Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg. 2012;51(1):3-8. doi:10.1053/j.jfas.2011.10.019
6. **Megremis P, Megremis O.** Arthroereisis for Symptomatic Flexible Flatfoot Deformity in Young Children: Radiological Assessment and Short-Term Follow-Up. J Foot Ankle Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg. 2019;58(5):904-915. doi:10.1053/j.jfas.2019.01.012
7. **Indino C, Villafañe JH, D'Ambrosi R, et al.** Effectiveness of subtalar arthroereisis with endorthesis for pediatric flexible flat foot: a retrospective cross-sectional study with final follow up at skeletal maturity. Foot Ankle Surg Off J Eur Soc Foot Ankle Surg. 2020;26(1):98-104. doi:10.1016/j.fas.2018.12.002
8. **de Bot RTAL, Stevens J, Hermus JPS, Staal HM, van Rhijn LW, Witlox AM.** Clinical and Radiological Outcomes of Subtalar Kalix II Arthroereisis for a Symptomatic Pediatric Flexible Flatfoot. Foot Ankle Spec. 2021;14(1):9-18. doi:10.1177/1938640019892062

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BỚT OTA ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Bàn Nguyễn Thị Hằng[1], Nguyễn Lan Anh[1], Lê Thị Thu Hải[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân bớt Ota điều trị tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2023 đến 07/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng và hình ảnh trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán bớt Ota. Thu thập đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, đặc điểm tổn thương da, màu sắc, phân loại theo Tanino…). Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân từ 2 đến 43 tuổi (trung bình 15,23 ± 10,032), Tỷ lệ nam: nữ : 2,67:1. 86,6% bệnh nhân bớt Ota khởi bệnh ≤ 10 tuổi. Thường gặp ở một bên mặt. Có 2 trường hợp là anh em trong cùng một gia đình. 38 bệnh nhân phân loại được theo Tanino (86,36%), trong đó loại I chiếm 13,64%, loại II chiếm 25%, loại III chiếm 38,63%, và loại IV chiếm 9,09%; có 6 bệnh nhân không phân loại được theo Tanino (13,64%). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của bớt Ota rất đa dạng nên chưa có phân loại chi tiết nào bao gồm được tất cả các trường hợp. Việc nhân biết các đặc điểm lâm sàng giúp định hướng điều trị bớt Ota.

Từ khoá: bớt Ota, Tanino, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF OTA'S NEVUS PATIENTS TREATED AT 108 MILITARY CENTRE HOSPITAL

Objectives: Examination of some clinical features of Ota's nevus patients treated at 108 Military central Hospital. from August 2023 to July 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of ota's nevus was conducted by reviewing the clinical characteristics and photographs of fourty-four patients. Statistical analysis was used to compare outcomes and determine contributing factors clinical features (local symptoms, lesion morphology, lesion location) were collected. Data were analyzed using SPSS version 26.0. **Results:** Patient ages ranged from 2 months to 43 years (mean 15.23 ± 10.032 years), The male to female ratio was 2.67:1, 86.6% of patients with Ota nevus had onset of the disease ≤ 10 years old. Usually occurs on one side of the face. There were 2 cases of siblings in the same family; 38 patients were classified according to Tanino (86.36%), of which type I accounted for 13.64%, type II accounted for 25%, type III accounted for 38.63%, and type IV accounted for 9.09%; 6 patients could not be classified according to Tanino (13.64%). **Conclusion:** The clinical features of nevus of Ota are very diverse, so there is no detailed classification that covers all cases. Recognizing the clinical features helps guide the treatment of nevus of Ota.

Keywords: Nevus of Ota, Tanino, characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nevus of Ota (Bớt Ota) là một bệnh lý lành tính của các tế bào sắc tố da bẩm sinh được mô tả lần đầu tiên vào năm 1939 bởi hai bác sỹ người Nhật là Ota và Tanino. Biểu hiện của bệnh là những dát màu nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh đen thường tập trung ở vùng chi phối của dây V[5, 7, 8]. Thường ở 1 bên mặt, có thể gặp ở 2 bên mặt. Những mảng sắc tố này không chỉ gặp ở da mà còn ở củng mạc, niêm mạc mũi, niêm mạc vòm miệng hoặc kết hợp với các dị dạng mao mạch (Phakomatosis pigmentovascularis). Bớt Ota có thể lan rộng và ngày càng đậm lên làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tâm lý người bệnh. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về bớt Ota từ đặc điểm lâm sàng đến khả năng đáp ứng của bớt Ota với điều trị. Ở Việt Nam cũng có một số tác giả đã công bố kết quả nghiên cứu về bớt Ota, nhưng do đặc điểm lâm sàng rất đa dạng nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm góp phần đưa ra những đặc điểm lâm sàng của Bớt Ota theo nhiều cách phân loại của các tác giả trên thế

