu.
- + Bệnh nhân bệnh lý tim mạch không ổn định: bệnh lý mạch vành, suy tim nặng, rối loạn nhịp tim nặng chưa kiểm soát...
- + Bệnh nhân bệnh lý hô hấp không ổn định: lao phổi, COPD, hen...
- + Suy thận nặng, khối u ở thận cùng bên.
- + Bệnh lý chuyển hóa: đái tháo đường, cường giáp, cushing... chưa được kiểm soát
- + Phụ nữ đang mang thai.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Các bước tiến hành: Quy trình phẫu thuật tán sỏi thận qua da (PCNL)

Giai đoạn 1: Chuẩn bị và định vị chọc dò: Đặt sonde niệu quản ngược dòng từ bàng quang lên thận để xác định vị trí, hình thái sỏi và hỗ trợ bơm nước rửa trong quá trình chọc dò. Sau đó đặt sonde tiểu Foley, cố định hai sonde, nối dây bơm nước và chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm nghiêng. Màn hình nội soi, máy siêu âm được bố trí thẳng hàng với phẫu trường. Phẫu thuật viên chính đứng bên thận mổ, hai phụ mổ đứng đối diện và phía dưới.

Giai đoạn 2: Thực hiện tán sỏi. Dưới hướng dẫn siêu âm, chọc dò vào đài bể thận, luồn dây dẫn, nong đường hầm đến 18F và đặt ống Amplatz. Đưa ống soi qua Amplatz tiếp cận đài bể thận, tiến hành tán sỏi bằng laser, hút hoặc gắp sỏi ra ngoài. Sau khi kiểm tra sạch sỏi bằng siêu âm, đặt sonde JJ xuôi dòng và dẫn lưu thận ra da bằng Mono J để đảm bảo dẫn lưu sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 11/2021 - 10/2022, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận chúng tôi tiến hành nội soi tán sỏi qua da cho 25 bệnh nhân.

* **Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu.** Có 20/25 BN(80%) chưa có tiền sử

can thiệp gì trên thận mổ. Có 4/25 BN(16%) có sẹo mổ cũ lấy sỏi hoặc lấy sỏi niệu quản. Có 1/25 BN (4%) đã được tán sỏi ngoài cơ thể.

Diện tích trung bình bề mặt sỏi trong nhóm nghiên cứu $13,31 \pm 4,21\text{cm}^2$. Kích thước sỏi trung bình: dài $3,11 \pm 2,41\text{cm}$, rộng $2,28 \pm 0,31\text{ cm}$.

Bảng 3.1: Vị trí và hình thái sỏi

Vị trí hình thái sỏi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
S2 (Bể thận)	5	20
S3 (Bể thận + 1 đài)	13	52
S4 (Bể thận + 2 đài)	4	16
S5 (Bể thận + 3 đài)	1	4
Sỏi đài thận dưới	2	8
Tổng số	25	100

Nhận xét: Chủ yếu sỏi bể thận kèm theo nhô ra một nhóm đài 52%.

*** Vị trí chọc dò, thời gian phẫu thuật và tỉ lệ sạch sỏi**

Bảng 3.2: Vị trí chọc dò

Nhóm đài	Số BN	Tỉ lệ %
Đài trên	2	8%
Đài giữa	17	68%
Đài dưới	6	24%
Tổng số	25	100%

Nhận xét: Có 17 BN(68%) được chọc dò vào đài giữa. Có 6 BN(24%) được chọc dò vào đài dưới. Có 2 BN (8%) trường hợp nào chọc vào đài trên. Thời gian mổ trung bình: $58,42 \pm 27,8$ phút (32 - 110 phút).

