

- Thiện Trung (2022), "Khảo sát nồng độ Homocystein máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có tăng huyết áp", Tạp chí Y học Việt Nam, 518 (1), tr. 217-221.
5. Wu, J., Liu, D., Yang, L., & Liu, J. (2022). Association between serum homocysteine levels and severity of diabetic kidney disease in 489 patients with type 2 diabetes mellitus: A single-center study. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 28, e936323-1.
 6. Xulei Z., Qiaorui L., Zhiwen L. (2023), "Serum Homocysteine concentration as a marker for advanced diabetic nephropathy in a cohort of elderly patients", BMC Endocrine Disorders, 23 (1), 114.
 7. Bin Y., Xiangying Z., Zhifu Z., Xiaozhen J., Meixia J. (2021), "Clinical significance of serum homocysteine as a biomarker for early diagnosis of diabetic nephropathy in type 2 diabetes mellitus patients", Pteridines, 32 (1), pp. 11-16.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HỖ LẤY SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Thới¹, Nguyễn Vũ Hoàng Như¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi thận là bệnh lý phổ biến, dù các phương pháp xâm lấn tối thiểu ngày càng phát triển, phẫu thuật hở vẫn giữ vai trò cần thiết trong các trường hợp sỏi phức tạp, bất thường giải phẫu, thất bại hoặc chống chỉ định với các kỹ thuật khác, đặc biệt khi bệnh nhân Việt Nam thường đến muộn. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi thận; đánh giá kết quả sớm phẫu thuật hở lấy sỏi thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận có chỉ định phẫu thuật hở tại Bệnh Viện Đà Nẵng từ tháng 5/2023 đến tháng 3/2024. Thông tin thu thập theo bảng số liệu soạn sẵn qua hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 54,4 ± 11,8 tuổi, nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 60- 69 tuổi chiếm 37,1%; triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau vùng thắt lưng chiếm 100%; kích thước sỏi trung bình 28,8 ± 11,6 mm, trong đó sỏi lớn nhất là 54 mm, sỏi nhỏ nhất là 15 mm; số lượng sỏi bệnh nhân có nhiều hơn 5 viên sỏi chiếm 42,9%; sỏi san hô toàn phần 40%, sỏi san hô bán phần 60%; thận ứ nước độ I 31,4%; thận ứ nước độ II 28,6%; thận ứ nước độ III 25,7%; thời gian phẫu thuật trung bình 89,7 ± 27,1 phút; phương pháp phẫu thuật mổ bể thận – nhu mô chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,9%; 5,7% nhiễm khuẩn vết mổ; 46% trường hợp còn sót sỏi. **Kết luận:** Đánh giá đặc điểm của sỏi và những vấn đề đường tiết niệu liên quan đến điều trị sỏi thận rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị. PTHLST cho kết quả sớm tương đối tốt. **Từ khóa:** kết quả sớm, phẫu thuật hở lấy sỏi thận, sỏi thận.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESULTS OF OPEN KIDNEY STONES REMOVAL SURGERY AT DA NANG HOSPITAL

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Thới

Email: dvthoi@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

Introduction: Kidney stones are common, and although minimally invasive techniques have advanced, open surgery remains essential for complex stones, anatomical abnormalities, or cases where other methods fail or are contraindicated, especially since patients in Vietnam often present late. **Objective:** Survey some clinical and paraclinical characteristics of kidney stone patients; evaluate the early results of open surgery to remove kidney stones. **Subject and method:** The study describes a series of cases on 35 patients diagnosed with kidney stones and required open surgery at Da Nang Hospital from May 2023 to March 2024. Information is collected according to the data table prepared through medical records. **Results:** Mean age is 54.4 ± 11.8 years old, the most affected age group is 60-69 years old accounting for 37.1%; the predominant symptoms is lumbar pain, accounting for 100%; mean stone size of 28.8 ± 11.6 mm, the largest stone is 54 mm, the smallest stone is 15 mm; The number of stones in patients with more than 5 stones accounts for 42.9%; Complete coral gravel accounts for 40%, partial coral gravel accounts for 60%; Grade I hydronephrosis 31.4%; Grade II 28.6%; Grade III hydronephrosis 25.7%; Average surgery time 89.7 ± 27.1 minutes; Pelvic-parenchymal open surgery method account for the highest proportion with 62.9%; 5.7% of surgical wound infections; 46% of cases have residual stones. **Conclusion:** Assessing the characteristics of the stone and urinary tract problems related to kidney stone treatment is important in planning treatment. Open surgery gives relatively good early results.

