

được đưa ra như sau: Tổ chức giáo dục sức khỏe cho sản phụ, thai phụ tại bệnh viện, các phòng khám, tuyến y tế cơ sở khi đi khám thai, sinh nở và tại cộng đồng. Tổ chức các lớp học về NCBSM, nâng cao kiến thức về lợi ích, kỹ thuật thực hành cho con bú và chế độ dinh dưỡng. Hướng dẫn bà mẹ đọc sách và tài liệu hướng dẫn về NCBSM. Tăng cường thực hiện kết nối với cộng đồng với sản phụ, thai phụ: Tham gia các nhóm hỗ trợ trên mạng xã hội hoặc diễn đàn trực tuyến nơi các bà mẹ chia sẻ kinh nghiệm, câu chuyện và lời khuyên khuyến khích về NCBSM. Tư vấn từ chuyên gia: Gặp gỡ bác sĩ nhi khoa hoặc chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn và giải đáp các thắc mắc liên quan đến NCBSM.

V. KẾT LUẬN

Qua NC 400 sản phụ được chăm sóc tại Khoa Sản thường Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 6/2025 đến tháng 7/2025 cho thấy sản phụ có kiến thức đúng về NCBSM có tỷ lệ cao với 85,5%. Tuy nhiên vẫn còn 14,5% sản phụ có kiến thức chưa đúng. Vì vậy, cần có những biện pháp thích hợp nhằm cung cấp kiến thức về NCBSM đến các bà mẹ một cách đầy đủ và toàn diện hơn như: Tổ chức giáo dục sức khỏe cho sản phụ, thai phụ tại bệnh viện, các phòng khám, tuyến y tế cơ sở khi đi khám thai, sinh nở và tại cộng đồng. Tổ chức các lớp học về nuôi con bằng sữa mẹ. Hướng dẫn sản phụ cách cập nhật kiến thức về NCBSM trên các nguồn thông

tin có độ tin cậy cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Dũng** (2014), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại xã Ngọc Hồi, huyện Thanh Trì, Hà Nội, Trường Đại học Y tế công cộng.
2. **Nguyễn Thị Thu Hiền** (2015), Kiến thức và thực hành về nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại xã Lê Hồng Thanh Miện, Hải Dương, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
3. **Trần Anh Huy** (2000), Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi của các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ từ 0 đến 24 tháng tuổi ở xã Giai Xuân thành phố Cần Thơ, Trường Đại học Cần Thơ.
4. **Phạm Thị Diễm My** (2017), Khảo sát kiến thức và một số yếu tố liên quan về nuôi con bằng sữa mẹ của bà mẹ sau sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017, Đại học Tây Đô.
5. **Trần Thị Nhi, Mai Thị Nguyệt và Vũ Thị Nhung** (2021), "Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh tại khoa Sản ở Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh Lạng Sơn", Tạp chí Y học Việt Nam. 504(1).
6. **Lê Thị Yến Phi** (2009), Kiến thức, thái độ và thực hành về nuôi con bằng sữa mẹ của sản phụ sau sanh tại Bệnh viện Hùng Vương, Phòng điều dưỡng bệnh viện Hùng Vương.
7. **Tổ chức Y tế Thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc** (1993), Khóa học về tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.
8. **Masters, M., & Masters, M.** (2022, December 16). Newborn Baby Week 1: Milestones and Development. What to Expect. <https://www.whattoexpect.com/first-year/month-by-month/week-1.aspx>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN ĐƯỢC NỘI SOI TÁN SỎI THẬN - NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN QUẢ ỐNG SOI MỀM SỬ DỤNG NĂNG LƯỢNG HOLMIUM LASER TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Mai Tiến Dũng¹, Đinh Ngọc Hà¹, Đặng Ngọc Hanh¹,
Nguyễn Trần Thành¹, Nguyễn Huy Hiệu¹, Trần Hoài Nam¹,
Nguyễn Thế Anh¹, Chu Văn Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân được nội soi tán sỏi thận, niệu quản 1/3 trên quả ống soi mềm sử dụng năng lượng Holmium laser tại bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp NC:** Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản được điều trị