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Bàn Nguyễn Thị Hằng
Email: newhang279@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025
Ngày duyệt bài: 12.12.2025

giới, nhằm cung cấp dữ liệu cập nhật phục vụ thực hành lâm sàng và nghiên cứu [1, 3, 8].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 44 bệnh nhân bớt Ota đến khám tại Trung tâm Thẩm mỹ- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 08/2023 đến 07/2025, được chẩn đoán bớt Ota vùng mặt. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán bớt Ota vùng mặt. Tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh này dựa vào đặc điểm lâm sàng của bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 7 năm 2025. Dữ liệu được thu thập từ các hồ sơ phiếu điều trị lưu trữ tại Trung tâm Thẩm mỹ của bệnh nhân điều trị khám ngoại trú.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ từ hồ sơ phiếu điều trị ngoại trú. Tất cả hồ sơ điều trị được lưu trữ tại Trung tâm Thẩm mỹ, đáp ứng tiêu chí có chẩn đoán xác định bớt Ota nêu trên và có thông tin đầy đủ sẽ được đưa vào phân tích.

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ nghiên cứu của các trường hợp không điều trị hoặc không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu cần thiết.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

• Khám và đánh giá đặc điểm lâm sàng, tiền sử, các yếu tố liên quan.

• Phân chia màu sắc trong bớt Ota bao gồm: nâu, nâu đen, tím xanh và xanh đen.

• Phân loại vị trí tổn thương theo phân loại của Tanino.

* Phân loại dựa vào vị trí tổn thương theo Tanino, chia thành 4 loại[7]:

+ Loại I: Mức độ nhẹ: Ia: tổn thương ở vùng mắt; Ib: Tổn thương vùng gò má; Ic: Tổn thương vùng trán;Id: Tổn thương vùng mũi

+ Loại II: Mức độ vừa: Vị trí tổn thương ở mi trên, mi dưới, ổ mắt, vùng gò má, má, thái dương, sống mũi và cánh mũi.

+ Loại III: Mức độ nặng: Vị trí tổn thương bao gồm cả da đầu, trán, mi trên, mi dưới, ổ mắt, gò má, má, thái dương, mũi, cánh mũi, trên và sau tai.

+ Loại IV: Tổn thương ở 2 bên

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày các đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Các biến định tính được thể hiện bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng tỉ lệ phần trăm, trung bình ± độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị đối với dữ liệu phân bố không chuẩn).

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu mang tính khách quan, không can thiệp, sử dụng dữ liệu bệnh án được bảo mật và mã hóa, không định danh bệnh nhân. Toàn bộ quy trình nghiên cứu được thực hiện phù hợp với các nguyên tắc đạo đức y học hiện hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm giới. Bệnh gặp ở nữ 72,7% cao hơn hẳn nam 27,3%, tỉ lệ nữ/nam là 2,67/1.

- Đặc điểm tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi BN bớt Ota đến khám

Tuổi	Tổng	%	Trung bình
<10	17	38,6	15,23 ± 10,032
10-15	11	25	
16-20	5	11,4	
21-30	6	13,6	
31-40	4	9,1	
41-50	1	2,3	
>50	0	0	
Tổng	44	100	

Nhận xét: Bệnh nhân bớt Ota <10 tuổi chiếm tỷ lệ 38,6%. Bệnh nhân >40 tuổi chiếm tỷ lệ 2,3%. Độ tuổi trung bình bệnh nhân điều trị là 15,23 ± 10,032. Nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn tuổi nhất là 43 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố tuổi khởi bệnh

Tuổi	Tổng	Tỷ lệ %
≤10 tuổi	39	88,6%
>10 tuổi	5	11,4%
Tổng	**44**	**100%**

Nhận xét: 88,6% bệnh nhân bớt Ota khởi bệnh ≤10 tuổi. Bệnh nhân >10 tuổi chiếm 11,4%.