Bảng 3.3. Tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi thận qua da

Tỷ lệ sạch sỏi	Sỏi S2	Sỏi S3	Sỏi S4	Sỏi S5	Sỏi đài dưới	Tổng
Sạch sỏi sớm sau mổ	86,2%	81,7%	71,2%	68,7%	100%	82,4%
Sạch sỏi sau 1 tháng	94,1%	88,4%	77,8%	76,7%	100%	88%

Nhận xét: Theo dõi xa sau mổ: 25 BN được khám lại sau 15-30 ngày. Không đau, không sốt và chụp X quang và siêu âm kiểm tra có 22/25 BN sạch sỏi (không còn hoặc sỏi nhỏ < 4mm) đạt tỷ lệ 88% được rút JJ. Có 3 BN còn sỏi > 4mm (12%).

*** Tính an toàn của phẫu thuật**

Bảng 3.4: Các biến chứng

Các biến chứng	Số BN	Tỉ lệ
Chảy máu phải điều trị	0	0%
Tụ dịch quanh thận	1	4%
Sốt	3	12%
Bình thường	21	84%
Tổng	25	100%

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân bị sốt sau mổ và có 1 bệnh nhân tụ dịch quanh thận đã điều trị ổn định.

*** Thời gian và diễn biến điều trị**

Thời gian nằm viện TB: $5,6 \pm 2,3$ ngày (3 - 17 ngày). Dẫn lưu thận rút sau 2 - 5 ngày (TB: $2,1 \pm 1,2$ ngày).

IV. BÀN LUẬN

Trong vấn đề điều trị sỏi thận cho tới nay, đã có nhiều bước phát triển vượt bậc với việc ứng dụng các kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn thay thế cho phẫu thuật mở. Đặc biệt với kỹ thuật mini-PCNL 18Fr đã giảm được biến chứng chảy máu và tổn thương nhu mô thận. Kỹ thuật này có thể dùng ống kính nội soi niệu quản 7,5Fr thay thế cho ống kính nội soi thận chuyên dụng để thao tác linh hoạt vào các đài thận, đặc biệt chiếm ưu thế khi cổ đài thận hẹp. Sử dụng năng lượng Holmium Laser 100W tán sỏi nhanh, an toàn, nâng cao hiệu suất sạch sỏi, giảm tổn thương thận, giảm nguy cơ chảy máu và giảm áp lực trào ngược. Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận bắt đầu triển khai ứng dụng mini-PCNL dưới hướng dẫn bằng siêu âm/C'Arm vào điều trị sỏi thận. Qua 25 trường hợp (TH) đã thực hiện cho thấy tỷ lệ tỷ lệ sạch sỏi 88,7%. Khi so sánh với một số tác giả trong và ngoài nước thấy tỷ lệ sạch sỏi tương đương: Hoàng Long (2017), nghiên cứu mini-PCNL tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội cho thấy tỷ lệ sạch sỏi 77,7% [1]. Hay theo Đỗ Trường Thành tỉ lệ sạch sỏi 83% [2].

Phương pháp định vị sỏi và tư thế bệnh nhân thực hiện PCNL. Định vị chọc dò tạo đường hầm bằng siêu âm được Pederson đề xuất từ năm 1976 và ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong PCNL. Nhiều nghiên cứu, như của Gamal với 34 ca PCNL hoàn toàn dưới hướng dẫn siêu âm, ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi cao đến 94% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc định vị sỏi và chọc dò đều thực hiện hoàn toàn bằng siêu âm. Phương pháp này cho phép quan sát chính xác sỏi, kể cả sỏi không hoặc ít cản quang, đồng thời xác định rõ mối liên quan giữa thận, sỏi và các tạng lân cận, giúp tránh tổn thương đại tràng, mạch máu hay nhu mô thận đối bên.