bằng kỹ thuật tán sỏi nội soi ngược dòng bằng ống soi mềm tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân như sau; Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là 52,02 ± 11,15 tuổi, trong đó độ tuổi từ 40-60 chiếm đa số (60,2%). Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là khoảng 2,25/1. Đa số bệnh nhân (75%) không có tiền sử can thiệp sỏi tiết niệu cùng bên. Lý do vào viện phổ biến nhất là đau âm ỉ vùng thắt lưng (28,1%), tiếp theo là cơn đau quặn thận (21,9%) và tình cờ phát hiện (21,9%). Đặc điểm cận lâm sàng; Xét nghiệm máu: 100% bệnh nhân có Ure trong giới hạn bình thường và 78,1% có Creatinin bình thường. 37,5% bệnh nhân có chỉ số bạch cầu tăng (>10 G/L). Xét nghiệm cấy khuẩn nước tiểu trước mổ: Có 5

¹Bệnh viện 19 - 8

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Hà
Email: bshadn@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.11.2025
Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025
Ngày duyệt bài: 9.01.2026

trường hợp cấy nước tiểu phát hiện có vi khuẩn, vi khuẩn phân lập đều là E. coli. Chẩn đoán hình ảnh: Thận ứ nước độ II chiếm tỉ lệ cao nhất (46,9%), tiếp đến là độ I (40,6%). Không có trường hợp ứ nước độ III, IV. Về vị trí, sỏi ở nhiều vị trí chiếm đa số (56,2%), sỏi niệu quản 1/3 trên chiếm 21,9%. Về kích thước, nhóm sỏi từ 10-20mm chiếm tỉ lệ cao nhất (68,8%). Về đặc điểm giải phẫu đài bể thận, 78,1% bệnh nhân có độ dài đài dưới thận \leq 30mm và 100% có độ rộng cổ đài dưới $>$ 5mm. **Kết luận:** Đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng trước phẫu thuật là một trong những bước quan trọng. Điều này bao gồm: (1) đánh giá kích thước và vị trí của sỏi: Sỏi có kích thước lớn ($>$ 2cm) hoặc nằm ở vị trí phức tạp có thể cần nhiều lần tán sỏi, hoặc kết hợp với các phương pháp khác, (2) tình trạng giải phẫu đường tiết niệu: Bất thường về giải phẫu như hẹp niệu quản, hẹp cổ đài thận, hay có van niệu đạo sau đều có thể ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi, (3) Tình trạng nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần được điều trị ổn định trước phẫu thuật để tránh biến chứng.

Từ khóa: nội soi tán sỏi ống mềm

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING FLEXIBLE URETEROSCOPY WITH HOLMIUM LASER LITHOTRIPSY FOR UPPER URETERAL AND KIDNEY STONES AT HOSPITAL 19-8

Objective: To study the clinical and subclinical characteristics of patients undergoing flexible ureteroscopy with Holmium laser lithotripsy for upper ureteral and kidney stones at Hospital 19-8. **Subjects and methods:** Patients diagnosed with kidney stones and/or ureteral stones treated with retrograde intrarenal surgery using a flexible scope at Hospital 19-8 from January 2025 to June 2025. **Results:** Through a study of 32 patients; General characteristics of the study sample: The average age was 52.02 ± 11.15 years, with the 40-60 age group accounting for the majority (60.2%). The male/female patient ratio was approximately 2.25/1. The majority of patients (75%) had no history of ipsilateral urinary stone intervention. The most common reasons for admission were dull flank pain (28.1%), followed by renal colic (21.9%) and accidental detection (21.9%). Subclinical characteristics; Blood tests: 100% of patients had Urea within the normal range and 78.1% had normal Creatinine. 37.5% of patients had an elevated white blood cell (WBC) count ($>$ 10 G/L). Preoperative urine culture test: There were 5 cases with positive urine cultures; the isolated bacteria was E. coli in all cases. Diagnostic imaging: Grade II hydronephrosis accounted for the highest rate (46.9%), followed by Grade I (40.6%). There were no cases of Grade III or IV hydronephrosis. Regarding location, stones in multiple locations were the majority (56.2%), and upper ureteral stones accounted for 21.9%. Regarding size, the 10-20mm stone group had the highest rate (68.8%). Regarding the anatomical characteristics of the pelvicalyceal system, 78.1% of patients had a lower calyx length \leq 30mm and 100% had a lower calyx infundibular width $>$ 5mm.

