

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim vẫn còn phổ biến (51,02%). Tình trạng này có mối liên hệ chặt chẽ với thời gian mắc bệnh kéo dài, đa bệnh lý, cùng các thói quen ăn uống và lối sống chưa phù hợp của người bệnh. Để nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh suy tim, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng cần được tiếp cận toàn diện, kết hợp giữa chỉ số nhân trắc, công cụ đánh giá chuyên sâu và các yếu tố lâm sàng để xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp. Các cơ sở y tế cũng cần tăng cường tổ chức suất ăn bệnh lý, tư vấn dinh dưỡng và lồng ghép can thiệp cá nhân hóa vào quá trình chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Savarese, G., Becher, P. M., Lund, L. H., Seferovic, P., Rosano, G. M. C., Coats, A. J. S., et al. (2023). Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research*, 118(17), 3272–3287.
2. Hersberger, L., Dietz, A., Bürgler, H., Bargetzi, L., Tribolet, P., Fehr, R., et al. (2021). Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical

- trial. *Clinical Nutrition*, 40(3), 507–513.
3. Carime, A., Awasthi, A., Mathioudakis, N. N., Wang, Y., & Puri, R. (2022). Malnutrition and mortality in congestive heart failure: A retrospective nationwide cohort study. *JACC: Heart Failure*, 10(4), 301–310.
 4. Nguyễn, T. H., & Phạm, M. T. (2022). Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 149(2), 147–154.
 5. Đỗ, T. H., Vũ, T. D., & Nguyễn, T. P. (2023). Thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh suy tim điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022. *Tạp chí Y học Quân sự*, 312(4), 63–70.
 6. Nguyễn, T. M. T., & Nguyễn, V. H. (2021). Tình trạng dinh dưỡng và tần suất tiêu thụ thực phẩm ở người bệnh suy tim điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2020. *Tạp chí Khoa học Y Dược Trà Vinh*, 5(2), 45–52.
 7. Carime, N. A., Cottenet, J., Clerfond, G., Eschalier, R., Quilliot, D., Eicher, J. C., et al. (2022). Impact of nutritional status on heart failure mortality: a retrospective cohort study. *Clinical Nutrition*, 41(8), 1732–1741.
 8. Detsky, A. S., McLaughlin, J. R., Baker, J. P., Johnston, N., Whittaker, S., Mendelson, R. A., & Jeejeebhoy, K. N. (1987). What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN: Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 11(1), 8–13.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ LẤY SỎI THẬN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM SIÊU NHỎ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Khấn¹, Nguyễn Việt Cường¹, Nguyễn Phú Việt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả lấy sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 196 ca bệnh có chỉ định tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến 12/2025. **Kết quả:** Vị trí và kích thước sỏi có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả lấy sỏi ($p < 0,05$). Tỷ lệ sỏi sót cao nhất ở nhóm sỏi san hô toàn bộ và sỏi kích thước >25 mm. Đặc điểm sỏi chồng hình trên phim X-quang hệ tiết niệu (KUB) và sỏi phân bố vào các đài nhỏ cũng liên quan rõ rệt với khả năng sỏi sót ($p < 0,001$), trong khi độ cản quang (HU) không có liên quan. Ngoài ra, thang điểm GUY

càng cao thì tỷ lệ sỏi sót càng tăng ($p < 0,001$). **Kết luận:** Vị trí, kích thước, mức độ phức tạp của sỏi có liên quan với tỉ lệ thành công của kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ. **Từ khóa:** Điều trị sỏi thận, Tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ.

SUMMARY

EVALUATE SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS OF KIDNEY STONE REMOVAL BY ULTRA MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate some factors related to the results of kidney stone removal by ultra mini percutaneous nephrolithotomy at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A prospective study was conducted on 196 cases indicated for ultra mini percutaneous nephrolithotomy at Military Hospital 175 from December 2023 to December 2025. **Results:** The location and size of the stones significantly affected the results of stone removal ($p < 0.05$). The highest rate of stone residual was in the group with staghorn stones and stones with a size of >25 mm.