Keywords: early outcomes, open surgery to remove kidney stones, kidney stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý phổ biến trong các bệnh lý của đường tiết niệu. Theo Liu và các cộng sự (2018) [1], ở châu Á đã có một vành đai sỏi trải dài khắp Tây Á, Đông Nam Á, Nam Á cũng như một số nước phát triển, trong đó có Hàn Quốc và Nhật Bản, với tỷ lệ phổ biến từ 5% đến 19,1%. Theo Ngô Gia Hy [2], Việt Nam là nước nằm trên vành đai này và có tỷ lệ sỏi thận chiếm khoảng 40% các trường hợp. Sỏi thận thường diễn biến

âm thầm, nhiều người mắc bệnh có thể không phát hiện cho tới khi có cơn đau quặn thận xuất hiện hoặc tình cờ phát hiện khi khám tổng quát tại bệnh viện. Sỏi thận không được phát hiện sớm và can thiệp có thể dẫn đến tắc nghẽn đường tiết niệu, giãn đài bể thận, thận ứ nước, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, ứ mủ thận, suy giảm chức năng thận và có thể ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân. Hiện nay, có rất nhiều phương pháp ngoại khoa để điều trị sỏi thận. Các phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu như tán sỏi ngoài cơ thể, phẫu thuật lấy sỏi thận qua da và nội soi ngược dòng tán sỏi thận bằng ống soi mềm được ưu tiên lựa chọn, do đó các chỉ định phẫu thuật hở lấy sỏi thận đã giảm đi đáng kể. Tỷ lệ phẫu thuật hở lấy sỏi thận chiếm khoảng 4,1% trong nghiên cứu [3]. Thực tế cho thấy, nhiều Bệnh viện tại Việt Nam vẫn còn áp dụng phương pháp phẫu thuật hở lấy sỏi thận do bệnh nhân thường đến muộn với tình trạng sỏi phức tạp. Tại Bệnh viện Đà Nẵng, phương pháp này cũng đang điều trị cho bệnh nhân sỏi thận, đặc biệt ở bệnh nhân sỏi phức tạp, sỏi san hô. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi thận; đánh giá kết quả phẫu thuật hở lấy sỏi thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận có chỉ định phẫu thuật hở tại Bệnh Viện Đà Nẵng đáp ứng những tiêu chuẩn chọn bệnh từ tháng 05/2023 đến tháng 03/2024.

- Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân:

+ Được chẩn đoán sỏi thận và có chỉ định phẫu thuật hở.

+ Có hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ các thông tin cần thu thập theo bảng số liệu soạn sẵn.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân có ASA từ mức độ 3 trở lên.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca bệnh. Cỡ mẫu: 35 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh tại khoa Ngoại Tiết niệu – Bệnh viện Đà Nẵng từ 05/2023 đến 03/2024.

- Thu thập số liệu: Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án.

- Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Excel 2019.

- Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng chuyên môn và xét duyệt đề cương khóa luận tốt nghiệp Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng, được tiến hành

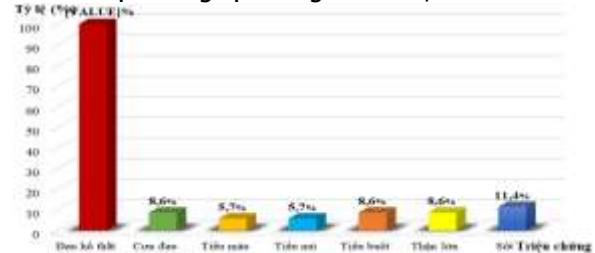
khi có sự chấp thuận của Bệnh viện Đà Nẵng và không làm ảnh hưởng tới uy tín của Bệnh viện, nhân viên y tế, không gây khó khăn cho bệnh nhân, tất cả các thông tin trong đề tài chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Số liệu thu thập một cách khách quan, trung thực, kết quả đảm bảo tính khoa học, tin cậy và chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sỏi thận

Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,4 \pm 11,8$ tuổi, nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 60- 69 tuổi chiếm 37,1%; tỷ lệ nữ/nam là 1,2; chỉ số BMI trung bình là $21,7 \pm 2,1$ kg/m².