Conclusion: A thorough preoperative clinical assessment is one of the important steps. This includes: (1) assessing the size and location of the stone: Large stones ($>$ 2cm) or those in complex locations may require multiple lithotripsy sessions or combination with other methods, (2) the anatomical status of the urinary tract: Anatomical abnormalities such as ureteral stricture, infundibular stenosis, or posterior urethral valves can all affect the lithotripsy results, (3) Infection status: urinary tract infections need to be stabilized before surgery to avoid complications. **Keywords:** Flexible ureteroscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh phổ biến trên thế giới, chiếm 1% đến 15% dân số, tần suất mắc bệnh phụ thuộc vào tuổi, giới tính, chủng tộc và vị trí địa lý. Với sự ra đời của các phương pháp điều trị ít xâm lấn, hầu hết các trung tâm tiết niệu trên toàn thế giới báo cáo phẫu thuật mở điều trị sỏi thận chỉ còn từ 1 đến 5,4% các trường hợp (TH) [1].

Nội soi tán sỏi ngược dòng bằng ống soi mềm - Flexible Ureteroscopy (FURS) là một bước đột phá trong điều trị sỏi thận và niệu quản. Trên thế giới, kỹ thuật này bắt đầu được phát triển vào những năm 1980. Tại Việt Nam, FURS được du nhập và phát triển muộn hơn. Bệnh viện Bình Dân là một trong những cơ sở tiên phong áp dụng kỹ thuật này. Theo thống kê của Bệnh viện Bình Dân, số ca phẫu thuật FURS đã tăng 2-3 lần mỗi năm trong giai đoạn 2015-2020, cho thấy mức độ ứng dụng ngày càng rộng rãi của kỹ thuật này.

Mặc dù FURS là một phương pháp hiệu quả và ít xâm lấn, nhưng việc chỉ định đúng BN là yếu tố quyết định sự thành công. Một NC của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (2021) đã chỉ ra rằng, việc đánh giá lâm sàng đầy đủ trước phẫu thuật FURS giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi lên hơn 85% và giảm tỉ lệ biến chứng xuống dưới 5% [2].

Do vậy chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân được nội soi tán sỏi thận, niệu quản 1/3 trên qua ống soi mềm sử dụng năng lượng Holmium laser tại bệnh viện 19-8*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN được chẩn đoán sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản được điều trị bằng kỹ thuật FURS tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế NC: Tiến cứu, mô tả phân tích các ca lâm sàng.

- Cỡ mẫu: Tất cả các ca lâm sàng được chỉ định FURS trong thời gian NC và đồng ý tham gia NC.

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Thu thập số liệu qua thăm khám, kết quả xét nghiệm (XN), hồ sơ bệnh án. Các số liệu NC được thu thập, phân tích theo những quy tắc thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

3.1.1. Độ tuổi. 32 BN có độ tuổi 52,02 ± 11,15 tuổi (20-86 tuổi), độ tuổi tập trung từ 40-60 tuổi (60,2%).

3.1.2. Giới tính. Tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ ~ 2,25/1, tỷ lệ mắc sỏi ở thận phải và trái tương đồng không có sự khác biệt.

3.1.3. Tiền sử can thiệp sỏi tiết niệu cùng bên

Bảng 1. Tiền sử can thiệp sỏi tiết niệu cùng bên

Tiền sử	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không can thiệp	24	75
TSNCT	1	3,1
Mổ mở lấy sỏi thận, niệu quản	1	3,1
NSNQ	2	6,2
NSTSQD	3	9,3
NSNQ + NSTSQD	0	0
PTNS lấy sỏi NQ	1	3,1
NS đặt JJ	0	0
Tổng	32	100

3.1.4. Lý do vào viện

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đau âm ỉ vùng thắt lưng	9	28,1
Cơn đau quặn thận	7	21,9
Tiểu rắt, tiểu buốt	2	6,2
Tiểu máu	2	6,2
Sốt	5	15,6
Tình cờ phát hiện	7	21,9
Tổng	32	100