¹Bệnh viện Quân y 175

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khấn

Email: bs.nguyenvankhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

The characteristics of overlapping stones on KUB and stones distributed in small calyces were also significantly related to the possibility of stone residual ($p < 0.001$), while the Hounsfield Unit (HU) was not related. In addition, the higher the GUY score, the higher the rate of stone residual ($p < 0.001$).

Conclusion: The location, size, and complexity of the stone are related to the success rate of ultra mini percutaneous nephrolithotomy.

Keywords: Kidney stone treatment, ultra mini percutaneous nephrolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu trong đó có sỏi thận là bệnh lý thường gặp ở nước ta và nhiều nước trên thế giới. Hiện nay ở Việt Nam, sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các bệnh lý tiết niệu được điều trị [1]. Gần đây nhờ các tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh cũng như sự cải tiến các dụng cụ nội soi đã tạo nên một cuộc cách mạng trong điều trị sỏi tiết niệu. Kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ (UMP) với kích thước đường hầm dưới 14 French (Fr) có nhiều ưu điểm như khả năng làm sạch sỏi hiệu quả với tỷ lệ thành công cao, đặc biệt là đối với các sỏi ở vùng đài dưới, giảm kích thước tối thiểu của đường hầm, từ đó giảm thiểu tổn thương chủ mô thận và giảm nguy biến chứng [8]. Các báo cáo đã chỉ ra, tỷ lệ thành công của phẫu thuật tán sỏi thận qua da bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như đặc điểm của sỏi, các đặc điểm giải phẫu của thận... [3]. Việc hiểu các yếu tố này là rất quan trọng để tối ưu hóa kết quả trên từng ca bệnh. Hiện nay, bệnh viện Quân y 175 đã triển khai ứng dụng kỹ thuật UMP trong điều trị sỏi thận cho bệnh nhân. Với mục đích nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả lấy sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các ca bệnh với chẩn đoán sỏi thận có chỉ định và được điều trị bằng phương pháp UMP tại Khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Quân y 175 trong khoảng thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Tuổi: từ 18 tuổi trở lên.
- + Thận vẫn còn thải thuốc trên phim chụp cắt lớp vi tính.
- + Điểm ASA ≤ 3 .
- + Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ, tư thế nằm sấp, định vị bằng Xquang hoặc siêu âm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân có suy thận mạn.
- + Bệnh nhân có sỏi thận trên thận bệnh lý: thận đa nang, sỏi nhu mô thận trong bệnh lý sỏi ống thận do bệnh chuyển hóa.
- + Bệnh nhân có sỏi thận kèm hẹp niệu quản hoặc hẹp khúc nối bể thận - niệu quản cần mổ tạo hình (được đánh giá trên hình ảnh chụp thận thuốc cản quang, cắt lớp vi tính trước mổ).
- + Bệnh nhân đang nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng khác.
- + Rối loạn đông máu nặng không thể điều chỉnh.
- + Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc đánh giá kết quả.

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, lấy toàn bộ 196 ca bệnh được chẩn đoán sỏi thận có chỉ định và được điều trị bằng phương pháp UMP tại Khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Quân y 175 trong khoảng thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2025.

Qui trình kỹ thuật: Bệnh nhân sau gây mê nội khí quản được đặt nằm tư thế sản khoa, soi bàng quang đặt thông niệu quản lên thận, vị trí lý tưởng là đài trên thận, đặt thông niệu đạo và cố định.

Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp có đệm gối dưới bụng, bơm cản quang vào thận qua thông niệu quản. Dưới hướng dẫn Carm hoặc siêu âm lựa chọn đài thận cần chọc dò.

Rạch da tại vị trí chọc dò 5mm, dung kim 18 Gauge chọc vào đài thận, lấy nước tiểu cấy khuẩn, luồn dây dẫn vào thận. Dùng bộ nong nhựa 12 Fr tạo đường hầm vào thận, để lại Amplatz, bơm dung dịch NaCl 0.9% qua thông niệu quản để kiểm tra.