Bảng 3.3. Đặc điểm màu sắc bớt ota

Màu sắc tổn thương	Tổng	%
Nâu	10	22,7
Nâu tím	14	31,8
Tím xanh	11	25
Xanh đen	9	20,5
Tổng	**44**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân bớt Ota có màu nâu tím chiếm 31,8%, 25% màu tím xanh. Còn số bệnh nhân có sắc tố màu nâu 22,7% và xanh đen là 20,5%.

Bảng 3.4. Đặc điểm vị trí tổn thương bớt Ota

Vị trí tổn thương	Tổng	%
Mặt bên phải	20	45,5
Mặt bên trái	18	40,9

Cả hai bên mặt	6	13,6
Tổng	**44**	**100**

Nhận xét: Số bệnh nhân có vị trí tổn thương mặt phải 45,5% nhiều hơn mặt trái 40,9%, đặc biệt có 13,6% trường hợp tổn thương hai bên mặt.

Bảng 3.5. Phân bố theo vị trí kết hợp

Vị trí kết hợp	Tổng	%
Kết mạc	19	43,2%
Niêm mạc mũi	5	11,4%
Niêm mạc miệng	4	9,1%
Các tổn thương khác phối hợp (dị dạng mạch, bạch biến, bớt Hori…)	3	6,8%

Nhận xét: Bệnh nhân bớt Ota có tổn thương trong niêm mạc với tỷ lệ cao nhất là trong niêm mạc, củng mạc mắt là 43,2%. Có tổn thương ở niêm mạc mũi là 11,4% , niêm mạc miệng là 9,1 %. Tổn thương bớt Ota phối hợp với các tổn thương khác như dị dạng mạch, bớt Hori là 6,8%.

Bảng 3.6. Phân bố theo phân loại của Tanino

Loại	Tổng	%
Loại I	6	33,3%
Loại II	11	25%
Loại III	17	38,63%
Loại IV	4	9,1%
Khác	6	13,63%
Tổng	**44**	**100%**

Nhận xét: bệnh nhân bớt Ota không phân loại được theo Tanino chiếm 13,63%. Phân loại được theo các nhóm Tanino là 86,37%. Bệnh nhân bớt Ota được phân loại theo nhóm III cao nhất là 38,63%.

Bảng 3.7. Bớt Ota có liên quan tới yếu tố gia đình

Bớt Ota có liên quan yếu tố gia đình	n	%
Có	2	4,76
Không	42	95,24

Nhận xét: 95,24% bệnh nhân không có yếu tố liên quan tới gia đình, tuy nhiên chúng tôi có 2 trường hợp có liên quan tới yếu tố gia đình, là anh chị em ruột trong một gia đình có tổn thương bớt Ota ở 2 bên mặt khác nhau.

IV. BÀN LUẬN

Bớt Ota mô tả lần đầu năm 1939 nhưng cho đến nay chưa nghiên cứu nào khẳng định được căn nguyên của bệnh. Mặc dù vậy, các tác giả cho rằng có một số khía cạnh liên quan đến bớt Ota, một trong các yếu tố đó là giới tính. Các nghiên cứu đều chỉ ra bớt Ota gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam gấp 3 – 5 lần. Tỷ lệ nữ/nam của Huang Wen-hui và CS là 4,24/1, theo Hidano A, Kajima H là 4,8/1[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân là nữ (72,7%), với tỉ lệ nữ/nam là 2,67/1. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy bớt Ota có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới, có thể do liên quan đến yếu tố nội tiết hoặc cơ địa sắc tố ở phụ nữ châu Á. Nguyên nhân vì sao bớt Ota hay gặp ở phụ nữ hơn nam giới chưa được giải thích rõ ràng, tuy nhiên nhiều tác giả đưa ra giả thuyết hormon nội tiết nữ có vai trò trong kích thích xuất hiện bớt Ota. Giả thuyết này được củng cố khi đỉnh khởi phát thứ hai của bớt Ota thường xuất hiện vào giai đoạn dậy thì, bệnh có thay đổi ở tuổi mãn kinh và đôi khi sắc tố thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt[3, 7].