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Bảng chỉ số xét nghiệm bạch cầu, ure, creatinin

Bảng 3. Chỉ số XN bạch cầu, ure, creatinin

Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
BC	Tăng (>10 G/L)	12	37,5
	Bình thường	20	62,5
	Trung bình	11,61±7,3	(5,8-28)
Ure	Tăng	0	0
	Bình thường	32	100
	Trung bình	6,48±1,42	(3,6-8,7)
Creatinin	Tăng	7	21,9
	Bình thường	25	78,1
	Trung bình	97,67±20,3	(65-275)

3.2.2 Kết quả cấy vi khuẩn nước tiểu



■ Âm tính ■ Dương tính

Biểu đồ 1. Kết quả cấy nước tiểu

Có 5 TH cấy nước tiểu có vi khuẩn, trong đó có 3 TH ứ mù thận phải nội soi đặt JJ cấp cứu.

3.2.3. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

Bảng 4. Phân độ ứ nước thận

Phân độ ứ niệu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không ứ nước	4	12,5
Độ I	13	40,6
Độ II	15	46,9
Độ III	0	0
Độ IV	0	0
Tổng	32	100

Phân loại vị trí sỏi

Bảng 5. Phân loại vị trí sỏi

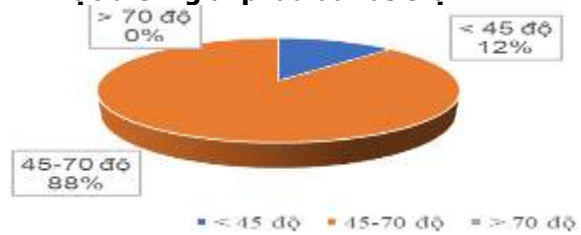
Vị trí sỏi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bể thận	5	15,6
Đài trên	0	0
Đài giữa	1	3,1
Đài dưới	1	3,1
Niêu quản 1/3 trên	7	21,9
Nhiều vị trí	18	56,2
Tổng	32	100

Phân loại kích thước sỏi

Bảng 6. Phân loại kích thước sỏi

Kích thước sỏi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm I < 10mm	7	21,9
Nhóm II 10-20mm	22	68,8
Nhóm III > 20mm	3	9,3
Tổng	32	100

Đặc điểm giải phẫu đài bể thận



■ < 45 độ ■ 45-70 độ ■ > 70 độ

Biểu đồ 2. Kết quả CLVT hoặc UIV góc bể thận – đài thận

Bảng 7. Độ dài đài thận và độ rộng cổ đài dưới

Đặc điểm giải phẫu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Độ dài đài dưới thận	≤30mm	25	78,1
	>30mm	7	21,8
Độ rộng cổ đài dưới	≤5mm	0	0
	>5mm	32	100
Tổng	32	100	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tổng phân tích máu ngoại vi. Đa số các BN của chúng tôi có chỉ số bạch cầu (BC) trong giới hạn bình thường với 66,7% (Bảng 3); trị số BC trung bình là 11,61 ±7,3 (5,8-28G/L), có 20 TH có chỉ số BC bình thường, 12 TH (37,5%) có BC tăng với BC đa nhân trung tính chiếm ưu thế, có 5 TH có BC trên 20G/L và cấy vi khuẩn nước tiểu ra E. coli. Trong số 5 BN nhiễm E. coli có 03 BN ứ mủ thận phải đặt JJ cấp cứu. Theo tác giả Ngô Quốc Thắng (2016) [4] thì đa số BN có chỉ số huyết học bình thường, một số có chỉ số hồng cầu giảm nhẹ, 20% BN có BC tăng nhẹ. Tương tự, NC của Nguyễn Nhật Tín (2020) [3] có 30 TH (83,4%) BC trong giới hạn bình thường, 6 TH (16,6%) BC tăng; Nguyễn Việt Hiếu (2021) [4] thì tỉ lệ BC máu tăng là 22,8%.

