

thường có điểm Child-Pugh và MELD cao hơn có ý nghĩa thống kê. Điều này có giá trị lâm sàng trong việc tiên lượng sớm bệnh nhân có nguy cơ cao gặp biến chứng đông máu, từ đó xây dựng kế hoạch theo dõi và điều trị thích hợp sau mổ.

Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả đơn trung tâm có thể hạn chế khả năng khái quát kết quả. Thứ hai, chưa có phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố độc lập liên quan đến RLDM nặng. Cuối cùng, một số biến số có độ lệch chuẩn lớn, phản ánh sự không đồng nhất trong quần thể nghiên cứu. Các yếu tố này cần được xem xét khi diễn giải và ứng dụng kết quả vào thực hành

V. KẾT LUẬN

Rối loạn đông máu sau ghép gan xảy ra phổ biến nhất trong 3 ngày đầu. Các yếu tố như MELD, Child-Pugh cao và rối loạn đông máu nền có liên quan đến mức độ rối loạn sau mổ. Đánh giá kỹ các chỉ số này trước ghép giúp tiên lượng và tối ưu hóa điều trị hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zanetto A, Rinder HM, Senzolo M, Burra P, Northup PG. Coagulopathy in liver transplantation:

from pathophysiology to clinical management. Liver Transplantation. 2020;26(6): 858–872.

2. Boks AL, Porte RJ, Lisman T. Management of coagulation abnormalities during and after liver transplantation. Transplantation Reviews. 2023; 37(2):100717.
3. Tripodi A, Mannucci PM. The coagulopathy of chronic liver disease. N Engl J Med. 2011; 365(2):147-156.
4. Wang Y, et al. Perioperative coagulation disorders in liver transplantation: Incidence and clinical significance. Liver Transpl. 2023;29(2): 189-200.
5. Lee J, et al. Early postoperative coagulopathy in liver transplant recipients: Predictive factors and outcomes. Transplant Proc. 2021;53(1):62-69.
6. Kim H, et al. Severe thrombocytopenia after liver transplantation: Risk factors and clinical impact. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2022;26(1):63-72.
7. Kim J, et al. Fibrinogen deficiency and clinical outcomes in living donor liver transplantation. J Clin Med. 2021;10(14):3071.
8. Lisman T, Leebeek FWG. Hemostatic alterations in liver disease: a review on pathophysiology, clinical consequences, and treatment. Dig Surg. 2007;24(4):250-258.
9. Han SJ, Kim GS, Ko JS, Gwak MS, Choi SJ, Kim MH, et al. Predictors of early coagulopathy after liver transplantation in patients with chronic liver disease. Korean J Anesthesiol. 2013;65(5): 429-436.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH U THẦN KINH NỘI TIẾT ỚNG TIÊU HÓA THEO PHÂN LOẠI TCYTGT 2022 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Yến¹, Lê Trung Thọ¹,
Phạm Văn Tuyển¹, Hoàng Thị Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch của bệnh u thần kinh nội tiết (UTKNT) theo TCYTGT năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh nội tiết đường tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2020 đến năm 2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Tuổi trung bình mắc bệnh là 52,99±15,7. U thần kinh nội tiết chủ yếu gặp ở trực tràng chiếm 46,3%. Cấu trúc mô u gặp nhiều nhất là hỗn hợp bè và ổ đặc. Độ mô học chủ yếu gặp là độ 1. Tỷ lệ bộc lộ hóa mô miễn dịch cao Synaptophysin gần như bộc lộ hoàn toàn với tỷ lệ là 98,5% sau đó là Chromogranin A với tỷ lệ 77,6%, CD56 dương tính 43,3%. Tỷ lệ Ki67 dương tính thay đổi và Ki67 dương