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 15,23 ± 10,032, trong đó theo kết quả bảng 3.2 có đến 38,6% bệnh nhân dưới 10 tuổi và 88,6% có khởi phát bệnh trước 10 tuổi. Điều này phù hợp với đặc điểm bẩm sinh hoặc khởi phát sớm được mô tả trong các tài liệu trước đó. Đa số các trường hợp bớt Ota khởi phát ở thời kì sơ sinh và tăng dần về màu sắc và diện tích, do đó, bố mẹ bệnh nhân thường lo lắng nên cho trẻ đi điều trị sớm (nhỏ nhất 2 tuổi và dưới 43 tuổi). Nghiên cứu của Hidano A, Kajama H khi phân tích 240 bệnh nhân bớt Ota nhận thấy 48% thương tổn xuất hiện ngay sau khi sinh, 11% phát triển trong vòng 1-10 tuổi, 36% phát triển khi 11-20 tuổi[6]. Như vậy bớt Ota khởi phát sớm, tiến triển sắc tố đậm dần lên và kích thước bớt cũng tăng theo thời gian, điều này một lần nữa đặt ra vấn đề điều trị sớm bớt Ota, giúp rút ngắn liệu trình điều trị và tiết kiệm chi phí cho người bệnh.

Bớt Ota ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ chính là do các đặc điểm màu sắc, vị trí, kích thước của bớt trên khuôn mặt. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Vỹ thì màu xanh đen và xanh tím hay gặp nhất trong thương tổn của bớt Ota với tỷ lệ 42,1% và 40,5% trong khi màu nâu tím và nâu chỉ gặp với tỷ lệ 13,3% và 4,1%[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bớt Ota cũng được phân chia theo các màu. Màu sắc tổn thương thường gặp nhất là nâu tím là 31,8%, tiếp theo là tím xanh và xanh đen, giải thích các màu sắc khác nhau của bớt Ota các tác giả cho rằng liên quan tới sự thâm nhập của sắc tố melanin với bớt Ota có màu nâu các tế bào sắc tố nông hơn so với trường hợp màu xanh đen Phổ biểu hiện sắc tố rộng, phản ánh sự phân bố của tế bào melanocyt trong lớp trung bì[3]. Đối

tượng nghiên cứu của chúng tôi trẻ em chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên phổ sắc tố đậm của bớt Ota chiếm tỉ lệ cao hơn các trường hợp bớt Ota màu nâu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với các tác giả. Chúng tôi cho rằng có nhiều nguyên nhân dẫn đến kết quả này như cỡ mẫu của nghiên cứu, môi trường, chủng tộc, dịch tễ của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác so với các nghiên cứu khác. Việc đánh giá tỷ lệ màu sắc bớt Ota thường gặp có thể chưa có thông kê chính xác, việc phân loại màu sắc bớt Ota phục vụ cho việc đánh giá đáp ứng điều trị cũng như bước đầu tiên lượng thời gian điều trị cho bệnh nhân. Qua các bảng 3.4 chúng tôi thấy tổn thương một bên mặt chiếm đa số, trong đó mặt phải chiếm 45,5%, mặt trái 40,9% và hai bên mặt 13,6%. Tổn thương có thể lan đến kết mạc, niêm mạc mũi, miệng, hoặc phối hợp với các dị tật khác như bớt Hori hay bạch biến.

Ngoài tổn thương trên da, bớt Ota còn biểu hiện tại vùng niêm mạc. Theo Hidano A, Kajima H tổn thương niêm mạc trong bớt Ota chủ yếu vùng củng mạc mắt với tỷ lệ 32,2%[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 43,2% bệnh nhân Ota có thương tổn củng mạc mắt, tỷ lệ thương tổn niêm mạc mũi 11,4%. Tổn thương bớt Ota có ở vòm họng trên là 9,1%. Và các bệnh nhân có phối hợp với các tổn thương khác như dị dạng mạch vùng mặt, bớt Hori… là 6,8%.

Phân loại bớt Ota theo Tanino tương đối dễ hiểu và toàn diện. Tuy nhiên còn nhiều tiểu loại và chưa ứng dụng được nhiều trong điều trị. Là phương pháp dễ sử dụng để mô tả mức độ và vị trí của bớt Ota. Thuận tiện cho các nhà nghiên cứu trong học thuật, việc phân chia các nhóm cụ thể cho bớt Ota có mối liên quan mật thiết tới tiên lượng và khả năng điều trị về sau.