Tiền sử niệu khoa cùng bên với thận phẫu thuật: Có 23/35(65,7%) bệnh nhân trong nghiên cứu không có tiền sử niệu khoa; 7 bệnh nhân từng can thiệp phẫu thuật hở lấy sỏi thận chiếm 20%; 3 bệnh nhân từng phẫu thuật đường niệu chiếm 8,6% và 2 bệnh nhân từng tán sỏi nội soi ngược dòng chiếm 5,7%.



Biểu đồ 1. Triệu chứng khi mắc sỏi thận

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau vùng thắt lưng chiếm 100%.

Đặc điểm hồng cầu trước phẫu thuật:

Bảng 1. Đặc điểm hồng cầu trước phẫu thuật

Đặc điểm hồng cầu	n	Tỷ lệ (%)
Số lượng hồng cầu ($\times 10^{12}/L$)	<3,8	2,9
	3,8-5,5	97,1
Hemoglobin (g/l)	90-119	11,4
	≥ 120	88,6
Hematocrite (%)	<34	2,9
	34-50	91,7
	>50	2,9

Nhận xét: Công thức máu ghi nhận có 11,4% trường hợp thiếu máu nhẹ.

Đặc điểm bạch cầu trước phẫu thuật:

Bảng 2. Đặc điểm bạch cầu trước phẫu thuật

Đặc điểm bạch cầu máu	n	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu máu ($\times 10^9/L$)	<10	71,4
	≥ 10	28,6
	Trung bình	$8,7 \pm 3,3$
Bạch cầu đa nhân trung tính (%)	<75	86,1
	≥ 75	11,4

Nhận xét: Công thức máu ghi nhận 28,6% trường hợp bạch cầu máu tăng.

Phân bố trị số ure máu trước phẫu thuật:

Bảng 3. Phân bố trị số ure máu trước phẫu thuật

Ure máu trước phẫu thuật (mmol/l)	n	Tỷ lệ (%)
2,5 – 7,5	33	94,3
> 7,5	2	5,7
Tổng cộng	35	100
Trung bình	4,8 ± 1,6	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có chỉ số ure máu trong giới hạn bình thường chiếm 94,3%, chỉ có 5,7% bệnh nhân có tăng ure máu.

Về phân bố trị số creatinine máu trước phẫu thuật: Hầu hết bệnh nhân có chỉ số creatinine máu trong giới hạn bình thường chiếm 94,3%, chỉ có 5,7% bệnh nhân có tăng creatinine máu.

Kết quả mức lọc cầu thận: Có 17 bệnh nhân có mức lọc cầu thận bình thường ($eGFR \geq 90$ ml/phút/1,73m²); 18/35 (51,4%) bệnh nhân giảm mức lọc cầu thận.

Loại vi khuẩn gây nhiễm khuẩn niệu: Có tổng 5 bệnh nhân có cấy nước tiểu dương tính chiếm 14,3%, với 2 loại vi khuẩn là E.Coli (11,4%) và Proteus (2,9%).

Số lượng và kích thước sỏi trên cắt lớp vi tính: Số lượng sỏi bệnh nhân có nhiều hơn 5 viên sỏi chiếm 42,9%. Sỏi san hô toàn phần chiếm 40%, sỏi san hô bán phần chiếm 60%.

Bảng 4. Kích thước sỏi trên cắt lớp vi tính

Kích thước	n	Tỷ lệ (%)
10-20 mm	11	31,4
21-30 mm	13	37,2
>30 mm	11	21,4
Tổng cộng	35	100
Trung bình	28,8 ± 11,6 mm	

Nhận xét: Bệnh nhân có kích thước sỏi trung bình 28,8 ± 11,6 mm, trong đó sỏi lớn nhất là 54 mm, sỏi nhỏ nhất là 15 mm.

Phân độ ứ nước thận trên cắt lớp vi tính:

Bảng 5. Phân độ ứ nước thận trên cắt lớp vi tính

Độ ứ nước	n	Tỷ lệ (%)
Không ứ nước	5	14,3
Độ I	11	31,4
Độ II	10	28,6
Độ III	9	25,7
Độ IV	0	0
Tổng cộng	35	100

Nhận xét: Thận ứ nước độ I chiếm 31,4%; thận ứ nước độ II chiếm 28,6%; thận ứ nước độ III chiếm 25,7%.

3.2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật hở lấy sỏi thận. 100% bệnh nhân không cần truyền máu trong phẫu thuật và không ghi nhận trường hợp nào có tai biến trong mổ.