Đưa máy soi xác định vị trí, số lượng, kích thước sỏi. Tán sỏi bằng năng lượng laser Holmium thành các mảnh nhỏ, hút các mảnh sỏi vụn. Chụp Carm kiểm tra sạch sỏi, rút thông niệu quản, đặt thông JJ xuôi dòng. Đặt dẫn lưu thận bằng thông Foley 10 Fr. Với các trường hợp không dẫn lưu, dưới ống kính máy soi đưa đầu Amplatz ngang với mép trong của đường hầm vào thận. Dưới Carm đưa đầu Applicator vào và vừa lùi Amplatz vừa bơm keo sinh học để đường hầm.

Bệnh nhân được theo dõi nhằm phát hiện sớm các biến chứng, màu sắc nước tiểu, xét nghiệm huyết đồ ngay sau mổ để đánh giá mất máu, chụp KUB đánh giá sạch sỏi sau mổ 24h. Rút thông niệu đạo sau 24 giờ, các trường hợp có dẫn lưu thận sẽ được rút sau cặp 24-48 giờ.

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 1 tháng để kiểm tra sạch sỏi và rút thông JJ.

Các biến số nghiên cứu:

Trước mổ: tuổi, giới, vị trí sỏi, số lượng sỏi, kích thước sỏi, mức độ ứ nước thận.

Trong mổ: số lượng đường hầm, vị trí đường hầm vào thận, thời gian phẫu thuật, tai biến.

Sau mổ: Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ đánh giá trên phim X-quang ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng, tỷ lệ biến chứng, phân loại tai biến, biến chứng theo bảng phân loại Clavien-Dindo áp dụng với đối tượng tán sỏi qua da.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Đánh giá mối liên quan giữa hai biến phân loại bằng phép kiểm định Fisher's Exact Test, Linear-by-Linear

Association. Phép kiểm định có nghĩa thống kê xác định khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ đã được Hội đồng khoa học Bệnh viện quân Y 175 thông qua. Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện quân Y 175 chấp thuận theo Quyết định số 4307/GCN-HĐĐĐ ngày 30 tháng 10 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

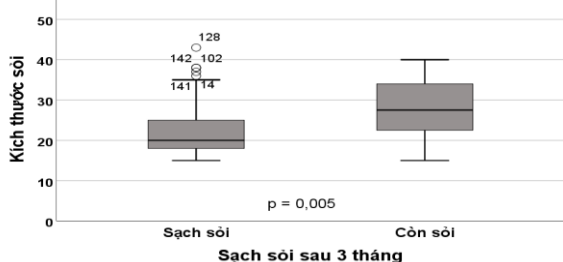
Nghiên cứu trên 196 ca bệnh, chúng tôi ghi nhận: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $52,6 \pm 10,81$ (26 – 76), nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 50 – 59 tuổi với 35,2%. Về giới tính, tỷ lệ nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn, gần gấp đôi nữ giới với 66,8%. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu này là 93,88% sau 3 tháng phẫu thuật.

3.1. Liên quan giữa đặc điểm sỏi và kết quả lấy sỏi

Bảng 3.1. Liên quan giữa vị trí, kích thước, số lượng sỏi và kết quả lấy sỏi

Đặc điểm	Kết quả phẫu thuật		p	
	Sạch sỏi n (%)	Sốt sỏi n (%)		
Vị trí sỏi	Sỏi đài thận đơn thuần (trên, giữa, dưới)	26 (100,00)	0 (0,0)	<0,001
	Sỏi bể thận	58 (100,00)	0 (0,0)	
	Sỏi bể thận + nhiều viên nhỏ	65 (91,43)	6 (8,57)	
	Sỏi bể thận + 1 đài	15 (100,00)	0 (0,0)	
	Sỏi san hô 2 nhánh	15 (83,3)	3 (16,7)	
	Sỏi san hô toàn bộ	5 (62,5)	3 (37,5)	
Số lượng sỏi	1 viên	64 (97)	2 (3,0)	0,151
	2 viên	41 (97,6)	1 (2,4)	
	≥ 3 viên	79 (89,77)	9 (10,23)	

Trong nghiên cứu này, vị trí của sỏi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p < 0,001$. Tỷ lệ sỏi sỏi cao ở nhóm ca bệnh có sỏi nhiều vị trí, sỏi phức tạp nhất là sỏi san hô toàn bộ với 37,5%. Số lượng sỏi không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Liên quan kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi sau 3 tháng (n=196)

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước sỏi trên siêu âm với tỉ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật 3 tháng với $p < 0,05$.