Sở với X-quang, siêu âm giúp định hướng đường chọc linh hoạt, đánh giá được độ sâu, hướng đi của kim và vị trí đài thận giãn hoặc sỏi cản tiếp cận, không gây nhiễm xạ và rút ngắn thời gian phẫu thuật. Siêu âm còn có thể sử dụng trong và sau mổ để kiểm tra tình trạng sạch sỏi, phát hiện sớm biến chứng và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Chúng tôi ở đây đã chọn tư thế nghiêng, độ nghiêng dựa trên nhiều các yếu tố khác nhau. Tư thế nghiêng sẽ giảm được nguy cơ ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và theo dõi tốt được BN khi mổ nên có thể phát hiện sớm các biến chứng tổn thương tạng hoặc thoát dịch vào trong ổ bụng và sau phúc mạc [4]. Ở tư thế này, thận di động hơn, đài bể thận không bị ép xẹp như khi nằm sấp nên chọc dò thuận lợi hơn. Vị trí chọc dò tạo đường hầm thường vào bờ tự do hoặc chếch về mặt sau nên nhu mô thận dày hơn nhưng giảm thiểu nguy cơ chảy máu.

Kỹ thuật tán sỏi thận qua da. Chọc dò ra nước tiểu là dấu hiệu xác định kim đã vào đài bể thận; tuy nhiên, trong trường hợp sỏi bít tắc hoàn toàn, dấu hiệu chạm sỏi lại có giá trị định hướng quan trọng. Ở bệnh nhân có đường mổ cũ vùng sườn thắt lưng, chọc dò thuận lợi hơn khi đặt tư thế nằm nghiêng do thận cố định bởi dính mổ.

Tỷ lệ sạch sỏi phụ thuộc vào kích thước và số lượng sỏi kèm theo. Việc sử dụng Amplatz nhựa 18Fr giúp thao tác linh hoạt trong các đài nhỏ, tuy nhiên cần tránh gây rách cổ đài khi tiếp cận. Thời gian chọc dò và tạo đường hầm chịu ảnh hưởng bởi kinh nghiệm phẫu thuật viên, vị trí sỏi và mức độ ứ nước thận [3]. Thận giãn độ II thuận lợi nhất cho thao tác, trong khi thận không giãn hoặc giãn quá mức đều gây khó khăn cho việc tán và lấy sỏi.

Các kỹ thuật PCNL hiện đại như mini-PCNL, micro-PCNL và ultra-mini PCNL giúp giảm biến chứng và tăng hiệu quả tán sỏi, đặc biệt trong sỏi <2 cm. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là $58,4 \pm 27,8$ phút, phụ thuộc vào kích thước, độ cứng, số lượng nhánh sỏi và độ giãn thận. Tán sỏi nên thực hiện từ ngoại vi vào trung tâm, ưu tiên tán nhỏ và lấy dần để hạn chế sỏi di chuyển sang các đài khác và giảm nguy cơ sót sỏi.

Tính an toàn của phẫu thuật. Biến chứng chảy máu trong mổ là biến chứng nặng nề nhất của PCNL, chủ yếu do chọc dò và nong đường hầm qua nhu mô vào đài bể thận. Khi chọc dò và đặt Amplatz thuận lợi, tổn thương nhu mô và mạch máu cổ đài rất ít gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 bệnh nhân (8,3%) chảy máu trong mổ, chủ yếu ở nhóm sỏi S2-S5 với nhu mô dày và đài bể thận không giãn, được kiểm soát cầm máu bằng Amplatz, không trường hợp nào cần truyền máu.

Sau tán sỏi, việc đặt JJ niệu quản cỡ 6–7 Fr được khuyến cáo để đảm bảo dẫn lưu và hạn chế biến chứng sau mổ. Tỷ lệ đặt JJ xuôi dòng thành công là 96,7%; có 4 trường hợp (2,2%) phải chuyển sang đặt ngược dòng do đường

hầm vào đài dưới gấp góc với trục bể thận-niệu quản, và 2 trường hợp không đặt JJ.