Phương pháp và thời gian phẫu thuật hở lấy sỏi: Có 22 bệnh nhân mở bể thận - nhu mô chiếm 62,9%; 8 bệnh nhân ở bể thận (22,9%); 5 bệnh nhân mở nhu mô chiếm 14,3%.

Bảng 6. Thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)
Mở bể thận	88,8 ± 24,7
Mở nhu mô	81 ± 29,2
Mở bể thận – nhu mô	92,1 ± 28,3
Thời gian phẫu thuật trung bình	89,7 ± 27,1

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 89,7 ± 27,1 phút.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật < 7 ngày chiếm 71,4%, có 10 bệnh nhân nằm viện trên 8 ngày chiếm 28,6%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 7,1 ± 0,9 ngày.

Biến chứng sau phẫu thuật: Có 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 5,7%.



Biểu đồ 2. Kết quả X quang sau phẫu thuật

Nhận xét: Có 46% trường hợp còn sót sỏi, 54% trường hợp lấy hết sỏi.

Kết quả điều trị sớm: có 19/35 (54,3%) kết quả tốt và 45,7% có kết quả trung bình sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sỏi thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo tỷ lệ nữ mắc sỏi thận chiếm 54%; nam chiếm 46%, tỷ lệ nữ/nam là 1,2; kết quả này tương đồng với tác giả Trần Văn Sáng (2003) [4] tỷ lệ nữ/nam là 1,14. Ở đa số các quốc gia trên thế giới, nam giới dễ mắc bệnh lý sỏi thận hơn so với nữ giới, với tỷ lệ nam/nữ dao động từ 1,49 - 2,43 [1], [5]. Điều này có thể do androgen ở nam giới có tác dụng làm tăng bài tiết oxalate niệu, nồng độ oxalate huyết thanh, sự tích tụ tinh thể calci oxalate ở thận; còn estrogen ở nữ có tác dụng ngược lại. Tuy nhiên cũng có một số nghiên cứu cho thấy nữ bị ảnh hưởng nhiều hơn nam giới, đặc biệt trên những trường hợp viêm tiết niệu mạn điều này có thể lí

giải do sự bài tiết estrogen cũng giảm mạnh sau 60 tuổi; nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn và bất thường giải phẫu cũng xuất hiện phổ biến hơn ở giới nữ [6].

Nhìn chung, tỷ lệ mắc sỏi thận tăng theo tuổi, đạt đỉnh ở nhóm tuổi 40- 60 và giảm sau đó [1],[5]. Lý do độ tuổi trung niên dễ bị sỏi thận có thể là do họ phải làm việc nhiều hơn so với những độ tuổi khác [7], và từ đó dẫn đến lượng nước đưa vào cơ thể ít hơn và tỷ lệ mất nước cũng cao hơn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,4 \pm 11,8$ tuổi, trong đó tuổi mắc bệnh thấp nhất là 30 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi từ 60 – 69 chiếm 37,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 25,7% trường hợp bệnh nhân từng phẫu thuật đường niệu phù hợp với nghiên cứu của Phan Chí Đăng (2004) [8] 20% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sỏi tiết niệu. Đối với những bệnh nhân từng có tiền sử phẫu thuật sỏi tiết niệu trước đó thì tình trạng dính, co kéo, viêm xơ quanh thận có thể xảy ra. Từ đó, việc mổ hở lại cũng khó khăn hơn.

Triệu chứng lâm sàng của sỏi thận thường không rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau âm ỉ vùng thắt lưng chiếm 100%, các triệu chứng. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng đau âm ỉ vùng thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất chứng tỏ tình trạng tắc nghẽn đã xuất hiện và kéo dài.

Các xét nghiệm máu như công thức máu, sinh hoá máu rất cần thiết để có thể đánh giá tình trạng thiếu máu, nhiễm khuẩn và mức lọc cầu thận để đưa xem bệnh nhân có phù hợp để tiến hành phẫu thuật không hay cần thêm các phương pháp điều trị nội khoa khác.