tính với tỷ lệ <3% là cao nhất chiếm 82,1%. **Kết luận:** Trong 67 trường hợp nghiên cứu thì u thần kinh nội tiết độ 1 là chủ yếu chiếm 83,66%. Khối u xuất hiện nhiều nhất ở trực tràng. Tuổi trung bình phát hiện bệnh là 52,99. Trong u thần kinh nội tiết các dấu ấn hóa mô miễn dịch dùng để chẩn đoán xác và chẩn đoán độ mô học trong u thần kinh nội tiết. Sự bộc lộ Synaptophysin, Chromogranin A và CD56 có ý nghĩa trong chẩn đoán xác định trong khi đó tỷ lệ Ki 67 cao có ý nghĩa chẩn đoán độ mô học trong u thần kinh nội tiết. Độ mô học cao là một yếu tố tiên lượng xấu, tăng tỷ lệ di căn trong u thần kinh nội tiết. **Từ khóa:** u thần kinh nội tiết đường tiêu hóa, u thần kinh nội tiết dạ dày, u thần kinh nội tiết ruột non, u thần kinh nội tiết đại tràng, u thần kinh nội tiết trực tràng.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL AND IMMUNOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL NEUROENDOCRINOMA ACCORDING TO THE 2022 WHO CLASSIFICATION AT BACH MAI HOSPITAL

Purpose: Determine the rate of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Yến

Email: yentranbeo@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

immunohistochemical markers of neuroendocrine tumors (NEUs) according to the WHO 2022. **Methods:** A Cross-sectional description on 67 patients diagnosed with gastrointestinal neuroendocrine tumors at Bach Mai Hospital from 2020 to 2025. **Results:** The male/female ratio is 1.4/1. The average age of onset is 52.99 ± 15.7 . Neuroendocrine tumors are mainly found in the rectum, accounting for 46.3%. The most common tumor tissue structure is mixed trabecular and solid. The main histological grade is grade 1. The immunohistochemical expression rate is high. Synaptophysin is almost completely expressed at a rate of 98.5%, followed by Chromogranin A at a rate of 77.6%, and CD56 is positive at 43.3%. The Ki67 positive rate varies and Ki67 positive at a rate of $<3\%$ is the highest, accounting for 82.1%. **Conclusion:** In neuroendocrine tumors, immunohistochemical markers are used for the definitive diagnosis and histological grade in neuroendocrine tumors. Expression of Synaptophysin, Chromogranin A and CD56 is significant in the definitive diagnosis while high Ki 67 ratio is significant in the histological grade diagnosis in neuroendocrine tumors. High histological grade is a poor prognostic factor, increasing the rate of metastasis in neuroendocrine tumors. **Keywords:** Gastrointestinal neuroendocrine tumors, Gastric neuroendocrine tumors, Small intestinal neuroendocrine tumors, Colonic neuroendocrine tumors, Rectal neuroendocrine tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh nội tiết (UTKNT) là loại u xuất phát từ hệ thống thần kinh nội tiết lan tỏa. Các tế bào thần kinh nội tiết xuất hiện rải rác khắp các vị trí cơ thể và các cơ quan do vậy u thần kinh nội tiết gần như gặp ở tất cả các cơ quan trong cơ thể như ống tiêu hóa, phổi, tụy, tuyến ức... Trong đó u thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa là hay gặp nhất (chiếm 67.5%)¹. Theo dữ liệu của SEER gần đây cho thấy hơn một nửa u thần kinh nội tiết xuất hiện tại ống tiêu hóa và tuyến tụy (61%) với tỷ lệ hay gặp nhất là ở trực tràng (14.6 %).

Theo GLOBOCAN 2022 ung thư đường tiêu hóa đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc mới và là nguyên nhân tử vong đứng thứ 2. U thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa là loại u hay gặp thứ 2 sau ung thư biểu mô. Tại Hoa Kỳ, tỉ lệ phát hiện UTKNT hằng năm tăng gấp 5 lần trong 30 năm qua, từ 1.09 tăng lên 5.25 trường hợp trên 100.000 người. Sự gia tăng tỉ lệ mắc bệnh có lẽ nhờ áp dụng rộng rãi kĩ thuật nội soi sàng lọc ung thư đường tiêu hóa². Tại Việt Nam tỉ lệ mắc bệnh cũng ngày càng tăng do khả năng chẩn đoán và phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm.

Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về u thần kinh nội tiết của ống tiêu hóa (có nghiên cứu chủ yếu là lâm sàng nghiên cứu về các kĩ thuật chẩn đoán và điều trị u thần kinh nội

tiết) đặc biệt trong phân loại vào năm 2022, ấn bản thứ 5 của TCYTGG (WHO) về phân loại các khối u nội tiết và thần kinh nội tiết, phần liên quan đến u thần kinh nội tiết của ống tiêu hóa đã có một số thay đổi². Dựa vào tính cần thiết theo phân loại TCYTGG 2022, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch u thần kinh nội tiết ống tiêu hóa theo phân loại TCYTGG 2022 tại Bệnh viện Bạch Mai"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 67 bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh nội tiết nguyên phát tại ống tiêu hóa tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, còn tiêu bản và khối nén đủ chất lượng, số lượng để chẩn đoán và nhuộm HMMD.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ và chọn mẫu có chủ đích, các bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập thông tin lâm sàng. Tìm lại tiêu bản và khối nén lưu trữ với những trường hợp hồi cứu. Nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) và hóa mô miễn dịch với những trường hợp tiến cứu. Đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u theo phân loại của tổ chức y tế thế giới năm 2022 trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nhuộm hóa mô miễn dịch với 4 dấu ấn Synaptophysin, Chromogranin A, CD56, Ki67 trong tất cả các trường hợp nghiên cứu. Đánh giá bậc lộ dấu ấn hóa mô miễn dịch của tế bào u. Các dấu ấn Synaptophysin và Chromogranin A dương tính khi bào tương bắt màu nâu, CD56 dương tính với màng bào tương và Ki67 đánh giá nhân. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch dương tính mọi tỷ lệ. Âm tính khi không có bất kỳ tế bào u nào bắt màu bào tương với Synaptophysin và Chromogranin A, màng bào tương với CD56 và nhân với Ki67.

Phân tích và xử lí số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh của u thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa

Bảng 1: Phân bố giới tính

Giới	Nữ	Nam	Tổng
n	28	39	67
Tỷ lệ %	41,8	58,2	100
Tỷ lệ Nam/Nữ	1,4/1		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,4/1. Nhận thấy không có sự chênh lệch quá

lớn giữ tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ.

Bảng 2: Sự phân bố tuổi

Tuổi	≤19	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60	Tổng
n	0	4	13	12	13	25	67
Tỷ lệ	0	6	19,4	17,9	19,4	37,3	100
Tuổi trung bình	52,99±15,7						
Tuổi nhỏ nhất	20						
Tuổi lớn nhất	96						

Nhận xét: Tuổi trung bình là 52,99 ± 15,7. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 20 và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 96. Trong đó nhóm tuổi ≥60 tuổi là hay gặp nhất 25 bệnh nhân chiếm 37,3%.

Bảng 3: Sự phân bố theo vị trí u

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)
Thực quản	0	0
Dạ dày	14	20,8
Tá tràng	6	9
Ruột non	2	3
Đại tràng	11	16,4
Ruột thừa	3	4,5
Trực tràng	31	46,3
Tổng	67	100

Nhận xét: U xuất hiện nhiều nhất ở trực tràng với 31 trường hợp và chiếm 46,3%. Tiếp sau đó là dạ dày với 14 bệnh nhân (chiếm 20,8%), đại tràng 11 trường hợp (chiếm 16,4 %) và sau đó là tá tràng, ruột thừa và ruột non. Trong khi đó không có trường hợp nào ở thực quản.

Bảng 4: Mối liên quan giữa giới tính và vị trí u

Vị trí u	Giới		Nam		n	Tỷ lệ %
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Thực quản	0	0	0	0	0	0
Dạ dày	7	10,4	7	10,4	14	20,8
Tá tràng	5	7,5	1	1,5	6	9
Ruột non	0	0	2	3	2	3
Đại tràng	2	3	9	13,4	11	16,4
Ruột thừa	3	4,5	0	0	3	4,5
Trực tràng	11	16,4	20	29,9	31	46,3
Tổng	28	41,8	39	58,2	67	100
Nam/nữ	1,4/1					

Nhận xét: Nhận thấy có sự liên quan vị trí u và giới tính. Cả 2 trường hợp U TKNT ở ruột non đều ở nam giới và cả 3 trường hợp u nguyên phát tại ruột thừa đều xảy ra ở nữ giới. Cũng nhận thấy sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh ở vị trí khác nhau giữa nam và nữ.