Trong những năm gần đây, nghiên cứu lâm sàng về bớt Ota là chủ yếu tập chung vào phần điều trị. Báo cáo về phân loại lâm sàng của bớt Ota khá ít Phân loại của bớt Ota theo Tanino dựa trên 26 trường hợp bớt Ota từ năm 1937 đến năm 1940 chia thành 4 loại theo tình trạng tổn thương da[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.6), số bệnh nhân phân loại được theo phân loại của Tanino chỉ chiếm 38 bệnh nhân chiếm 86,36%. Phân loại Tanino còn một số hạn chế là không thể phân loại được tất cả các biểu hiện khác nhau trên lâm sàng. Phân loại nhóm bị cả 2 bên còn tương đối đơn giản chưa phân chia được tính đối xứng và và các tổn thương kết hợp như giãn mạch máu, bớt rượu vang, bạch biến hay bớt hori. Tỉ lệ không nằm trong phân loại của Tanino là 6 trường hợp chiếm 13,63% ít hơn so với nghiên cứu của Huang và cộng sự khi nghiên cứu trên số lượng lớn là 1079 bệnh nhân bị bớt Ota thì thấy có 19,74% không thuộc phân loại của Tanino[7], điều này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi còn ít (44 trường hợp).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp là anh em ruột trong cùng một gia đình, biểu hiện bớt Ota ở 1 bên. Yếu tố gia đình chưa được các tác giả nghiên cứu sâu. Hy vọng trong những nghiên cứu trong tương lai sẽ đánh giá được yếu tố di truyền hoặc gen của bệnh lý này [4].

Cả dây thần kinh số V và tế bào sắc tố đều có nguồn gốc từ mào thần kinh nên có thể có mối liên quan[4]. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào liên quan đến vấn đề này, dự kiến đó sẽ là những vấn đề được nghiên cứu sâu hơn về cơ chế bệnh sinh của bớt Ota.

V. KẾT LUẬN

- Bớt Ota thường gặp ở nữ giới, tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam: 2,67/1.
- Bớt Ota khởi phát bệnh sớm, đa số ≤ 10 tuổi (88,6%).
- Có 91,48% phân loại được theo Tanino: và 86,37% không phân loại được theo Tanino: 13,63%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Thường,** Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu. Nhà xuất bản Y học, 2019. Tập 2: p. trang 77–81.
2. **Nguyễn Thế Vỹ, Vũ Mạnh Hùng, Nguyễn Hữu Sáu,** cộng sự Đặc điểm lâm sàng bớt Ota. Tạp chí nghiên cứu Y học, 2015. 94(2): p. tr. 80–86.
3. **Achavanuntakul, P., et al.,** Early Treatment Initiation Improves Outcomes in Nevus of Ota: A 10-Year Retrospective Study. Am J Clin Dermatol, 2022. 23(1): p. 105–114.
4. **Chan, H.H. and T. Kono,** Nevus of Ota: clinical aspects and management. Skinmed, 2003. 2(2): p. 89–96; quiz 97–8.
5. **Ge, Y., et al.,** Comparison of a picosecond alexandrite laser versus a Q-switched alexandrite laser for the treatment of nevus of Ota: A randomized, split-lesion, controlled trial. J Am Acad Dermatol, 2020. 83(2): p. 397–403.
6. **Hidano A, K.H., Ikeda S, Mizutani H, Miyasato H, Niimura M,** Natural history of nevus of Ota. Arch Dermatol, 1967. 95(2): p. 187–95.
7. **Huang, W.-h., et al.,** A new classification of nevus of Ota. Chinese Medical Journal, 2013. 126(20): p. 3910–3914.
8. **Yang, J., et al.,** Analysis of 28 Chinese Cases of Bilateral Nevus of Ota and Therapeutic Results With the Q-Switched Alexandrite Laser. Dermatol Surg, 2016. 42(2): p. 242–8.

ĐÁNH GIÁ THÀNH PHẦN SỎI TRÊN BỆNH NHÂN SỎI THẬN CÓ CAN THIỆP NGOẠI KHOA

Nguyễn Xuân Chiến[1], Đỗ Anh Toàn[2], Nguyễn Đạo Thuấn[2], Lê Trọng Khôi[1], Nguyễn Ngọc Thái[2], Nguyễn Văn Khoa[1], Phan Thành Thống[1], Nguyễn Thái Hoàng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thành phần sỏi thận ở các bệnh nhân (BN) được can thiệp ngoại khoa tại bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân mổ sỏi thận tại khoa phẫu thuật điều trị sỏi thận chuyên sâu, bệnh viện Bình Dân, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca, từ tháng 7/2023-8/2024. **Kết quả:** Trong 13 tháng, chúng tôi thu thập được 450 đơn vị sỏi (442 bệnh nhân). Trong các loại sỏi được phân chất thì sỏi canxi oxalat chiếm tỉ lệ cao nhất, với 64.22%, gồm whewellite (calcium oxalat monohydrate) 51.78% và weddellite (calcium oxalat dihydrate) 12.44%. Sỏi phosphat chiếm 25.55% gồm hydroxyapatite chiếm 25.11% và Brushite 0.44%. Sỏi axit uric chỉ chiếm 4.67%. Sỏi nhiễm khuẩn gồm struvite chiếm 3.78% và ammonium hydrogen urate chiếm 0.44%. Sỏi hiếm cystine là 1.33%. **Kết luận:** Tỉ lệ các loại sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tỉ lệ trung bình trên thế giới.

