

KẾT QUẢ TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ TRÊN BỆNH NHÂN SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2023-2025

Trần Hiếu Học¹, Nguyễn Minh Tuấn^{1,2}, Prach Sotheara¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ (super-mini PCNL) tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 53 bệnh nhân được chỉ định tán sỏi thận qua da bằng kỹ thuật SMP tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật mổ, tai biến – biến chứng và hiệu quả sạch sỏi sau 1 tháng. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình là 61,7 phút, tùy thuộc vào mức độ phức tạp của sỏi. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 81,4%. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 1,7%, biến chứng sau mổ chiếm 15,1%. Không có trường hợp tử vong hoặc phải truyền máu. **Kết luận:** Kỹ thuật SMP là phương pháp điều trị sỏi thận hiệu quả, ít xâm lấn, an toàn và phù hợp với điều kiện thực tiễn tại bệnh viện tuyến cuối ở Việt Nam.

Từ khóa: Tán sỏi thận qua da; đường hầm siêu nhỏ; super-mini PCNL; sỏi thận; phẫu thuật ít xâm lấn.

SUMMARY

RESULTS OF SUPER-MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY FOR KIDNEY STONES AT BACH MAI HOSPITAL, 2023–2025

Objective: To evaluate the outcomes of super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) for kidney stones at Bach Mai Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 53 patients who underwent SMP at Bach Mai Hospital from June 2022 to June 2023. Data collected included clinical and subclinical characteristics, surgical techniques, intraoperative and postoperative complications, and stone-free rate after one month. **Results:** The mean operative time was 61.7 minutes, depending on the complexity of the stones. The stone-free rate after surgery was 81.4%. The intraoperative complication rate was 1.7%, and the postoperative complication rate was 15.1%. There were no cases of mortality or blood transfusion. **Conclusion:** SMP is an effective, minimally invasive, and safe method for the treatment of kidney stones, well-suited for tertiary hospitals in Vietnam. **Keywords:** Percutaneous nephrolithotomy; super-mini tract; super-mini PCNL; kidney stones; minimally invasive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là một trong những nguyên nhân chính gây bệnh lý tiết niệu, ảnh hưởng đáng kể

đến sức khỏe cộng đồng. Hiện nay các phương pháp ít xâm lấn như tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), tán sỏi thận qua da (PCNL) và nội soi tán sỏi ngược dòng (RIRS) đã được áp dụng rộng rãi, mang lại hiệu quả cao và rút ngắn thời gian hồi phục cho người bệnh.[1] Hiện nay, các nhà khoa học đã phát triển kỹ thuật PCNL cải tiến – tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL, super-mini PCNL), với kích thước đường hầm chỉ từ 10–14Fr.[2] Kỹ thuật này được ghi nhận giúp giảm đáng kể nguy cơ chảy máu, rút ngắn thời gian nằm viện và tăng tính an toàn, trong khi hiệu quả sạch sỏi vẫn được duy trì ở mức chấp nhận được. Điều này mở ra hướng đi mới cho điều trị sỏi thận, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có sỏi nhỏ đến trung bình, hoặc những trường hợp cần hạn chế tối đa biến chứng do bệnh lý nền. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi thận và được chỉ định điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (super-mini PCNL) tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận có chỉ định thực hiện super-mini PCNL và có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết. Những trường hợp bị dị tật hệ tiết niệu (như thận móng ngựa) gây khó khăn cho việc đặt ống soi niệu quản, hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ sẽ bị loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai, một trung tâm ngoại khoa tuyến cuối có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật tiết niệu. Thời gian tiến hành nghiên cứu bắt đầu từ tháng 7 năm 2024 và kết thúc vào tháng 6 năm 2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Tổng cỡ mẫu nghiên cứu bao gồm 53 bệnh nhân, được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Nội dung nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu tập trung vào việc mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của các

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học

Email: tranhieuhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

bệnh nhân sỏi thận; ghi nhận các đặc điểm kỹ thuật trong quá trình phẫu thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ; và đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật bao gồm triệu chứng tồn lưu, biến chứng, tỷ lệ sạch sỏi và các chỉ số hồi phục.