Bảng 5: Cấu trúc mô u

Cấu trúc u	n	Tỷ lệ %
Bè	12	18
Bè, hoa hồng	8	12
Bè, ổ đặc	16	23,9
Bè, tuyến	1	1,5

Hoa hồng	2	2,9
Hoa hồng, tuyến	2	2,9
Mảng lớn	4	6
Ổ đặc	11	16,4
Ổ đặc, bè, hoa hồng	2	2,9
Ổ đặc, hoa hồng	4	6
Ổ đặc, tuyến	2	2,9
Tuyến	3	4,6
Tổng	67	100

Nhận xét: Nhận thấy cấu trúc u gồm hỗn hợp bè và ổ đặc chiếm nhiều nhất 16 trường hợp (chiếm 23,9%). Riêng cấu trúc bè có 12 trường hợp (chiếm 18%) và ổ đặc là 11 bệnh nhân (chiếm 16,4%). Cấu trúc u chiếm tỷ lệ ít nhất là hỗn hợp bè, tuyến chỉ có 1 trường hợp (chiếm 1,5%).

Bảng 6: Xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, hoại tử

Yếu tố	Có xâm nhập		Không xâm nhập		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Xâm nhập mạch	3	4,5	64	95,5	67	100
Xâm nhập thần kinh	4	6	63	94	67	100
Hoại tử	2	3	65	97	67	100

Nhận xét: Tình trạng xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh và hoại tử trong u thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa có sự chênh lệch lớn. Chỉ thấy 3 trong 67 trường hợp có xâm nhập mạch chiếm 4,5%. 4 trường hợp xâm nhập thần kinh chiếm 6% và chỉ có 2 trường hợp có hoại tử u kèm theo và cả 2 trường hợp đó đều chẩn đoán ung thư biểu mô thần kinh nội tiết.

Bảng 7: Độ mô học

Độ mô học	n	Tỷ lệ %
Độ 1	56	83,5
Độ 2	5	7,5
Độ 3	3	4,5
NEC	2	3
MINEN	1	1,5
Tổng	67	100

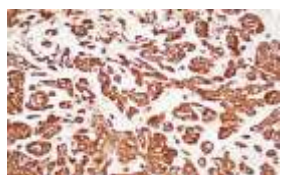
Nhận xét: Độ mô học chủ yếu là độ 1 với 56 trường hợp chiếm 83,6%. Độ mô học chiếm tỷ lệ ít nhất là MINEN chỉ có 1 trường hợp (chiếm tỷ lệ 1,5%). Độ 2 có 5 trường hợp chiếm 7,5% và độ 3 có 3 trường hợp chiếm 4,5%. Hai trường hợp UTBM TKNT đều là tế bào nhỏ và trường hợp MINEN cũng là tế bào nhỏ.

3.2. Sự bộc lộ của dấu ấn hóa mô miễn dịch trong UTKNT ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 8: Đặc điểm bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch

	Âm		Dương		Tổng	
	Số	%	Số	%	Số	%

	lượng		lượng		lượng	
Synaptophysin	1	1,5	66	98,5	67	100
Chromogranin A	15	22,4	52	77,6		
CD56	38	56,7	29	43,3		



Hình 1: Synap dương (AP 2050)



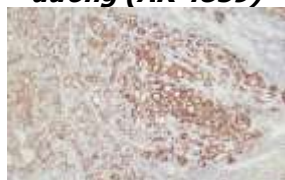
Hình 2: Synap âm (AF 9501)



Hình 3: Chromo dương (AR 4859)



Hình 4: Chromo âm (AS 407)



Hình 5: CD56 dương (AR 7758)



Hình 6: CD56 âm (AS 1371)



Hình 7: Ki67 cao (AP 5423)



Hình 8: Ki67 thấp (AG 6656)

Bảng 9: Tỷ lệ bộc lộ của Ki67

Mức độ biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Âm tính	0	
Dương tính	Tỷ lệ %	
	<3	55
	3->20	5
Tổng	>20	7
	67	100

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bộc lộ của các dấu ấn miễn dịch là khá cao và khác nhau. Tỷ lệ bộc lộ của Synaptophysin là cao nhất 98,5%, tỷ lệ bộc lộ của Chromogranin A là 77,6% và CD56 là 43,3%. Với tỷ lệ Ki67 bộc lộ theo tỷ lệ %, tỷ lệ Ki67 cao nhất là tỷ lệ < 3%, 55 trường hợp chiếm tỷ lệ 82,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh

của u thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa.

Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra 67 trường hợp bệnh nhân đã được chẩn đoán u thần kinh nội tiết nguyên phát tại ống tiêu hóa thấy tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Tỷ lệ này cao hơn so với tác giả Nguyễn Đa Kiên (2019) và không tương đồng với tác giả Ahmed Monjur cho rằng tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nam³. Tuổi mắc bệnh nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 96 tuổi. Tuổi trung bình là 52,99±15,7. Tuổi trung bình cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đa Kiên (2019) là 49,98±15,75. U chủ yếu gặp ở trực tràng với tỷ lệ 46,3%. Tỷ lệ này giống với Nguyễn Đa Kiên (2019) nhưng khác với tác giả Ahmed Monjur thấy ruột non là vị trí hay gặp u thần kinh nội tiết tại ống tiêu hóa⁴. Cấu trúc u hay gặp nhất là hỗn hợp bè và ổ đặc chiếm 23,9%. Chủ yếu là không xâm nhập mạch, thần kinh và hiếm thấy hoại tử (tỷ lệ hoại tử u là 3% chiếm 2 trường hợp). Độ mô học chủ yếu là độ 1 (chiếm 83,5%) có tính tương đồng với tác giả Nguyễn Đa Kiên (2019) và tác giả Ahmed Monjur.

4.2. Sự bộc lộ của dấu ấn hóa mô miễn dịch trong UTKNT ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Trong 67 trường hợp nghiên cứu thấy sự bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch của u thần kinh nội tiết không đồng nhất. U thần kinh nội tiết độ 1, độ 2 có tỷ lệ và mức độ bộc lộ cao hơn độ 3 và ung thư thần kinh nội tiết⁵. Tỷ lệ bộc lộ của dấu ấn hóa mô Synaptophysin là cao nhất 66 trường hợp chiếm 98,5% và chỉ có duy nhất 1 trường hợp không bộc lộ synaptophysin. Trong khi tỷ lệ dương tính của CD56 và chromogranin A thấp hơn với tỷ lệ lần lượt là 43,3% và 77,6%. Tỷ lệ bộc lộ của Ki67 là rất khác nhau, trong đó thì tỷ lệ % Ki67 nhỏ hơn 3 là cao nhất là 82,1%. Tỷ lệ % của Ki67 ảnh hưởng trực tiếp đến chẩn đoán độ mô học và tiên lượng cũng như sự tái phát của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Trong 67 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy không có sự chênh lệch quá lớn về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Tuổi trung bình khi phát hiện khối u thần kinh nội tiết là 52,99 tuổi, chủ yếu gặp bệnh nhân trên 60 tuổi với tỷ lệ 37,3%. Khối u chủ yếu xuất hiện ở trực tràng với tỷ lệ là 46,3%. Cấu trúc u chủ yếu gặp dạng kết hợp bè và ổ đặc chiếm 23,9%. Gần như tất cả các trường hợp không có xâm nhập mạch, thần kinh. Hai trường hợp hoại tử đều xuất hiện ở bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô thần kinh nội tiết. Độ mô học chủ yếu là độ 1 chiếm 83,5%.

Tỷ lệ bậc lộ hóa mô miễn dịch của Synaptophysin là cao nhất với tỷ lệ dương tính là 98,5%. Tỷ lệ % thường gặp của Ki67 là tỷ lệ bậc lộ < 3%. Tỷ lệ % của Ki67 ảnh hưởng trực tiếp đến chẩn đoán độ mô học và tiên lượng cũng như sự tái phát của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lawrence, B. et al.** The epidemiology of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. *Endocrinol Metab Clin North Am* 40, 1–18, vii (2011).

2. **Baloch, Z. W. et al.** Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocr Pathol* 33, 27–63 (2022).
3. **Ahmed, M.** Gastrointestinal neuroendocrine tumors in 2020. *World Journal of Gastrointestinal Oncology* 12, 791 (2020).
4. **Ahmed, M.** Gastrointestinal neuroendocrine tumors in 2020. *World J Gastrointest Oncol* 12, 791–807 (2020).
5. **Popa, O. et al.** The new WHO classification of gastrointestinal neuroendocrine tumors and immunohistochemical expression of somatostatin receptor 2 and 5. *Exp Ther Med* 22, 1179 (2021).