4.2. Ure, creatinin máu. Ure máu là một XN mang tính định hướng theo dõi. Khác với ure, creatinin máu phản ánh khá chính xác tình trạng chức năng thận. Tuy nhiên creatinin máu vẫn có một số hạn chế đó là vẫn còn phụ thuộc vào khối lượng cơ của BN, không đánh giá chức năng của từng thận riêng rẽ, do đó khi một thận có giảm chức năng và thận bên kia có hoạt động bù trừ thì vẫn không phát hiện giảm chức năng thận trên XN. Do đó NC của chúng tôi sử dụng ure, creatinin máu chỉ mang tính chất định hướng để đánh giá sơ bộ chức năng thận. Đa số BN trong NC của chúng tôi (Bảng 3) có XN ure, creatinin máu trong giới hạn bình thường, cụ thể: 100% BN đều có nồng độ ure máu trong giới hạn bình thường, trị số trung bình là 6,48±1,42 (3,6-8,7mmol/L). Nồng độ creatinin máu trung bình là 97,67 ±20,3 umol/l, thấp nhất là 65 umol/l và cao nhất là 169 umol/l. Chỉ có 02 TH creatinin máu tăng nhẹ (157 và 169 umol/l), TH này có tiền sử tăng huyết áp kéo dài trước đó, thận ứ nước độ 2 do sỏi bể thận chèn ép.

NC của Trần Trọng Lực (2018) [5] trên 32 BN thì tỉ lệ tăng creatinin trước mổ là 6,3%. Tương tự, Đặng Văn Duy (2018) [6]: chức năng thận bình thường chiếm 93,4%; có 3,3% suy thận độ 1; 3,3% suy thận độ 2; không có BN nào suy thận độ 3, độ 4; Nguyễn Việt Hiếu (2021) [4] chỉ có 2 BN có creatinin máu tăng (3,5%), không có TH nào có thận đơn độc; Nguyễn Nhật Tín (2020) [3]: có 34 TH ure máu trong giới hạn bình thường (94,4%), 28 TH creatinin máu trong giới hạn bình thường (77,8%). Như vậy, chức năng thận bình thường trong NC của chúng tôi là có cao hơn so với các NC khác, điều này một phần là do chúng tôi chỉ chọn những TH thận ứ nước tối đa độ 2, sỏi thận

đơn giản và loại trừ các TH chức năng thận mang sỏi giảm nặng hoặc mất chức năng.

4.3. Xét nghiệm nước tiểu. Tất cả BN trong NC của chúng tôi đều được làm XN tổng phân tích nước tiểu và cấy vi khuẩn nước tiểu. Tuy nhiên, XN tổng phân tích nước tiểu chưa đủ để kết luận có nhiễm khuẩn niệu, cần phải có thêm các triệu chứng sau: biểu hiện lâm sàng (sốt, rét run, đau vùng thận), nitrite (+) và đặc biệt là cấy nước tiểu phân lập được vi khuẩn thì mới kết luận là nhiễm khuẩn niệu. Theo Biểu đồ 1, có 5 TH (15,6%) có mọc vi khuẩn, cả 5 TH đều nhiễm E. coli.

NC của Nguyễn Khoa Hùng (2015) [7] thì tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 2,5%; Đoàn Quốc Huy (2016) có 14,7% TH nhiễm E. coli, được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, cấy lại âm tính trước khi tán sỏi; Tác giả Nguyễn Việt Hiếu (2021) [4] không thực hiện cấy khuẩn niệu có hệ thống và đối với những TH có trong nước tiểu (trên XN tổng phân tích nước tiểu) thì đều cho điều trị kháng sinh trước khi tiến hành tán sỏi.

4.4. Chẩn đoán hình ảnh

4.4.1. Độ ứ nước thận. Theo Bảng 4, dựa trên kết quả siêu âm và chụp UIV hoặc chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu đồng nhất mức độ ứ nước thận. Trong NC, thận ứ nước độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất với 46,9%; thận ứ nước độ 1 chiếm 40,6% và có 4 TH (12,5%) không ứ nước.