2.6. Quy trình nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu được thực hiện tuần tự theo các bước: trước hết, lập danh sách bệnh nhân từ sổ khám ngoại trú; sau đó tra cứu và trích xuất hồ sơ bệnh án từ phòng lưu trữ; tiếp theo, tổng hợp các thông tin cần thiết và nhập vào mẫu bệnh án nghiên cứu; cuối cùng, tiến hành nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê chuyên dụng.

2.7. Xử lý số liệu. Dữ liệu nghiên cứu sau khi thu thập được kiểm tra, mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả thông tin cá nhân và dữ liệu y tế của bệnh nhân được đảm bảo bảo mật tuyệt đối. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được thông báo rõ ràng về mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, và sự đồng ý của họ được thu thập một cách tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 53 trường hợp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, kết quả cụ thể như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân sỏi thận được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (n=53)

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	1	1,9
	30–60	38	71,7
	>60	14	26,4
	Trung bình $\pm$ SD (Min–Max)	51,8 $\pm$ 11,0	(28–72)
Giới tính	Nam	38	71,7
	Nữ	15	28,3
Lý do nhập viện	Đau thắt lưng	48	90,6
	Tiểu máu/tiểu đục	2	3,8
	Sốt	1	1,9
	Khác	2	3,8
Triệu	Tăng huyết áp	3	5,7

Chứng toàn thân	Sốt	1	1,9
	Nhiễm khuẩn niệu	1	1,9
	Chạm thận/Bập bênh thận (+)	0	0,0
Chỉ số BMI	Bình thường	49	92,5
	Thừa cân	4	7,5
	Nhẹ cân	0	0,0
Bên thận can thiệp	Phải	26	49,1
	Trái	21	39,6
	Hai bên	6	11,3
Tiền sử can thiệp	Chưa can thiệp	49	83,1
	Đã phẫu thuật	2	3,4
	Đã phẫu thuật + tán sỏi ngoài cơ thể	1	1,7
	Đã tán sỏi ngoài cơ thể	7	11,8

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $51,8 \pm 11,0$, chủ yếu tập trung trong nhóm 30–60 tuổi (71,7%). Nam giới chiếm tỷ lệ cao (71,7%). Lý do nhập viện thường gặp là đau thắt lưng (90,6%). Về toàn thân, tăng huyết áp được ghi nhận ở 5,7%, sốt và nhiễm khuẩn niệu mỗi loại 1,9%, không có trường hợp chạm thận hay bập bênh thận. Phần lớn bệnh nhân có BMI bình thường (92,5%). Vị trí can thiệp chủ yếu là thận phải (49,1%), trái (39,6%) và hai bên (11,3%). Đa số chưa từng can thiệp điều trị sỏi trước đó (83,1%).

Bảng 2: Thời gian tán sỏi thận qua da trung bình

Vị trí hình thái sỏi	Số BN	Trung bình $\pm$ SD (phút)	Min – Max (phút)
S2	27	55,8 $\pm$ 12,1	40 – 88
S3	25	63,0 $\pm$ 15,7	28 – 115
S4	6	71,5 $\pm$ 12,3	56 – 92
S5	1	41,2 $\pm$ 4,1	36 – 45
Tổng	59	61,7 $\pm$ 16,8	28 – 115

Nhận xét: Thời gian tán sỏi thận qua da trung bình toàn bộ là $61,7 \pm 16,8$ phút, dao động từ 28 đến 115 phút. Trong đó, nhóm S2 có thời gian tán ngắn nhất ($55,8 \pm 12,1$ phút), tiếp theo là S3 ($63,0 \pm 15,7$ phút), S4 cao nhất ($71,5 \pm 12,3$ phút), và S5 có thời gian tán ngắn ($41,2$ phút) nhưng chỉ có 1 trường hợp.

Bảng 3: Thời gian chọc dò, tán và mổ theo các yếu tố liên quan

Yếu tố	Phân nhóm	Thời gian chọc dò (phút)	Thời gian tán (phút)	Thời gian mổ (phút)
Độ giãn thận	Không giãn + Độ 1	6,6 $\pm$ 3,9	22,0 $\pm$ 7,6	59,5 $\pm$ 15,4
	Độ 2	5,4 $\pm$ 2,0	24,5 $\pm$ 9,1	57,2 $\pm$ 12,9
	Độ 3	4,9 $\pm$ 1,1	25,7 $\pm$ 8,8	58,7 $\pm$ 9,5
	p	0,31	0,48	0,77
BMI	Bình thường	6,2 $\pm$ 3,5	23,2 $\pm$ 8,5	58,9 $\pm$ 14,1
	Thừa cân	7,3 $\pm$ 4,7	20,3 $\pm$ 7,2	59,8 $\pm$ 13,5
	p	0,39	0,41	0,88
Diện tích sỏi	<1,5 cm ²	5,7 $\pm$ 1,7	21,5 $\pm$ 7,1	55,6 $\pm$ 11,8