Xét nghiệm nước tiểu cũng giúp đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn niệu để có thể điều trị ổn định trước khi tiến hành phẫu thuật để hạn chế các biến chứng trong và sau khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu, bệnh nhân có cấy nước tiểu dương tính chiếm 14,3%, với 2 loại vi khuẩn là E.Coli và Proteus.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng góp phần không nhỏ trong việc chẩn đoán vị trí sỏi, hình dạng sỏi, kích thước sỏi, mức độ ứ nước của thận, các bệnh lý kèm theo để có thể nhận định được tình trạng sỏi trên bệnh nhân và đưa ra phương pháp phẫu thuật phù hợp. Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có kích thước sỏi trung bình $28,8 \pm 11,6$ mm, trong đó sỏi lớn nhất là 54 mm, sỏi nhỏ nhất là 15 mm. Số lượng sỏi bệnh nhân có nhiều hơn 5 viên sỏi chiếm 42,9%. Sỏi san hô toàn phần chiếm 40%, sỏi san hô bán phần chiếm 60%. Thận ứ nước

độ I chiếm 31,4%; thận ứ nước độ II chiếm 28,6%; thận ứ nước độ III chiếm 25,7%.

4.2. Đánh giá kết quả sỏi phẫu thuật hở lấy sỏi thận. Lựa chọn đường vào thận sao cho hợp lý đối với phẫu thuật hở lấy sỏi thận còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố: như vị trí sỏi, số lượng viên sỏi, độ ứ nước của thận, bề thận trong xoang hay ngoài xoang, nhu mô thận dày hay mỏng và kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Tuy nhiên, mục tiêu cuối cùng là lấy sỏi thận, giải phóng tắc nghẽn thận, tránh làm tổn thương thêm nhu mô thận cần được chú ý nhiều nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22,9% bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp mở bể thận; 14,3% bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp mở nhu mô; 62,9% bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp mở bể thận – nhu mô kết hợp.

Theo nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình của cả nghiên cứu là $89,7 \pm 27,1$ phút phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Hình (2001) [9] thời gian phẫu thuật trung bình là $97,63 \pm 18,42$ phút và nghiên cứu của Phan Chí Đăng (2004) [8] thời gian phẫu thuật trung bình là $107 \pm 30,74$ phút. Thời gian phẫu thuật càng ngày ngắn cũng giúp giảm thiểu các biến chứng trong và sau phẫu thuật, đặc biệt là biến chứng mất máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ 71,4%, có 28,6% bệnh nhân có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ≥ 8 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,1 \pm 0,9$ ngày; dài nhất là 9 ngày, ngắn nhất là 5 ngày. Thời gian nằm viện điều trị sau phẫu thuật ngày càng giảm sẽ làm giảm chi phí điều trị, chi phí chăm sóc và giảm sự quá tải của bệnh viện.

Biến chứng sau phẫu thuật là một chỉ số quan trọng để đánh giá kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp có nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 5,7%, không có trường hợp nào rò nước tiểu, chảy máu phải truyền máu. Với 2 trường hợp các trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật, trường hợp thứ nhất bệnh nhân đã có nhiễm khuẩn tiết niệu trước đó, đồng thời thời gian phẫu thuật kéo dài nên làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn trên bệnh nhân. Trường hợp thứ hai, bệnh nhân 71 tuổi, sức đề kháng và khả năng liền vết thương giảm, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Các trường hợp này đều nhiễm khuẩn vết mổ nhẹ, nhiễm khuẩn nông, vết mổ biểu hiện sưng nề và thấm dịch, xử trí bằng rửa vết mổ, thay băng và dùng kháng sinh toàn thân, kết quả tốt không

phải khâu da thì 2 và không ảnh hưởng đến kết quả cuộc mổ.

Nhiều tác giả quan tâm đến vấn đề sỏi sỏi, theo Hoàng Mạnh An (2013) [10] tỷ lệ sỏi sỏi dao động từ 10 – 40%. Theo nghiên cứu của chúng tôi thể hiện có 46% trường hợp còn sỏi sỏi, 54% trường hợp lấy hết sỏi. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng sỏi sỏi cao như vậy là do bệnh nhân có nhiều sỏi nhỏ, những trường hợp sỏi sỏi thường ở bệnh nhân có > 5 viên sỏi chiếm 37,2%. Trong phẫu thuật sỏi thận đặc biệt là sỏi lớn phức tạp kết hợp với nhiều sỏi nhỏ là phẫu thuật khó khăn. Sỏi thận phức tạp thường đi kèm nhiều viên nhỏ trong các đài thận, các viên nhỏ này dễ bỏ sót trong phẫu thuật, nhất là khi nhu mô thận dày, cổ đài hẹp, phẫu thuật có chảy máu nhiều. Chúng tôi đã giải quyết tắc nghẽn, lấy sạch sỏi ở mức tối đa cho phép mà không ảnh hưởng đến chức năng thận. Việc thực hiện phẫu thuật lấy sạch sỏi hoàn toàn ở các bệnh nhân này không đem lại lợi ích, ngược lại kéo dài thời gian phẫu thuật, tăng tỷ lệ biến chứng cũng như tổn thương thận không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở vẫn giữ những vai trò không thể thay thế trong những trường hợp sỏi thận phức tạp, gánh nặng sỏi quá lớn, thất bại hoặc có biến chứng khi điều trị với những phương pháp điều trị ít xâm hại. Những ưu điểm của phẫu thuật mở lấy sỏi: tỷ lệ sạch sỏi cao, số lần phải thực hiện phẫu thuật ít, chi phí điều trị thấp, khả thi ở những trung tâm không đủ trang bị các phương pháp ít xâm hại. Ngoài ra, đây còn là giải pháp trong những điều trị những trường hợp có biến chứng do những can thiệp ít