THANG ĐIỂM GSS VÀ KẾT QUẢ TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ: NGHIÊN CỨU HỒI CỨU TRÊN 289 BỆNH NHÂN

Lê Đình Nguyên¹, Ngô Huy Hoàng¹, Phạm Tài An¹,
Nguyễn Trung Dương¹, Dương Minh Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá phân loại sỏi thận theo thang điểm GSS (Guy's stone score) và mối liên quan với kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 289 bệnh nhân được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ từ tháng 01–07/2025 tại Bệnh viện Quân Y 103. Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, thông số phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi và biến chứng. Sỏi được phân loại GSS I–IV. Sạch sỏi xác định bằng phim X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị sau mổ 2–3 ngày. Biến chứng phân loại theo Clavien-Dindo cải biên. **Kết quả:** Tuổi trung bình $55,7 \pm 12,0$; nam giới 63%. Kích thước sỏi trung bình $22,1 \pm 10,2$ mm; sỏi không san hô 88,2%. Phân loại GSS: I (42,6%), II (44,3%), III (10,7%), IV (2,4%). Thời gian mổ trung bình 53,8 phút; 97,9% dùng một đường hầm, chủ yếu dài dưới. Tỷ lệ sạch sỏi chung 73,4%, giảm dần từ GSS I (84,6%), GSS II (71,1%), GSS III (48,4%) đến GSS IV (28,6%) ($p < 0,001$). Biến chứng 9,3%, chủ yếu là nhẹ; nhiễm khuẩn huyết 0,7%. Tỷ lệ biến chứng tăng theo GSS nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,193$). **Kết luận:** tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là phương pháp an toàn, hiệu quả. Thang điểm GSS có giá trị tiên lượng tỷ lệ sạch sỏi.

Từ khóa: sỏi thận, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, Guy's Stone Score, sạch sỏi, biến chứng

SUMMARY

GUY'S STONES SCORE AND OUTCOMES OF MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY: A 289-PATIENTS RETROSPECTIVE STUDY

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Nguyên

Email: lenguyen108@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

Objectives: To evaluate the classification of renal stones according to Guy's Stone Score (GSS) and its correlation with the outcomes of mini percutaneous nephrolithotomy (mPCNL). **Materials and methods:** A retrospective study was conducted on 289 patients who underwent mPCNL between January and July 2025 at 103 Military Hospital. Clinical characteristics, imaging findings, surgical parameters, stone-free rate (SFR), and complications were recorded. Stones were classified by GSS (I–IV). SFR was defined as no residual stone on kidney-ureter-bladder (KUB) X-ray 2–3 days after surgery. Complications were graded using the modified Clavien-Dindo system. **Results:** The mean age was 55.7 ± 12.0 years; 63% were male. Mean stone size was 22.1 ± 10.2 mm; non-staghorn stones accounted for 88.2%. GSS distribution: I (42.6%), II (44.3%), III (10.7%), IV (2.4%). Mean operative time was 53.8 minutes; 97.9% of cases required a single tract, mainly through the lower calyx. The overall SFR was 73.4%, decreasing from GSS I (84.6%), II (71.1%), III (48.4%) to IV (28.6%) ($p < 0.001$). Complications occurred in 9.3% of patients, mostly minor; sepsis was observed in 0.7%. The complication rate tended to increase with higher GSS but was not statistically significant ($p = 0.193$). **Conclusions:** mPCNL is a safe and effective treatment for renal stones. GSS is a valuable predictor of stone-free rate. **Keywords:** renal stone, mini-percutaneous nephrolithotomy, Guy's Stone Score, stone-free rate, complication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý thường gặp, chiếm 40% sỏi niệu. Ngày nay, phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ - mPCNL (mini-percutaneous nephrolithotomy) đã trở thành phương pháp điều trị được áp dụng phổ biến trong điều trị sỏi thận với ưu điểm ít xâm lấn, hiệu quả, an toàn [1], [2], [7], [9], [10]. Tuy nhiên kết quả của phẫu thuật còn phụ thuộc nhiều yếu tố; trong đó đặc