Ghi chú: p theo Mann-Whitney U test

Bảng 3.2. Liên quan giữa đặc điểm sỏi trên X quang và kết quả lấy sỏi

Đặc điểm	Kết quả phẫu thuật		p	
	Sạch sỏi n (%)	Sốt sỏi n (%)		
HU	≤800	15 (100)	0 (0)	0,57
	800-1000	65 (91,5)	6 (8,5)	
	>1000	104 (94,5)	6 (5,5)	
Sỏi chông hình trên KUB	Có	28 (77,78)	8 (22,22)	<0,001
	Không	156(97,50)	4 (2,50)	
Sỏi phân bố vào các đài nhỏ	Có	42 (80,77)	10(19,23)	<0,001
	Không	142(98,61)	2 (1,39)	

Ghi chú: *p theo Fisher's Exact test

Chúng tôi nhận thấy, tỷ trọng của sỏi không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p > 0,05$. Đặc điểm sỏi chông hình trên KUB có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p < 0,001$. Tỷ lệ sỏi sỏi cao hơn ở nhóm ca bệnh có sỏi chông hình trên KUB. Đặc

điểm sỏi phân bố vào các đài nhỏ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p < 0,001$. Tỷ lệ sỏi sỏi cao hơn ở nhóm ca bệnh có sỏi phân bố vào các đài nhỏ.

3.2. Liên quan giữa phân loại theo thang điểm GUY và kết quả lấy sỏi

Bảng 3.3. Liên quan giữa phân loại theo thang điểm GUY và kết quả lấy sỏi

Đặc điểm	Kết quả phẫu thuật		p	
	Sạch sỏi n (%)	Sốt sỏi n (%)		
Thang điểm GUY	1	81 (100,0)	0 (0,0)	<0,001
	2	66 (91,67)	6 (8,33)	
	3	28 (90,32)	3 (9,68)	
	4	9 (75,00)	3 (25,00)	

Ghi chú: *p theo Fisher's Exact test

Phân loại ca bệnh theo thang điểm GUY có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p < 0,001$. Nhóm ca bệnh có điểm số GUY cao hơn có tỷ lệ sỏi sỏi cao hơn.

3.3. Liên quan giữa mức độ ứ nước thận và kết quả lấy sỏi

Bảng 3.4. Liên quan giữa mức độ ứ nước thận và kết quả lấy sỏi

Đặc điểm	Kết quả phẫu thuật		p	
	Sạch sỏi n (%)	Sốt sỏi n (%)		
Mức độ ứ nước	Không	60 (90,91)	6 (9,09)	0,283
	Độ 1	54 (98,18)	1 (1,82)	
	Độ 2	52 (91,23)	5 (8,77)	
	Độ 3	17 (100,0)	0 (0,00)	
	Độ 4	1 (100,0)	0 (0,00)	

Mức độ ứ nước thận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan giữa đặc điểm sỏi và kết quả lấy sỏi.

Trong nghiên cứu này, vị trí của sỏi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p < 0,001$, tỷ lệ sỏi sỏi cao ở nhóm ca bệnh có sỏi nhiều vị trí, sỏi san hô. Nghiên cứu của Goksel Bayar và cộng sự trên 578 bệnh nhân đã được thực hiện tán sỏi thận qua da cho kết quả tỷ lệ thành công trung bình ở sỏi nhiều vị trí, phức tạp là 53% và thấp hơn đáng kể so với sỏi đơn giản [5]. Tương tự, chúng tôi cũng thấy kích thước của sỏi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p < 0,05$. Tỷ lệ sỏi sỏi tăng dần theo mức độ tăng của kích thước sỏi, sỏi có kích thước > 25 mm có tỷ lệ sỏi sỏi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm sỏi kích thước nhỏ hơn. Nghiên cứu của Lê Huy Ngọc và cộng sự trên kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sạch sỏi ở các nhóm

bệnh nhân có kích thước sỏi khác biệt với $p < 0,001$. Hiệu quả sạch sỏi cao nhất ở nhóm kích thước sỏi ≤ 3 (cm) [3]. Một nghiên cứu khác của Olbert và cộng sự trên 109 bệnh nhân tán sỏi thận qua da, sau phân tích hồi quy đơn biến và đa biến cho thấy kích thước sỏi là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật ($p < 0,001$) [7]. Nhìn chung, các nghiên cứu chỉ ra rằng khi kích thước sỏi tăng lên, khả năng sạch sỏi sau phẫu thuật sẽ giảm đi.

