

dày và rò tiêu hóa cao. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 6 (2) 2023:369-374.

7. **Aureo Paulo et al.** Management of duodenal stump fistula after gastrectomy for gastric cancer: Systematic review. World J. Gastroenterol 2015, June 28;21(24): 7571-7576.
8. **Thái Nguyễn Hưng, Phan Văn Linh:** Chẩn

đoán và điều trị hội chứng chàm rỗng da dày sau cắt da dày bán phần do ung thư dạ dày. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 7 (2)-2023:386-390.

9. **Tao Pan et al.** Analysis of risk factors and Prevention strategies for functional delayed gastric emptying in 1243 patients with distal gastric cancer. W J of Surgical Oncology 2020, 18: 320.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HYBRID ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐA TẦNG

Trần Huy Hùng^{1,2}, Cao Hữu Từ²,
Quách Tấn Tài³, Nguyễn Ngọc Khang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, phương pháp phẫu thuật đối với bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng vẫn còn nhiều tranh cãi khá rộng rãi. Phẫu thuật cố định và hàn xương lõi trước (ACDF) kết hợp cùng với đĩa đệm động nhân tạo (CDA) đã ra đời như một phương pháp mới, với nhiều hứa hẹn. Tuy vậy, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả của kỹ thuật mới này. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng và phẫu thuật Hybrid tại Bệnh viện ĐK Gia An 115, trong thời gian từ 12/2024 đến 10/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng cắt ngang, theo dõi dọc. **Kết quả và bàn luận:** Độ tuổi trung bình 60.4 ± 9.6 ; nhóm tuổi mắc bệnh chính là 40-60 tuổi, nam giới là chủ yếu (chiếm 70%). Bệnh khởi phát từ từ, 80% kéo dài trên 01 năm. Đặc điểm lâm sàng chính là tình trạng đau và hạn chế vận động cổ, hội chứng rễ (100%) và hội chứng cột sống (95%), hội chứng tủy (55%). NDI trung bình là 39.18%. mJOA trung bình: 15.45 ± 2.6 . Cobb C2-C7 trung bình là 16.2 ± 10.6 , SVA là 1.88, thấp nhất là 0.43, cao nhất là 3.31. T1-Slope là 27.09 ± 7.6 . Thoái hóa đĩa đệm chủ yếu là độ III. C4, C5, C6 là những vị trí bệnh lý chủ yếu. Tỷ lệ phục hồi tổn thương tủy sau mổ là 79.3%. VAS tay, VAS cổ và mJOA sau mổ lần lượt là 2.35 ± 0.7 , 2.55 ± 0.9 , 17.15 ± 1.2 . Góc Cobb sau mổ trung bình là -22.9 ± 9.2 ($p < 0.05$). T1-S và SVA không có sự khác biệt có ý nghĩa. Mức độ hài lòng sau mổ là 95%. **Kết luận:** Bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng gặp phần lớn ở người cao tuổi, nam giới là chủ yếu. Phẫu thuật Hybrid (HS) cải thiện rõ rệt VAS, mJOA, độ uốn cột sống cổ. HS cho thấy là phẫu thuật rất triển vọng và hiệu quả trong điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng.