Đặt dẫn lưu thận ra da sau mổ vẫn được xem là quy trình chuẩn, giúp kiểm soát chảy máu, thoát nước tiểu, và theo dõi sau mổ ở bệnh nhân có nguy cơ cao. Tuy nhiên, với mini-PCNL, nhiều tác giả ủng hộ xu hướng chỉ đặt JJ hoặc không đặt cả hai để giảm đau và rút ngắn thời gian nằm viện. [4] Trong giai đoạn đầu thực hiện kỹ thuật, chúng tôi vẫn đặt JJ xuôi dòng kết hợp dẫn lưu thận ra da bằng Mono J nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh.

Tỷ lệ biến chứng chung ghi nhận là 16%, trong đó có 29 bệnh nhân (16%) sốt sau mổ, được điều trị nội khoa ổn định. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước [1]. Một trường hợp ghi nhận tụ dịch quanh thận do đường chọc dò vào cực dưới và sonde JJ chưa xuống bàng quang; bệnh nhân được xử trí bằng nội soi rút JJ xuống bàng quang, không cần dẫn lưu dịch sau phúc mạc.

Thời gian nằm viện trung bình là $5,6 \pm 2,3$ ngày (3–17 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ (1–3 ngày) đạt 82,4%, và sau 1 tháng đạt 88,7%, tương đương các nghiên cứu khác như của Cheng F (85,2%) [6] và Desai MR (88,9%) [5].

Tỷ lệ sạch sỏi sau PCNL trong y văn dao động từ 62% đến 94,3%, sự khác biệt do tiêu chuẩn chọn bệnh, kích thước và độ phức tạp của sỏi, cũng như kỹ thuật và nguồn năng lượng tán sỏi.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trong quản lý sỏi thận phức tạp tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận. Kỹ thuật này giúp đạt tỷ lệ sạch sỏi cao (88,7%), thời gian mổ và nằm viện ngắn, với tỷ lệ biến chứng thấp và có thể kiểm soát được. Việc sử dụng siêu âm định vị chọc dò và năng lượng laser công suất lớn góp phần nâng cao hiệu quả, giảm tổn thương nhu mô và chảy máu. Mini-PCNL là lựa chọn phù hợp, ít xâm lấn, có thể áp dụng rộng rãi tại các cơ sở ngoại tiết niệu có điều kiện trang thiết bị và phẫu thuật viên được đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long** (2017). Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, lựa chọn tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận. Tạp chí y dược học, 304- 313
2. **Đỗ Trường Thành** (2018). Kết quả Tán sỏi thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y dược học, 213- 216.
3. **Ahmed R. El-Nahas at el** (2019), "Percutaneous nephrolithotomy for treating staghorn stones: 10 years of experience of a tertiary-care centre", Arab Journal of Urology,

- 10(3), pp. 324-329.
4. **Binbin Jiao et al** (2021), "A systematic review and meta-analysis of minimally invasive vs. standard percutaneous nephrolithotomy in the surgical management of renal stones", *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(3).
 5. **Cheng F, Yu w, Zhang X, Yang s, Xia Y, Ruan Y** (2010) Minimally invasive tract in percutaneous nephrolithotomy for renal stones. *J Endourol*, 24 (8):1579 - 1582
 6. **Desai J, Solanki R** (2013). Ultra-mini percutaneous nephrolithotomy (UMP): one more armamentarium. *BJU Int*, 12 (7):1046- 1049.
 7. **Gamal WM et al** (2011). Solo ultrasonography-guided percutaneous nephrolithotomy for single stone pelvis. *J Endourol*, 25(4): 593 – 596.