	1,5–2,5 cm ²	5,8 ± 1,6	23,6 ± 9,1	60,3 ± 12,4
	>2,5 cm ²	7,5 ± 6,2	30,4 ± 8,1	71,2 ± 15,9
	p	0,23	<0,01	<0,01
Tiền sử mổ cũ	Đã mổ mổ/TSNCT	6,2 ± 2,4	24,0 ± 10,8	62,5 ± 15,7
	Chưa mổ mổ	6,5 ± 3,6	22,7 ± 8,1	59,3 ± 14,0
	p	0,75	0,71	0,56

Nhận xét: Về độ giãn thận, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời gian chọc dò ($p = 0,31$), tán ($p = 0,48$) và mổ ($p = 0,77$). Về BMI, thời gian thủ thuật không khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$). Riêng diện tích sỏi có ảnh

hưởng đáng kể đến thời gian tán và mổ ($p < 0,01$), trong đó nhóm sỏi > 2,5 cm² có thời gian tán (30,4 phút) và mổ (71,2 phút) cao hơn rõ rệt. Tiền sử mổ không làm thay đổi đáng kể thời gian can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 4: Các chỉ số sinh hóa trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Giá trị	Trước mổ	Sau mổ	p
Lượng Hemoglobin (g/L)	TB ± SD	142,0 ± 14,8	124,5 ± 13,2	0,40
	Min – Max	102 – 195	88 – 161	
Na ⁺ (mmol/L)	TB ± SD	135,0 ± 15,3	136,2 ± 5,0	0,11
	Min – Max	124 – 149	120 – 146	
K ⁺ (mmol/L)	TB ± SD	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,3	0,52
	Min – Max	2,6 – 5,0	2,4 – 5,2	
Urê (mmol/L)	TB ± SD	5,7 ± 1,6	5,8 ± 2,3	0,36
	Min – Max	2,4 – 12,5	3,0 – 12,0	
Creatinin (μmol/L)	TB ± SD	90,5 ± 32,1	92,8 ± 31,5	0,18
	Min – Max	40 – 370	42 – 178	

Nhận xét: Hemoglobin giảm từ 142,0 ± 14,8 g/L xuống 124,5 ± 13,2 g/L nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,40$). Các chỉ số khác như natri ($p = 0,11$), kali ($p = 0,52$), ure ($p = 0,36$) và creatinin ($p = 0,18$) cũng không thay đổi có ý nghĩa, cho thấy ổn định sinh hóa sau mổ.

Bảng 5: Tỷ lệ sạch sỏi theo thời gian và các yếu tố liên quan

Yếu tố	Nhóm	Sạch sỏi N (%)	Không sạch N (%)	p
Thời điểm đánh giá	Ngay sau tán & ra viện	43 (72,9%)	16 (27,1%)	0,27
	Sau 1 tháng	48 (81,4%)	11 (18,6%)	
Diện tích sỏi	< 1,5 cm ²	18 (94,7%)	1 (5,3%)	<0,01
	1,5 – 2,5 cm ²	16 (76,2%)	5 (23,8%)	
	> 2,5 cm ²	9 (47,4%)	10 (52,6%)	
Hình thái sỏi	S2	21 (77,8%)	6 (22,2%)	0,04
	S3	20 (80,0%)	5 (20,0%)	
	S4	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
	S5	0 (0,0%)	1 (100%)	
Độ giãn thận	Không giãn/Độ 1	21 (72,4%)	8 (27,6%)	0,51
	Độ 2	16 (80,0%)	4 (20,0%)	
	Độ 3	6 (60,0%)	4 (40,0%)	
Tiền sử mổ mổ/TSNCT	Chưa mổ	35 (71,4%)	14 (28,6%)	0,12
	Đã mổ mổ/TSNCT	8 (50,0%)	8 (50,0%)	