Từ khóa: bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, VAS, mJOA

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện TWQĐ 108

³Bệnh viện ĐK Gia An 115

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hùng

Email: hungth.ss108@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

SUMMARY

EARLY RESULT AFTER HYBRID SURGERY IN THE TREATMENT OF MULTI-LEVEL CERVICAL DISC DISEASE

Background: Currently, surgical approach for multilevel cervical disc disease (MCDD) are still widely controversial. Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) combined with cervical disc arthroplasty (CDA) has emerged as a new method with much promise. However, in Vietnam, there has been no research evaluating the results of this new technique. **Object research:** Including 20 patients diagnosed with multi-level cervical disc disease and Hybrid surgery at Gia An 115 General Hospital, from December 2024 to October 2025. **Method research:** Prospective study design, cross-sectional clinical description, longitudinal follow-up. **Result and Discussion:** The average age is 60.4 ± 9.6 ; the main age group with the disease is 40-60 years old, mainly male (70%). The disease starts slowly, 80% lasts for more than 1 year. The main clinical features were pain and limited neck mobility, radicular syndrome (100%) and spinal syndrome (95%) and myelopathy syndrome (55%). The average NDI is 39.18%. The average mJOA: 15.45 ± 2.6 . The average Cobb C2-C7 is 16.2 ± 10.6 , SVA is 1.88, the lowest is 0.43, the highest is 3.31. T1-Slope is 27.09 ± 7.6 . The main disc degeneration is grade III. C4, C5, C6 are the main pathological locations. The rate of postoperative spinal cord injury recovery was 79.3%. The postoperative VAS arm, VAS neck and mJOA were 2.35 ± 0.7 , 2.55 ± 0.9 , 17.15 ± 1.2 , respectively. The mean postoperative Cobb was -22.9 ± 9.2 ($p < 0.05$). T1-S and SVA had no significant difference. Postoperative satisfaction rate was 95%. **Conclusion:** Multi-level cervical disc disease occurs mainly in the elderly, predominantly in men. Hybrid surgery (HS) significantly improved VAS, mJOA, and cervical lordosis. These results indicate that hybrid surgery seems to be a promising, acceptable, and alternative surgical approach for the treatment of multi-level cervical disc disease. **Keywords:** multi-level cervical disc disease, VAS, mJOA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh già hóa dân số toàn cầu hiện nay, các bệnh lý liên quan đến thoái hóa cột

sống ngày càng trở thành một thách thức lớn, có xu hướng gia tăng, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, đồng thời tạo ra gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế và an sinh xã hội. Các bệnh lý đĩa đệm, trong đó thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý khá phổ biến, bệnh có tỷ lệ mắc đứng thứ hai sau thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, ước tính khoảng 18,6 người mắc bệnh/100.000 dân [1]. Bệnh lý có thể khởi phát đột ngột do chấn thương, nhưng đa số diễn biến từ từ do quá trình thoái hóa thay đổi thành phần hóa học và cơ học.

Nhờ lịch sử nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi, ACDF được xem là lựa chọn phẫu thuật đầu tay điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu cơ sinh học gần đây, việc cố định cột sống có xu hướng dẫn đến bệnh lý thoái hóa tăng kế cận (ASD) [2]. Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (CDA) đã được phát triển như một lựa chọn thay thế cho ACDF, với mục tiêu bảo tồn biên độ vận động của cột sống cổ và giảm nguy cơ thoái hóa tăng kế cận (ASD). Tuy nhiên, một số phẫu thuật viên vẫn bày tỏ lo ngại về chất lượng chuyển động của cột sống sau CDA do những thách thức kỹ thuật trong việc đặt đĩa đệm nhân tạo. Bên cạnh đó, việc điều chỉnh cân bằng cột sống cổ khi thực hiện CDA khó khăn hơn so với ACDF [3]. Do vậy, phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo (CDA) kết hợp với cố định cột sống cổ (ACDF), hay còn gọi là phẫu thuật Hybrid (HS), đã được đề xuất như một phương pháp tối ưu trong điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng (MCDD), nhằm giải quyết những hạn chế của các kỹ thuật đơn lẻ trước đó [3].

Gần đây, phẫu thuật Hybrid (HS) mới bắt đầu được triển khai tại các trung tâm phẫu thuật cột sống lớn tại Việt Nam. Cho đến nay, chưa có báo cáo nào đánh giá hiệu quả cũng như tác động của HS đối với cân bằng dọc của cột sống cổ trong điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng (MCDD).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 20 bệnh nhân chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật Hybrid tại Bệnh viện ĐK Gia An 115, trong thời gian từ 12/2024 – 10/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang theo dõi dọc

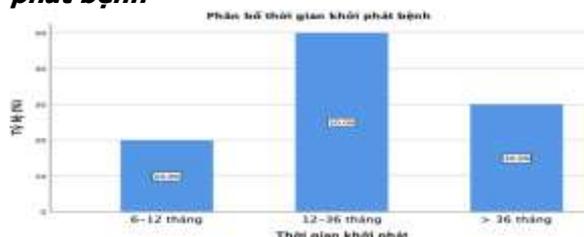
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi và giới tính. NB trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình $60.4 \pm 9,6$; NB có tuổi cao

nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 51 tuổi; nhóm tuổi 40 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 60%, còn lại là trên 60 tuổi (40%). Đặc điểm này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoát vị đĩa đệm, đó là quá trình thoái hóa nhân nhầy bắt đầu từ khi ở độ tuổi ngoài 20 nhưng bệnh lý TVĐĐ cột sống cổ lại thường thấy ở lứa tuổi trung niên, nhất là khoảng 50 tuổi [4]. Kết quả về đặc điểm tuổi trong nghiên cứu phù hợp với đa số các tác giả trong và ngoài nước khi nghiên cứu về bệnh lý cột sống cổ. Trong nghiên cứu có 14/20 là nam giới, chiếm 70%. Điều này là hoàn toàn phù hợp bởi đặc thù lao động, công việc nặng nhọc ở nam giới dẫn đến thoái hóa cột sống đa tầng nhiều và mức độ nặng hơn nữ giới.