Bảng 7. So sánh mức độ ứ nước thận

NC	Năm	Độ ứ nước thận (%)			
		Không ứ nước	Độ I	Độ II	Độ III
Trần Trọng Lực [5]	2017	18,8	37,5	43,7	
Đặng Văn Duy [6]	2018	34,4	49,1	14,7	1,8
Nguyễn Nhật Tín [3]	2020	22,2	25	30,6	22,2
Nguyễn Việt Hiếu [4]	2021	8,8	36,8	50,9	3,5
Hoàng Long [2]	2022	27,4	72,6		
Chúng tôi	2025	12,5	40,6	46,9	0

Nhiều NC (bảng 7) đã cho thấy rằng mức độ ứ nước của thận có mối liên quan với tỉ lệ sạch sỏi và tỉ lệ TB-BC của phẫu thuật. Việc thận ứ nước nhiều cũng là một yếu tố gây thất bại trong quá trình tán vì viên sỏi dễ dàng di chuyển làm cho việc tìm, cố định và tán sỏi khó khăn, đồng thời ảnh hưởng đến kết quả lâu dài của phẫu thuật do khả năng đào thải sỏi giảm cùng khả năng cải thiện chức năng thận sau mổ.

4.4.2. Vị trí và kích thước sỏi

Bảng 8. So sánh vị trí sỏi trong các nghiên cứu

NC	Năm	Vị trí sỏi
Trần Trọng Lực [5]	2017	Bể thận (84,4%); Đài trên (6,2%); Bể thận-đài trên (9,4%)

Đặng Văn Duy [6]	2018	Bể thận (100%)
Al-Hamdani HA [8]	2021	Bể thận (100%)
Hoàng Long [2]	2022	Niệu quản (9,5%); Bể thận (13,1%); Đài thận (31%); Niệu quản + đài thận (28,6%); Bể thận + đài thận (17,9%)
Chúng tôi	2025	Bể thận (15,6%); Đài giữa (3,1%); Đài dưới (3,1%), Niệu quản trên (21,9%); Nhiều vị trí (56,2%)

Theo bảng 5, bảng 6 và bảng 8 sỏi nhiều vị trí chiếm tỉ lệ cao nhất (58,33%), trong đó đa phần là sỏi niệu quản 1/3 trên kết hợp sỏi đài dưới thận; sỏi đơn độc bể thận 5 TH (15,6%) và sỏi niệu quản 1/3 trên 7 TH (21,9%).

Bảng 9. So sánh kích thước sỏi trong các nghiên cứu

Tác giả	Năm	N	Kích thước sỏi (mm)
Đặng Văn Duy [6]	2018	61	19,9 (12-30)
Nguyễn Việt Hiếu [4]	2021	57	12,5 ± 3,5 (5-19)
Al-Hamdani HA [8]	2021	50	21,8 (13-27)
Hoàng Long [2]	2022	84	12,6 ± 3,3
Chúng tôi	2025	32	14,9 ± 5,3 (8-26)

Kích thước sỏi (bảng 9) là một trong những tiêu chí quan trọng để lựa chọn phương pháp điều trị. Theo khuyến cáo của EAU [1] thì FURS ưu tiên chỉ định cho sỏi thận kích thước dưới 20mm, với sỏi kích thước trên 20mm thì lựa chọn lấy sỏi qua da. NC của Hoàng Long [2] (2022), tỉ lệ có 1 viên sỏi là 53,5% và nhiều viên là 46,5%. Tác giả Đặng Văn Duy [6] (2018) và Al-Hamdani HA [8] (2021) thì 100% lựa chọn chỉ định cho sỏi bể thận.

4.3. Các chỉ số giải phẫu thận. Trong NC của tác giả Elbahnasy [9] (1998), ông chia BN làm 3 nhóm điều trị sỏi đài dưới, tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT) (nhóm 1), tán sỏi thận qua da (TSQD) (nhóm 2) và nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm (FURS) (nhóm 3). Ông kết luận rằng, bằng cách xem xét kích thước, thành phần sỏi và đặc điểm giải phẫu của cổ đài dưới (LIP, IL, IW), có thể lựa chọn một trong ba cách trên, đem lại hiệu quả cao nhất cho BN. BN có yếu tố giải phẫu thuận lợi (LIP > 70°, IL ≤ 3 cm và IW > 5 mm) nên chọn tán sỏi ngoài cơ thể cho sỏi đài dưới. Ngược lại, trong số 42% BN của tác giả với sỏi đài dưới ≤ 17 mm và yếu tố giải phẫu học không thuận lợi (tức là, LIP < 70°, IL > 3 cm và IW ≤ 5 mm hoặc LIP < 70° và IL > 3 cm), lấy sỏi thận qua da hay nội soi niệu quản ngược dòng có thể là chọn lựa đầu tiên hợp

lý cho BN. Các yếu tố LIP, IL và IW xuất hiện đơn độc hay kết hợp, tác động không có ý nghĩa thống kê trên kết quả của lấy sỏi thận qua da và nội soi niệu quản - thận ngược dòng.