Nhận xét: Sau 1 tháng, tỷ lệ sạch sỏi đạt 81,4%, tăng so với thời điểm ra viện (72,9%), $p = 0,27$. Diện tích sỏi ảnh hưởng đáng kể đến sạch sỏi ($p < 0,01$), với nhóm < 1,5 cm² đạt 94,7%, trong khi > 2,5 cm² chỉ đạt 47,4%. Về hình thái sỏi, nhóm S2 và S3 có kết quả cao hơn S4 và S5, $p = 0,04$. Độ giãn thận ($p = 0,51$) và tiền sử mổ ($p = 0,12$) không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả sạch sỏi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tai biến trong mổ chỉ

gặp ở một bệnh nhân (1,7%), là trường hợp chảy máu nặng cần truyền máu và can thiệp nút mạch, được phân loại Clavien–Dindo IIIB, không ghi nhận sốc nhiễm khuẩn huyết. Tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với các kỹ thuật khác. Theo Liu và cộng sự (2018), tỷ lệ tai biến trong mổ của kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ là 16,4%, trong khi ở nhóm Miniperc là 41,1%. [3] Kankaria và cộng sự (2024) cũng nhận thấy tai biến mức độ III trở lên phổ biến hơn ở nhóm lấy sỏi thận qua da tiêu chuẩn, với 14% trường hợp

tổn thương đài – bể so với 2% ở nhóm đường hầm siêu nhỏ.[4] Sau phẫu thuật, 8 bệnh nhân (15,1%) gặp biến chứng, chủ yếu ở mức độ nhẹ: sốt (5,7%), chảy máu nhẹ (3,8%), tụ/thoát dịch hố thận, rò nước tiểu và nhiễm khuẩn niệu mỗi loại 1,9%. Không có bệnh nhân nào cần can thiệp ngoại khoa. Tỷ lệ này tương đương hoặc thấp hơn so với các nghiên cứu quốc tế, như báo cáo của Nizzardo và cộng sự (2024) với tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn 0–27,8% và chảy máu 0–8,9%[5], hay của Kankaria (2024) với nhóm Super-mini PCNL chỉ ghi nhận 2% sốt sau mổ so với 10% ở nhóm tiêu chuẩn.[4]

Dữ liệu trong nước cũng củng cố tính an toàn của kỹ thuật này. Chung Tuấn Khiêm (2018) ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau mổ 14,2% gồm sốt nhẹ, không có chảy máu nặng hay phẫu thuật lại[6], trong khi Trần Hoài Nam (2023) báo cáo 15,68% biến chứng ở nhóm Mini-PCNL, chủ yếu là sốt và rất ít trường hợp cần truyền máu.[7] Phạm Ngọc Hùng (2022) ghi nhận 7,9% tai biến trong mổ và 10,5% biến chứng sau mổ, chủ yếu nhẹ [8]. Kết quả hiện tại vì thế thấp hơn hoặc tương đương, chứng minh độ an toàn cao của kỹ thuật Super-mini PCNL. Mức giảm Hemoglobin trung bình sau mổ là 17,5 g/L, không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,40$), tương đồng với Kankaria (2024)[4] và Guddeti (2020)[8] – đều cho thấy mất máu thấp hơn rõ rệt so với nhóm lấy sỏi tiêu chuẩn. Các chỉ số sinh hóa hậu phẫu (Na^+ , K^+ , ure, creatinin) đều ổn định, không khác biệt có ý nghĩa, phù hợp với kết quả của Chung Tuấn Khiêm (2018).[6] Tổng hợp các dữ liệu trong và ngoài nước cho thấy kỹ thuật Super-mini PCNL hầu như không ảnh hưởng đáng kể đến huyết học và chức năng thận, duy trì được mức an toàn cao trong điều trị sỏi thận qua da.

Trong nghiên cứu này, thời gian lưu dẫn lưu thận sau phẫu thuật phân bố khá đồng đều, với 45,3% bệnh nhân rút dẫn lưu trước 7 ngày, 43,4% trong khoảng 7–10 ngày và chỉ 11,3% kéo dài trên 10 ngày. Phần lớn người bệnh được tháo dẫn lưu sớm trong vòng một tuần mà không gặp biến chứng, phản ánh đặc trưng ít sang chấn của kỹ thuật đường hầm siêu nhỏ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Chung Tuấn Khiêm (2018), khi hơn một nửa bệnh nhân được rút dẫn lưu sớm và không ghi nhận biến chứng liên quan.[6] Tỷ lệ sạch sỏi đạt 72,9% khi ra viện và tăng lên 81,4% sau một tháng, cho thấy hiệu quả cao của kỹ thuật và khả năng tự đào thải mảnh sỏi nhỏ còn sót. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chung Tuấn Khiêm (2018) với tỷ lệ tăng từ 78,6% lên 85,7%.[6] Nhiều