Cách khởi phát bệnh và thời gian khởi phát bệnh



Biểu đồ 1. Thời gian khởi phát bệnh

Tất cả các trường hợp đều khởi phát bệnh từ từ theo thời gian, thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 12 – 36 tháng, chiếm 50%, nhóm trên 36 tháng là 30%. Trong đó thì thời gian khởi phát ngắn nhất là 8 tháng, dài nhất là 120 tháng, trung bình là 34,8 tháng. Kết quả này khá tương đồng với các tác giả khác như Sampath P. và cs nghiên cứu đa trung tâm trên 503 trường hợp cho thời gian trung bình 29,8 tháng, sớm nhất là 8 tuần và muộn nhất là 180 tháng. Kokobun năm 1996 thực hiện nghiên cứu đa trung tâm 1155 trường hợp mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấy 41% được mổ sau 12 tháng. Nguyễn Văn Thạch, Hoàng Gia Du trung bình $21,72 \pm 37,05$ tháng [5]. Các nghiên cứu đều cho thấy thời gian khởi phát tương đồng với nhau, bệnh khởi phát từ từ, ít khi do chấn thương, thể hiện rõ bản chất bệnh lý đĩa đệm do quá trình thoái hóa cơ sinh học, hóa học theo thời gian.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng nổi bật là tình trạng đau cổ, hội chứng cột sống và hội chứng rễ có tỷ lệ lần lượt là 95% và 100%, tỷ lệ hội chứng tủy có khoảng một nửa số trường hợp (55%). Dấu hiệu Spurling và L'hermitte có tỷ lệ tương đương nhau là 65% và 60%.

Bảng 1. Phân bố đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng cột sống	19	95

Hội chứng rên	20	100
Hội chứng tủy	11	55
Dấu hiệu Spurling	13	65
Dấu hiệu L'Hermitte	12	60

Mức độ giảm chức năng cột sống cổ (NDI). Maldonado C. V. và cs khi nghiên cứu 190 NB trong đó có NDI trung bình lần lượt là 41,41% và 42,83% [5]. Theo Hoàng Gia Du, có NDI trung bình trước phẫu thuật là $38,56 \pm 21,09\%$ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NDI trung bình là 39,18%, tương đương với các tác giả trên. Như vậy có thể thấy, trong nhóm bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ, mức độ suy giảm chức năng cột sống cổ đa số ở mức độ trung bình.

Mức độ tổn thương tủy theo mJOA. Trước mổ, dùng thang điểm mJOA đánh giá mức độ tổn thương tủy trong hội chứng chèn ép tủy và hội chứng hỗn hợp rên - tủy, chúng tôi có chỉ số JOA trung bình: $15,45 \pm 2,6$ điểm, JOA cao nhất 18 điểm, thấp nhất 9 điểm. Lê Trọng Sanh (2010)

Bảng 2. Mức độ thoái hóa đĩa đệm theo phân độ Pfirrmann

Vị trí đĩa đệm	Độ I (n, %)	Độ II (n, %)	Độ III (n, %)	Độ IV (n, %)	Độ V (n, %)
C2-C3	1 (5.0%)	9 (45.0%)	10 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
C3-C4	0 (0.0%)	8 (40.0%)	12 (60.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
C4-C5	0 (0.0%)	4 (20.0%)	15 (75.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)
C5-C6	1 (5.0%)	4 (20.0%)	8 (40.0%)	7 (35.0%)	0 (0.0%)
C6-C7	1 (5.0%)	3 (15.0%)	12 (60.0%)	4 (20.0%)	0 (0.0%)
C7-T1	3 (15%)	8 (40.0%)	7 (35.0%)	2 (10.0%)	2 (10.0%)

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì chỉ có 2 đĩa đệm độ V ở tầng C7-T1, 6 trường hợp độ I, tiếp đến là 14 đĩa đệm độ IV. Chủ yếu nhiều nhất là độ II và độ III. Độ IV xuất hiện nhiều bắt đầu từ tầng C4-C5, C5-C6, C6-C7. Có thể thấy đây là ba vị trí tầng đĩa đệm bị tổn thương nặng nhất. Điều này là hoàn toàn phù hợp bởi đây là 3 tầng đĩa đệm có biên độ vận động lớn nhất và phải hoạt động nhiều nhất, do đó mức độ thoái hóa cũng nhiều và nặng hơn các tầng khác.