Trên hình ảnh Xquang thận, nghiên cứu này cho thấy: Tỷ lệ sỏi sỏi cao hơn ở nhóm ca bệnh có sỏi chông hình trên KUB, tỷ lệ sỏi sỏi cũng cao hơn ở nhóm ca bệnh có sỏi phân bố vào các đài nhỏ, sự liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Những ca bệnh có sỏi chông hình trên KUB, sỏi ở các đài nhỏ là những trường hợp có sỏi phức tạp điều này gây khó khăn cho phẫu thuật viên trong việc kiểm soát, loại bỏ sạch sỏi. Tương tự, nghiên cứu của Lê Huy Ngọc và cộng sự trên kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy những bệnh nhân có sỏi chông hình trên phim KUB hoặc sỏi phân bố vào các đài nhỏ có kết quả sạch sỏi thấp hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [7]. Nghiên cứu của Trịnh Hoàng Hoan cũng cho thấy rằng trong trường hợp sỏi có hình dạng phức tạp, khả năng xảy ra sỏi sỏi có thể cao hơn, có thể phải sử dụng nhiều đường hầm hơn trong quá trình tán sỏi qua da nhằm mục đích tiếp cận và tán hết sỏi [2].

4.2. Liên quan giữa phân loại theo thang điểm GUY và kết quả lấy sỏi.

Để dự báo tốt hơn về kết quả điều trị, kết hợp giữa số lượng và vị trí của sỏi, một số hệ thống tính điểm đã được đề xuất cho mục đích chẩn đoán sỏi trước phẫu thuật là điểm sỏi Guy (2011). Hầu hết các nghiên cứu cả trong nước và quốc tế đều chỉ ra rằng thang điểm GUY là một công cụ quý giá trong việc dự đoán đáp ứng điều trị ở bệnh nhân có sỏi thận. Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có điểm số GUY cao hơn có tỷ lệ sỏi sỏi cao hơn, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương tự, Nghiên cứu của Phùng Anh Tuấn và cộng sự trên 322 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận và điều trị tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy có mối liên quan giữa phân độ sỏi và tỷ lệ sạch sỏi [4]. Nghiên cứu khác của Khalil M. và cộng sự trên 100 bệnh nhân sỏi thận cũng nhận thấy có sự liên quan giữa phân độ sỏi với tỷ lệ sạch sỏi, cần điều trị bổ trợ và biến chứng, tỷ lệ sạch sỏi theo 4 nhóm phân độ Guy lần lượt là 86,5%, 78,6%, 77,3% và 46,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [6].

4.3. Liên quan giữa mức độ ứ nước thận và kết quả lấy sỏi. Mức độ ứ nước thận ở các ca bệnh trong nghiên cứu này không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi với $p > 0,05$. Trong phẫu thuật tán sỏi qua da, việc chọc dò và tạo đường hầm với thận là điều đầu tiên quyết định thành công hay thất bại của kỹ thuật. Tuy vậy, tương tự chúng tôi, một số nghiên cứu đã chứng minh không có sự khác biệt giữa mức độ giãn đài bể thận với tỷ lệ sạch sỏi. Một số ý kiến cho rằng đài bể thận giãn chỉ tạo thuận lợi cho việc chọc dò nhưng lại gây khó khăn trong việc kiểm soát những mảnh sỏi vụn sau khi tán nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả lấy sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ ở 196 ca bệnh sỏi thận có tỷ lệ sạch sỏi là 93,88% sau 3 tháng phẫu thuật, tại Bệnh viện Quân y 175 cho thấy: Vị trí, kích thước, mức độ phức tạp của sỏi có liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật. Ngược lại, các yếu tố số lượng sỏi, độ HU, mức độ ứ nước chưa thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả lấy sỏi của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đức Nguyễn Văn, An Nguyễn Minh.** "Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sạch sỏi sau điều trị sỏi thận san hô qua phương pháp tán sỏi nội soi qua

da đường hầm nhỏ tại bệnh viện đa khoa Saint Paul". Tạp chí Y học Cộng đồng. (2023) 64(5): p. 193-200.