Từ khóa: sỏi thận, phân chất sỏi.

SUMMARY

EVALUATION OF STONE COMPOSITION IN PATIENTS WITH KIDNEY STONES UNDERGOING SURGICAL INTERVENTION

Objective: Evaluate the composition of kidney stones in patients undergoing surgical interventions at Binh Dan Hospital. **Subjects and Methods:** Patients undergoing kidney stone surgery at the specialized kidney stone treatment department of Binh Dan Hospital who agreed to participate in the study were included. The prospective study described a series of cases from July 2023 to August 2024. **Results:** Over a 13-month period, 450 stone specimens were collected from 442 patients. Among the classified types of urinary calculi, calcium oxalate stones exhibit the highest prevalence, accounting for 64.22%. This category consists of whewellite (calcium oxalate monohydrate) at 51.78% and weddellite (calcium oxalate dihydrate) at 12.44%. Phosphate stones represent 25.55% of the total, with hydroxyapatite comprising 25.11% and brushite 0.44%. Uric acid stones constitute only 4.67%. Infection stones, including struvite, account for 3.78%, while ammonium hydrogen urate represents 0.44%. Cystine stones, a rare occurrence, are observed at 1.33%. **Conclusion:** The prevalence of stone types in our study is quite similar to the global average.

Keywords: kidney stone, stone analysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp và hay tái phát ở Việt Nam cũng như trên thế giới[1,2]. Tỷ lệ sỏi niệu liên tục tăng trong những thập kỷ gần đây, với hơn 10% dân số Hoa Kỳ hiện đang bị ảnh hưởng[3]. Gánh nặng kinh tế liên quan đến sỏi niệu, với ước tính hàng năm riêng tại Hoa Kỳ đã vượt quá 5 tỷ đô la[4]. Chi phí kinh tế này bao gồm cả chi phí điều trị trực tiếp và chi phí gián tiếp liên quan đến năng suất lao động bị mất[4]. Việt Nam là một nước nằm trong khu vực vành đai sỏi của thế giới, tuy nhiên cho đến giờ vẫn chưa có một con số thống kê nào về tỉ lệ sỏi niệu ở Việt Nam.

Việt nam có nhiều trung tâm niệu khoa lớn, hiện nay đã thực hiện được nhiều phương pháp điều trị sỏi như mổ mở, nội soi ống cứng hay ống mềm tán sỏi, phẫu thuật nội soi lấy sỏi, tán sỏi thận qua da hay tán sỏi ngoài cơ thể. Tuy nhiên đây là các biện pháp điều trị khi bệnh thường đã gây nhiều đau đớn, biến chứng, di chứng, đôi khi diễn tiến nặng cho bệnh nhân. Vấn đề "sau điều trị" là phòng ngừa lại chưa được quan tâm nhiều tại Việt Nam. Chủ đề này trên thế giới đã được nghiên cứu nhiều, các hướng dẫn của thế giới đều khuyến cáo mạnh nên làm làm phân chất sỏi và đánh gía các rối loạn chuyển hoá, bất thường trong nước tiểu sau khi điều trị sỏi cho bệnh nhân[2,5]. Các nghiên cứu trên thế giới đều chủ yếu ở các nước phát triển, đặc điểm chủng tộc, môi trường, chế độ ăn uống của họ cũng khác Việt Nam. Hiện nước ta chưa có con số đáng tin cậy về tỉ lệ các loại sỏi tiết niệu trong dân số. Việc phân chất sỏi là bước đầu quan trọng từ đó đưa ra biện pháp phòng ngừa riêng biệt cho từng loại sỏi niệu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu. Bệnh nhân bị sỏi thận có chỉ định can thiệp ngoại khoa

Dân số nghiên cứu. Bệnh nhân mổ sỏi

[1]*Bệnh viện Bình Dân*
[2]*Đại học Y Dược TP.HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn
Email: doanhtoan@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025
Ngày duyệt bài: 9.12.2025