Vị trí bệnh lý đĩa đệm. Trong nghiên cứu chúng tôi có 16 trường hợp thoát vị đĩa đệm cả C5-C6 và C6-C7, chiếm 80%; tiếp theo đó là C4-C5 (50%) và C3-C4 (55%), có 2 trường hợp C7-T1, 1 trường hợp C2-C3. Như vậy có thể thấy rằng bệnh lý đĩa đệm đa tầng thì 03 tầng đĩa đệm bị nhiều nhất cũng là C4-C5, C5-C6 và C6-C7. Điều này là hoàn toàn tương ứng với mức độ thoái hóa đĩa đệm. Nguyên nhân chính gây ra tình trạng bệnh lý đĩa đệm là do cơ chế thoái hóa đĩa đệm.

3.3. Kết quả sớm

Tỷ lệ phục hồi tủy. Có 11 trường hợp có tổn thương tủy, mức độ hồi phục ngay sau phẫu thuật thấp nhất là 45.5%, cao nhất là 100%, mức độ trung bình là 79.3%. Đây là mức phục

hồi rất tốt. Theo nghiên cứu của Ji-Sheng Shi trên 36 bệnh nhân phẫu thuật Hybrid có tỷ lệ hồi phục tủy là 70.8%. Kết quả trên cũng tương đồng với nghiên cứu của Shin và cs [6].

Cân bằng dọc cột sống cổ. Trong nghiên cứu này, hình dáng cột sống khi vào viện có 16 trường hợp ưỡn (80%), có 1 trường hợp gù và 3 trường hợp thẳng. Độ ưỡn cột sống cổ (góc Cobb) trung bình là $16,2 \pm 10,6$, SVA trung bình là 1.88, thấp nhất là 0.43, cao nhất là 3.31. T1-Slope trung bình là $27,09 \pm 7,6$, thấp nhất là 12.4 và cao nhất là 39.6.

Mức độ thoái hóa đĩa đệm (Pfirrmann)

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì chỉ có 2 đĩa đệm độ V ở tầng C7-T1, 6 trường hợp độ I, tiếp đến là 14 đĩa đệm độ IV. Chủ yếu nhiều nhất là độ II và độ III. Độ IV xuất hiện nhiều bắt đầu từ tầng C4-C5, C5-C6, C6-C7. Có thể thấy đây là ba vị trí tầng đĩa đệm bị tổn thương nặng nhất. Điều này là hoàn toàn phù hợp bởi đây là 3 tầng đĩa đệm có biên độ vận động lớn nhất và phải hoạt động nhiều nhất, do đó mức độ thoái hóa cũng nhiều và nặng hơn các tầng khác.

Bảng 3. Kết quả lâm sàng trước và sau mổ

Chi số	Trước mổ (trung bình)	Sau mổ (trung bình)	P (sig.2)
VAS tay	$6,35 \pm 1,1$	$2,35 \pm 0,7$	<0.05
VAS cổ	$5,55 \pm 1,6$	$2,55 \pm 0,9$	<0.05
mJOA	$15,45 \pm 2,6$	$17,15 \pm 1,2$	<0.05

Kết quả bảng 3 cho thấy sự cải thiện rõ rệt kết quả VAS tay: trung bình từ 6.35 xuống còn 2.35, VAS cổ từ 5.55 xuống còn 2.55, mJOA từ 15.45 tăng lên 17.15, tất cả sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê (với $p < 0.05$). Kết quả này là tương đương với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới như Giovanni G., Scott-Young M. và cs., Lee SB và cs. Kết quả của các tác giả trên cũng cho thấy sự cải thiện về VAS, JOA trên nhóm HS là tương đương với ACDF [7] [8].