ĐẶC ĐIỂM CĂN NGUYÊN VI SINH Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIÊM PHỔI NẶNG TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Đình Quân¹, Nguyễn Tuấn Anh¹, Vũ Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm căn nguyên vi khuẩn gây bệnh viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc thực hiện trên 258 bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 05/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Trong 258 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: $79,2 \pm 9,1$ tuổi, cao nhất là 101 tuổi và thấp nhất là 70 tuổi. Phần lớn các bệnh phẩm nuôi cấy cho kết quả dương tính chiếm 48,2%. Đa số kết quả nhuộm soi ra vi khuẩn Gram âm sẽ cho kết quả nuôi cấy ra vi khuẩn Gram âm. Căn nguyên gây VPLQTM hay gặp nhất là vi khuẩn Gram (-), đứng hàng đầu là *A.baumannii*, sau đó là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa*. Căn nguyên gây VPLQTM muộn thường gặp là *A.baumannii* đơn độc hoặc hai tác nhân Gram âm kết hợp. *A.baumannii* chỉ còn nhạy < 10% với hầu hết các kháng sinh carbapenem, cephalosporin thế hệ 3, quinolon, 88,2% trung gian với colistin. *K.pneumoniae* còn nhạy 20 – 30% với các kháng sinh carbapenem, cephalosporin thế hệ 3, 40% với amikacin và 70% với fosfomycin và 60% trung gian với colistin. *P.aeruginosa* còn nhạy tương đối với nhiều loại kháng sinh thuộc các nhóm cephalosporin thế hệ 3, quinolon, carbapenem và 88.9% trung gian với colistin. **Kết luận:** Căn nguyên gây viêm phổi nặng trên bệnh nhân cao tuổi thường gặp là vi khuẩn Gram âm, đứng đầu là *A.baumannii*, theo sau là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa*.

Từ khóa: viêm phổi nặng, căn nguyên vi khuẩn, nhạy cảm kháng sinh, người cao tuổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MICROBIOLOGICAL ETIOLOGY IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE PNEUMONIA AT CENTRAL GERD HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Lão Khoa trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Quân

Email: Drquanbvlk@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

Objective: Description of the etiological characteristics of bacteria causing ventilator-associated pneumonia in the Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital. **Method:** Cross-sectional, longitudinal follow-up study conducted on 258 patients in the Intensive Care Unit of the National Geriatric Hospital from May 2023 to December 2023. **Results:** In the 258 patients included in the study, the male/female patient ratio was 2/1, mean age was 79.2 ± 9.1 years old, the highest was 101 years old and the lowest was 70 years old. The majority of cultured specimens gave positive results, accounting for 48.2%. The majority of Gram-negative bacteria staining results will give Gram-negative bacteria culture results. The most common cause of ventilator-associated pneumonia is Gram (-) bacteria, with *A. baumannii* being the leading cause, followed by *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa*. The common cause of late-onset VPLQTM is *A. baumannii* alone or two Gram-negative agents in combination. *A. baumannii* is only sensitive to <10% of most carbapenems, third-generation cephalosporins, quinolones, and 88.2% is intermediate to colistin. *K. pneumoniae* is still sensitive to 20-30% of carbapenems, third-generation cephalosporins, 40% to amikacin, 70% to fosfomycin, and 60% is intermediate to colistin. *P. aeruginosa* is still relatively sensitive to many antibiotics in the third-generation cephalosporin, quinolone, and carbapenem groups, and 88.9% is intermediate to colistin. **Conclusion:** The common cause of severe pneumonia in the elderly is Gram-negative bacteria, led by *A. baumannii*, followed by *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa*. **Keyword:** pneumoniae, microbial etiologies, antibiotic susceptibility, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh trong những bệnh nhiễm trùng cấp tính hay gặp khiến người cao tuổi phải nằm viện³. Theo tác giả Tạ Thị Diệu Ngân (2016) trong số 143 BN nghiên cứu về viêm phổi thì tỷ lệ NCT mắc viêm phổi là 37,3%⁴. Theo tác giả Lê Văn Nam (2020) trong số các BN nghiên cứu mắc viêm phổi tỷ lệ NCT là 50%.

Tình trạng mắc các bệnh nhiễm trùng nói chung và mắc viêm phổi nói riêng tại Việt Nam hiện nay đang là một vấn đề nhức nhối đối với các nhà chuyên môn và quản lý. Trong đó tỷ lệ