nghiên cứu quốc tế cũng khẳng định hiệu quả của SMP, như Pillai và cộng sự (2021) ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi 98,66%[9], Kankaria và cộng sự (2024) đạt 98%[4], và Guddeti và cộng sự (2020) báo cáo SMP tương đương PCNL tiêu chuẩn (98,66% so với 97,33%).[8] Những kết quả này chứng minh SMP đạt hiệu quả cao trong điều trị sỏi kích thước nhỏ – trung bình, đồng thời duy trì tính an toàn và ít xâm lấn.

Phân tích theo diện tích sỏi cho thấy nhóm $<1,5 \text{ cm}^2$ có tỷ lệ sạch sỏi 94,7%, giảm dần ở nhóm $1,5\text{--}2,5 \text{ cm}^2$ (76,2%) và $>2,5 \text{ cm}^2$ (47,4%), với $p < 0,01$, tương đồng với kết quả của Pillai (2022).[4] Hiệu quả cũng bị ảnh hưởng bởi vị trí sỏi: nhóm S2–S3 đạt 77,8–80%, trong khi S4–S5 thấp hơn rõ rệt, phù hợp với nhận định của Trần Hoài Nam (2023).[7] Ngược lại, mức độ giãn thận trước mổ không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả ($p = 0,51$), cho thấy SMP vẫn hiệu quả trong các trường hợp giãn nhẹ–trung bình. Tuy tiền sử phẫu thuật trước đó có xu hướng làm giảm tỷ lệ sạch sỏi (71,4% so với 50%), nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,12$), chỉ ra rằng các thay đổi giải phẫu sau mổ có thể làm tăng khó khăn kỹ thuật và giảm khả năng làm sạch hoàn toàn sỏi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy kỹ thuật tán sỏi thận qua da bằng đường hầm siêu nhỏ (super-mini PCNL) đạt hiệu quả sạch sỏi cao, đồng thời duy trì mức độ an toàn với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. Thời gian phẫu thuật trung bình là 61,7 phút, chủ yếu chịu ảnh hưởng bởi diện tích và hình thái sỏi, trong khi các yếu tố như độ giãn thận, BMI và tiền sử mổ không tác động đáng kể. Các chỉ số sinh hóa và huyết học sau mổ ổn định, tỷ lệ cần dẫn lưu thận kéo dài hoặc nằm viện dài ngày tương đối thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alelign T, Petros B.** Kidney Stone Disease: An Update on Current Concepts. *Adv Urol*. 2018;2018:3068365. Epub 20180204. doi: 10.1155/2018/3068365. PubMed PMID: 29515627; PubMed Central PMCID: PMC5817324.
2. **Jones P, Elmussareh M, Aboumarzouk OM, Mucksavage P, Somani BK.** Role of Minimally Invasive (Micro and Ultra-mini) PCNL for Adult Urinary Stone Disease in the Modern Era: Evidence from a Systematic Review. *Curr Urol Rep*. 2018;19(4):27. Epub 20180307. doi: 10.1007/s11934-018-0764-5. PubMed PMID: 29516304; PubMed Central PMCID: PMC5842282.
3. **Yang L, Jad A, Wei Z, Yongda L, Wenqi W, Junhong F, et al.** Comparison of super-mini PCNL (SMP) versus Miniperc for stones larger than 2 cm: a propensity score-matching study.