xâm hại. Đánh giá đặc điểm của sỏi và những vấn đề đường tiết niệu liên quan đến điều trị sỏi đường tiết niệu, đặc điểm của bệnh nhân rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yu Liu, Yuntian Chen, Banghua Liao et al.** (2018), "Epidemiology of urolithiasis in Asia", Asian journal of urology, 5(4), pp. 205-214.
2. **Ngô Gia Hy** (1989), Niệu học, Nhà xuất bản Y học, tr.11-24.
3. **Assimos, D. G et al.** (1989), "The role of open stone surgery since extracorporeal shock wave lithotripsy", Journal of Urol. 142(2 Pt 1), pp. 263-7.
4. **Trần Văn Sáng, Vũ Hồng Thịnh và Đỗ Anh Toàn** (2003), "Phẫu thuật sỏi san hô tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 7, tr. 62-65.
5. **Pearle M.S., Antonelli J.A., Lotan Y.** (2020), "Urinary Lithiasis", Campbell's Urology, 12th, Saunders, Philadelphia, p. 9252-9406.
6. **Trương Văn Cẩn** (2021), "Nghiên cứu điều trị sỏi thận bằng phương pháp phẫu thuật lấy sỏi thận qua da trên bệnh nhân đã mổ mở lấy sỏi", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y dược Huế, Huế.
7. **Kale S.S., Ghole V.S., Pawar N.J. et al.** (2014), "Inter-annual variability of urolithiasis epidemic from semi-arid part of Deccan Volcanic Province, India: climatic and hydrogeochemical perspectives", International Journal of Environmental Health Research, 24(3), p. 278–289.
8. **Phan Đăng Chí** (2004), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sỏi bể thận tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy điển (Uông bí-Quảng Ninh)", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **Trần Văn Hinh** (2001), "Nghiên cứu phẫu thuật lấy sỏi thận bằng đường mổ bể thận - nhu mô mặt sau", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện quân Y, Hà Nội.
10. **Hoàng Mạnh An** (2013), "Tỷ lệ sỏi sỏi trong phẫu thuật sỏi thận và các kỹ thuật hỗ trợ để hạn chế sỏi sỏi", Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, tr. 202-214.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG KẾT CỤC NỘI VIỆN CỦA TỈ SỐ THỂ TÍCH TIỂU CẦU TRUNG BÌNH/SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Phan Thái Hảo¹, Nguyễn Bùi Hoàng Phong¹, Nguyễn Hoàng Hải²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiểu cầu là một yếu tố liên quan đến sang thương xơ vữa động mạch, sự mất ổn định của mảng xơ vữa và tạo huyết khối, có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc các biến cố tim mạch, đặc biệt là hội

chứng vành cấp. Thể tích tiểu cầu lớn hơn thì sự chuyển hoá và tổng hợp enzyme cũng nhiều hơn, tạo cục máu đông nhiều hơn nên ảnh hưởng nhiều đến điều trị thuốc kháng tiểu cầu và kết cục nội viện của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ biến cố nội viện và giá trị tiên lượng của tỉ số thể tích tiểu cầu trung bình trên số lượng tiểu cầu (MPV/PC) ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu thực hiện trên 183 bệnh nhân NMCT cấp tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025. Bệnh nhân được làm xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, ghi nhận các đặc điểm nhân trắc học, yếu tố nguy cơ tim mạch, các kết cục

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hảo

Email: haopt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025