Tác giả Resorlu B [10] (2012), cũng cho thấy ảnh hưởng của giải phẫu hệ thống đài bể thận đến tỉ lệ thành công của kỹ thuật này qua NC trên 47 BN sỏi đài dưới thận. Tỉ lệ thành công là 87,5%, (7/9 bệnh nhân) ở những BN với góc đài dưới bể thận rộng hơn 90°, 74,3% (26/35 BN) khi góc này dao động trong khoảng 30° và 90°. Ở những BN với góc này giữa 30° và 90°, tỉ lệ thành công 88,2% khi chiều dài của cổ đài dưới ngắn hơn 3 cm và chỉ có 61,1% khi cổ đài dưới trên 3 cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN có sỏi đài dưới, 18 TH sỏi nhiều vị trí mà góc bể thận - đài dưới trung bình là 53,1±12,6mm. Chiều dài đài thận có sỏi trung bình là 29±1,6 mm và chiều rộng cổ đài có sỏi trung bình là 10,41±2,1 mm.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng trước phẫu thuật là một trong những bước quan trọng. Điều này bao gồm: (1) đánh giá kích thước và vị trí của sỏi: Sỏi có kích thước lớn (>2cm) hoặc nằm ở vị trí phức tạp có thể cần nhiều lần tán sỏi, hoặc kết hợp với các phương pháp khác, (2) tình trạng giải phẫu đường tiết niệu: Bất thường về giải phẫu như hẹp niệu quản, hẹp cổ đài thận, hay có van niệu đạo sau đều có thể ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi, (3) Tình trạng nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần được điều trị ổn định trước phẫu thuật để tránh biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Turk C., Neisius A., Petrik A., Seitz C., Skolarikos A. et al.** (2021), "EAU Guidelines on Urolithiasis", European Association of Urology Guidelines.
- Hoàng Long, Trần Quốc Hòa, Chu Văn Lâm và cộng sự,** Hiệu quả ứng dụng nội soi ngược dòng ống mềm điều trị sỏi thận. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(4), 213-220
- Nguyễn Nhật Tín** (2020), "Đánh giá sự thay đổi một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sau nội soi thận ngược dòng điều trị sỏi thận với ống bán cứng", Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
- Nguyễn Việt Hiếu** (2021), "Đánh giá kết quả điều trị sỏi bể thận bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng laser Holmium tại Bệnh viện Quận y 103", Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Học viện Quân y.
- Trần Trọng Lực** (2017), "Đánh giá kết quả tán sỏi bằng Laser điều trị sỏi thận bằng nội soi niệu quản với ống soi bán cứng tán sỏi bằng Laser", Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.

6. **Đặng Văn Duy** (2018), "Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nội soi tán sỏi bể thận ngược dòng bằng ống soi bán cứng", Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh, Nguyễn Nhật Minh** (2015), "Soi niệu quản - thận bằng ống soi nửa cứng điều trị sỏi thận", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 19, số 4, tr. 295-301.
8. **Al-Hamdani HA., Alwan HK., Sadeq AF.** (2021), "Efficacy of retrograde intra renal surgery (RIRS) in the treatment of renal pelvic stone by using Holmium YAG laser in Al-Muthanna province", Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(3), ISSN 2651-4451.
9. **Elbahnasy AM, Clayman RV, Shalhav AL, et al.** Lower-pole caliceal clearance after shockwave lithotripsy, percutaneous nephrolithotomy, and flexible ureteroscopy: impact of radiographic spatial anatomy. J Endourol. Apr 1998;12(2):113-9.
10. **Resorlu B, Oguz U, Resorlu E. B, Oztuna D, Unsal A.** The impact of pelvic anatomy on the success of retrograde intrarenal surgery in patients with lower pole renal stones. Urology. Jan 2012;79(1):61-6.