2. **Hoan Trịnh Hoàng, Trung Dương Văn, Sơn Vũ, Thăng Lai Ngọc, và cs.** "Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi đài dưới thận tại Bệnh viện Bưu Điện". Tạp chí Nghiên cứu Y học. (2023) 172(11): p. 87-95.
3. **Ngọc Lê Huy, Hình Trần Văn, Vinh Phạm Quang,** "Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh sỏi thận với kết quả kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 103". Tạp chí Y học Việt Nam. (2024) 534(1): p. 224-228.
4. **Tuân Phùng Anh, Quân Đặng Văn.** "Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh sỏi và kết quả điều trị tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ". Tạp chí Y dược học quân sự. (2021) Số 4-2021: p. 108 -113.
5. **Goksel B., Mustafa K., Mustafa A., Umut S., et al.,** "The effect of stone localization on the success and complication rates of percutaneous nephrolithotomy". Urology journal. (2014) 11(06): p. 1938-1942.
6. **Khalil M., Sherif H., Mohey A., Omar R.** "Utility of the Guy's Stone Score in predicting different aspects of percutaneous nephrolithotomy". African Journal of Urology. (2018) 24(3): p. 191-196.
7. **Peter J., Axel H., Andres J., André S., et al.,** "Pre-and perioperative predictors of short-term clinical outcomes in patients undergoing percutaneous nephrolitholapaxy". Urological research. (2007) 35: p. 225-230.
8. **Abdur R., Shahidul I., Shameem W., Ashif C., et al.,** "Initial Experience of Totally Tubeless Ultra-Mini Percutaneous Nephrolithotomy". Bangladesh Journal of Urology. (2021) 24(2): p. 118-123.

THỰC TRẠNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA E.COLI PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Hoàng Thị Hậu¹, Phùng Thị Khánh Thảo¹, Vũ Thanh Huyền²

TÓM TẮT

E.coli được biết đến là tác nhân phổ biến của nhiều bệnh nhiễm trùng thường gặp trên lâm sàng như nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, hô hấp, nhiễm khuẩn huyết... nhưng lại có diễn biến nặng trên bệnh nhi và tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao. Việc cung cấp thông tin về tình hình kháng kháng sinh của E.coli tại bệnh viện Nhi Hải Dương là rất cần thiết cho các bác sĩ lâm sàng. **Mục**

tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ kháng kháng sinh, tỷ lệ sinh ESBL, tỷ lệ sinh carbapenem của E.coli phân lập được tại bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 167 chủng E.coli, thu thập từ nuôi cấy trên mẫu bệnh phẩm của các bệnh nhi tại bệnh viện Nhi Hải Dương trong 6 tháng đầu năm 2023. Tiến hành kỹ thuật định danh vi khuẩn, kháng sinh đồ, thử nghiệm ESBL bằng khoảng giấy đĩa đôi và thử nghiệm khả năng sinh Carbapenemase bằng kỹ thuật Hodge test. **Kết quả:** E.coli đề kháng cao nhất với ampicillin với tỷ lệ 90,18%, kể đến là trimethoprim-sulfamethoxazole với tỷ lệ 81,97% tuy nhiên E.coli còn nhạy cảm cao với các kháng sinh carbapenem (97%) và amikacin (89,97%). Tỷ lệ đa kháng kháng sinh là 77,25%. Tỷ lệ sinh ESBL và carbapenemase của E.coli lần lượt là 12,57% và 3,59 %. Nghiên cứu cũng cho thấy các chủng sinh ESBL và carbapenem có khả năng kháng

¹Trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Nhi Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Nhung

Email: nhung85@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025