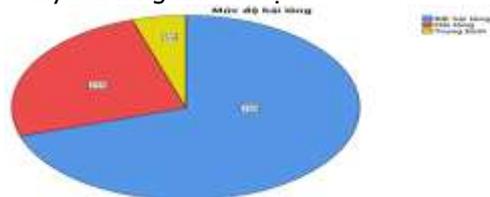
Bảng 4. Kết quả cân bằng dọc cột sống cổ trước và sau phẫu thuật

Chi số	Trước mổ (trung bình)	Sau mổ (trung bình)	P (sig.2)
--------	-----------------------	---------------------	-----------

SVA	1.95 ± 0.7	1.89 ± 0.9	>0.05
Cobb	-16.7 ± 10.6	-22.9 ± 9.2	<0.05
T1-Slope	27.6 ± 7.4	28.3 ± 5.6	>0.05

Dựa vào bảng 4, chúng tôi thấy rằng độ ưỡn cột sống (góc Cobb) có sự thay đổi rõ rệt, độ ưỡn tăng từ -16.7 độ lên -22.9 độ (với $p < 0.05$). Còn hai chỉ số SVA, T1-Slope thì chưa thấy sự khác biệt đáng kể. Kết quả trên là tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới [8]. Điều này có thể lí giải bởi việc đặt đĩa đệm nhân tạo đã mở rộng biên độ góc cho tầng đĩa đệm đó, đồng thời cải thiện độ ưỡn cho toàn bộ cột sống. Việc ngay sau mổ người bệnh còn đau vết mổ, các tổn thương cân cơ dây chằng chưa hồi phục, nên cột sống cổ chưa hoàn toàn vận động tối đa, chưa có yếu tố cân bằng trục cột sống, do vậy chỉ số này cần đánh giá lại với thời gian tái khám dài hơn.

Sau mổ 100% các trường hợp đều phục hồi về hình dạng ưỡn cột sống, không có trường hợp nào bị thất bại dụng cụ. Có 95% người bệnh cảm thấy hài lòng khi ra viện.



Biểu đồ 2. Mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật Hybrid

IV. KẾT LUẬN

Bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng gặp chủ yếu ở người cao tuổi, nam nhiều hơn nữ. Bệnh khởi phát từ từ, thường kéo dài hơn 01 năm. Phẫu thuật Hybrid cải thiện rõ rệt kết quả

VAS tay, VAS cổ, mJOA và độ ưỡn cột sống cổ. Sau mổ chưa ghi nhận sự thay đổi về SVA hay T1-Slope. HS cho thấy là phẫu thuật rất hứa hẹn, có triển vọng và hiệu quả trong điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Radhakrisnan K., Litchy WJ., et al, "Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990," Brain, vol. 117, no. 2, pp. 325-35, 1994.
2. Wu TK, Wang BY., "Multilevel cervical disc replacement versus multilevel anterior discectomy and fusion," Medicine (Baltimore), vol. 96, no. 16, p. e6503, 2017.
3. Shi JS, Lin B., et al., "Clinical and radiological outcomes following hybrid surgery in the treatment of multi-level cervical spondylosis: over a 2-year follow-up," J Orthop Surg Res, vol. 10, p. 185, 2015.
4. Yonenobu K., "Cervical radiculopathy and myelopathy: when and what can surgery contribute to treatment?," Eur Spine J, vol. 9, no. 1, pp. 1-7, 2000.
5. Nguyễn Ngọc Khang, Trần Huy Hùng, và cs., "Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đơn tầng tại Bệnh viện Quân Y 175," Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 548, no. 1, pp. 32-35, 2025.
6. Shi JS, Lin B., et al., "Clinical and radiological outcomes following hybrid surgery in the treatment of multi-level cervical spondylosis: over a 2-year follow-up," Journal of Orthopaedic Surgery and Research, vol. 10, p. 185, 2015.
7. Lee S.B, Cho K.S., et al, "Hybrid Surgery of Multilevel Cervical Degenerative Disc Disease : Review of Literature and Clinical Results," J Korean Neurosurg Soc, vol. 52, pp. 452-458, 2012.
8. Chen et al., "Cervical sagittal balance after consecutive three-level hybrid surgery versus anterior cervical discectomy and fusion: radiological results from a single-center experience," Journal of Orthopaedic Surgery and Research, vol. 18, p. 345, 2023.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Thị Kiều Anh¹, Trần Phương Y⁶¹,
Phan Thị Hà Linh¹, Trần Thị Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 205 trẻ mắc bệnh sỏi điều trị nội trú tại

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: kieuanh@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 13.01.2026

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian 6 tháng (10/2024 đến 03/2025) nhằm mô tả khái quát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sỏi trẻ em hiện nay. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Trẻ mắc sỏi dưới 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao 48,8%; số trẻ chưa tiêm vắc xin sỏi là 63,7%; tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là sốt (100%), phát ban điển hình sỏi (100%), ho (90,2%), viêm kết mạc (85,4%). PCR sỏi dương tính ở 90,2%. Tỷ lệ biến chứng của bệnh sỏi trẻ em là