TÌNH HÌNH ĐỒNG NHIỄM EPSTEIN-BARR VIRUS VỚI HELICOBACTER PYLORI CỦA NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2025

Đào Thanh^{1,3}, Trần Thị Như Lê^{1,2}, Nguyễn Thị Như Mai¹,
Bùi Hoài Niệm¹, Đinh Xuân Hải³, Huỳnh Quang Minh⁴,
Nguyễn Văn Khoa⁵, Trần Công Minh⁶, Đinh Thị Hồng Phúc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư phổ biến đứng thứ năm trên toàn thế giới về số ca mắc và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ tư sau ung thư phổi, ung thư gan, ung thư đại trực tràng[5]. Nguyên nhân gây ung thư dạ dày có thể do nhiều nguyên nhân nhưng đồng nhiễm Epstein-Barr (EBV) và Helicobacter pylori đã được xem là tác nhân gây ung thư nhóm I, có liên quan chặt chẽ với khối u ác tính ở người[2]. Xác định mối liên quan đồng nhiễm giữ vai trò trọng trong việc điều trị, dự phòng các bệnh lý dạ dày, đặc biệt là ung thư dạ dày, giúp người dân hiểu rõ tác hại của bệnh và hỗ trợ xây dựng các phác đồ điều trị hiệu quả hơn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tình hình đồng nhiễm Epstein-Barr virus với Helicobacter pylori của người dân tại thành phố Cần Thơ năm 2025" với mục tiêu nghiên cứu: với mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ đồng nhiễm và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đồng nhiễm EBV và H. pylori tại thành phố Cần Thơ năm 2025. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở trẻ dưới 16 tuổi và thành viên hộ gia đình tại 2 xã của thành phố Cần Thơ từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 10 năm 2025. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu tỷ lệ dương tính H. pylori IgG/IgM là 76.4%, CIM dương tính là 38,7%, EBV-VCA-IgG/IgM dương tính là 76,8%, EBV - DNA là

21,9%, tỷ lệ đồng nhiễm EBV và H. pylori 60,6%; Hành vi sinh hoạt vệ sinh, tình trạng vệ sinh môi trường có nguy cơ cao liên quan đến tình trạng nhiễm H. pylori và EBV. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm EBV và H. pylori 60.6%; các hành vi sinh hoạt vệ sinh, tình trạng vệ sinh môi trường có nguy cơ cao liên quan đến tình trạng nhiễm H. pylori và EBV.

Từ khóa: H. pylori, EBV, đồng nhiễm, Cần Thơ.

SUMMARY

THE STATUS OF CO-INFECTION WITH EPSTEIN-BARR VIRUS AND HELICOBACTER PYLORI AMONG RESIDENTS IN CAN THO CITY IN 2025

Background: Gastric cancer (GC) is the fifth most common cancer worldwide in terms of incidence and the fourth leading cause of cancer-related mortality, following lung cancer, liver cancer, and colorectal cancer [5]. Gastric cancer may result from multiple causes; however, co-infection with Epstein-Barr virus (EBV) and Helicobacter pylori has been classified as a Group I carcinogenic factor and is closely associated with malignant tumors in humans [2]. Identifying the relationship of co-infection plays a crucial role in the treatment and prevention of gastric diseases, especially gastric cancer, helping the public better understand the harmful effects of the disease and supporting the development of more effective treatment regimens. We conducted the study entitled "The status of co-infection with Epstein-Barr virus and Helicobacter pylori among residents in Can Tho City in 2025" with the following objectives: to determine the prevalence of co-infection and to investigate factors associated with EBV and H. pylori co-infection in Can Tho City in 2025." **Objectives:** To determine the prevalence of single infection and co-infection, and to investigate several factors associated with Epstein-Barr virus and Helicobacter pylori infection in Can Tho City in 2025. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trung tâm Y tế khu vực Thới Lai

⁴Bệnh viện Đa Khoa thành phố Cần Thơ

⁵Trung tâm Y tế khu vực Ngọc Hiển

⁶Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thanh

Email: daothanhtl1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026