- World Journal of Urology. 2018;36(6):955-61. doi: 10.1007/s00345-018-2197-7.
4. **Kankaria S, Gali KV, Chawla A, Bhaskara SP, Hegde P, Somani B, et al.** Super-mini PCNL (SMP) with suction versus standard PCNL for the management of renal calculi of 1.5 cm–3 cm: a randomized controlled study from a university teaching hospital. World Journal of Urology. 2024; 42(1):257. doi: 10.1007/s00345-024-04954-x.
 5. **Marco N, Giancarlo A, Francesco R, Ester Z, Elisa De L, Boeri L, et al.** Assessment of Effectiveness and Safety of Aspiration-Assisted Nephrostomic Access Sheaths in PCNL and Intrarenal Pressures Evaluation: A Systematic Review of the Literature. Journal of Clinical Medicine. 2024. doi: 10.3390/jcm13092558.
 6. **Chung TK, Nguyễn PQH, Vĩnh T, Nguyễn TK, Phùng TV, Nguyễn LQĐ.** Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp lấy sỏi thận qua da với đường hầm siêu nhỏ. Y Học TP Hồ Chí Minh - Phụ Bản Tập 22, Số 2, 2018 - Nghiên cứu Y học (Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV Bình Dân năm 2018). 2018;22(2 (Phụ bản)):329.
 7. **Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành.** Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. Tạp chí Y học Việt Nam (Vietnam Medical Journal). 2023;533(2):229.
 8. **Guddeti RS, Hegde P, Chawla A, de la Rosette J, Laguna Pes MP, Kapadia A.** Super-mini percutaneous nephrolithotomy (PCNL) vs standard PCNL for the management of renal calculi of <2 cm: a randomised controlled study. BJU Int. 2020;126(2):273-9. Epub 20200731. doi: 10.1111/bju.15144. PubMed PMID: 32619050.
 9. **Pillai SB, Chawla A, de la Rosette J, Laguna P, Guddeti R, Reddy SJ, et al.** Super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) vs retrograde intrarenal surgery (RIRS) in the management of renal calculi ≤ 2 cm: a propensity matched study. World Journal of Urology. 2022; 40(2):553-62. doi: 10.1007/s00345-021-03860-w.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Phùng Dũng Tiến¹, Đặng Chí Tùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thùng túi thừa đại tràng trái là bệnh lý hiếm gặp, tuy nhiên bệnh thường gây nhiễm trùng rất nặng nề với tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [1]. Hiện nay tùy mức độ thùng túi thừa đại tràng, vị trí thùng có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, nhưng đối với thùng túi thừa có viêm phúc mạc phẫu thuật là phương pháp điều trị chính [1], [2]. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 460 trường hợp thùng túi thừa đại tràng trái được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 – 1/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ nam:nữ trong nghiên cứu là 2,1:1. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $56,3 \pm 6,2$ tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc là 51,7%, thời gian từ khi khởi phát tới khi nhập viện trung bình là $2,1 \pm 1,3$ ngày, tỉ lệ bệnh nhân có sốc nhiễm trùng khi nhập viện là 20%. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 11,3%, trong đó tỉ lệ tử vong sau mổ 3%. **Kết luận:** Thùng túi thừa đại tràng là biến chứng nguy hiểm, đặc biệt khi bệnh nhân nhập viện trễ. Phẫu thuật đưa đại tràng chứa lỗ thùng làm hậu môn nhân tạo (HMNT) là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, có thể thực hiện trong thời gian ngắn, an toàn, phù hợp với nhiều cơ sở y tế. **Từ khóa:** Thùng túi thừa đại tràng, sốc nhiễm trùng.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF LEFT-SIDED COLONIC DIVERTICULAR PERFORATION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Left-sided colonic diverticular perforation is a rare condition; however, it often causes severe infection with a high mortality rate if not diagnosed and treated promptly [1]. Currently, depending on the degree and site of perforation, various treatment methods can be applied, but in cases with generalized peritonitis, surgery remains the mainstay of treatment [1], [2]. **Patients and Methods:** A retrospective study was conducted on 460 cases of left-sided colonic diverticular perforation treated surgically at Chợ Rẫy Hospital from January 2020 to January 2025. **Results:** The male-to-female ratio was 2.1:1. The mean age was 56.3 ± 6.2 years. The proportion of patients with comorbidities was 51.7%. The mean interval from symptom onset to hospital admission was 2.1 ± 1.3 days. Septic shock on admission occurred in 20% of cases. The postoperative complication rate was 11.3%, with a postoperative mortality rate of 3%. **Conclusion:** Colonic diverticular perforation is a serious complication, especially in patients presenting late. Surgical creation of a colostomy at the site of perforation is a simple, feasible, time-efficient, safe method suitable for many healthcare settings.

Keywords: Colonic diverticular perforation, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thùng túi thừa đại tràng là một biến chứng nặng nề của bệnh túi thừa đại tràng. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh túi thừa ở Việt Nam chưa cao như

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phùng Dũng Tiến

Email: tranpdtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025