

2. **Mai DT, Dao XC, Luong NK, Nguyen TK, Nguyen HT, Nguyen TN.** Current State of Stroke Care in Vietnam. Stroke Vasc Interv Neurol. 8 Tháng Ba 2022;2(2):e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331 PubMed PMID: 41586263; PubMed Central PMCID: PMC12778760.
3. **Bộ Y Tế.** Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 05/11/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não". 2024.
4. **Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, và c.s.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. Tháng Mười Hai 2019;50(12):e344–418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
5. **Sulter G, Steen C, Jacques De Keyser.** Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. Stroke. Tháng Tám 1999;30(8):1538–41. doi:10.1161/01.STR.30.8.1538
6. **Nga ĐTQ, Trọng ND.** Kết quả chăm sóc người bệnh đột quỵ não trong vòng 12 giờ tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2020. Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy. 11 Tháng Năm 2021;36(3):73–8. doi:10.60117/vjmap.v36i3.155
7. **Nguyệt NT, Ngọc PTB, Trinh NT, Uyên ĐT, Ngọc PTB, Nguyễn NT, và c.s.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024. VMJ. 18 Tháng Bảy 2025;552(1). doi:10.51298/vmj.v552i1.14895
8. **O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, và c.s.** Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. The Lancet. 20 Tháng Tám 2016;388(10046):761–75. doi:10.1016/S0140-6736(16)30506-2 PubMed PMID: 27431356.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG MẠN TÍNH BẰNG LASER TẠO HÌNH CHÂN MỔNG MẮT PHỐI HỢP LASER CẮT MỔNG MẮT CHU BIÊN

Hoàng Thị Minh Thùy¹, Phạm Thị Thu Thủy², Nguyễn Thanh Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị glôcôm góc đóng mạn tính bằng laser tạo hình chân mống mắt phối hợp laser cắt mống mắt chu biên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiền cứu, không nhóm chứng, thực hiện trên 12 bệnh nhân với 20 mắt được chẩn đoán là glôcôm góc đóng mạn tính tại Bệnh viện Mắt

Trung ương từ tháng 7/2025 đến tháng 5/2026. Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng laser tạo hình chân mống mắt phối hợp cắt mống mắt chu biên, theo dõi khám lại sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Các chỉ tiêu đánh giá bao gồm nhãn áp, số thuốc hạ nhãn áp sử dụng, độ mở góc tiền phòng và tỷ lệ thành công điều trị.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,6 ± 8,4 tuổi. Nhãn áp trung bình giảm từ 32,80 ± 10,77 mmHg trước điều trị xuống 19,70 ± 5,51 mmHg sau 1 tuần, 16,50 ± 3,80 mmHg sau 1 tháng và 16,45 ± 3,46 mmHg sau 3 tháng. Mức giảm nhãn áp sau 3 tháng đạt 46,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm khám lại ($p < 0,001$). Kết quả đánh giá cho thấy, thành công hoàn toàn chiếm 30% mắt, thành công không hoàn toàn 60% và thất bại 10%.

Kết luận: Laser tạo hình chân mống mắt phối hợp laser cắt mống mắt chu biên là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với bệnh glôcôm góc đóng mạn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

³Bệnh viện Hữu Nghị

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Minh Thùy

Email: Dr.hoangminhthuy@gmail.com

Mã bài: D21701

Ngày nhận bài: 25/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026

tính. Phương pháp này đạt tỷ lệ thành công cao, có tác dụng hạ nhãn áp đáng kể, duy trì được lâu dài.

Từ khóa: Glôcôm góc đóng mạn tính, laser tạo hình chân móng mắt, laser cắt móng mắt chu biên.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF LASER PERIPHERAL IRIDOPLASTY COMBINED WITH LASER IRIDOTOMY IN CHRONIC ANGLE- CLOSURE GLAUCOMA

Objective: To evaluate the outcomes of argon laser peripheral iridoplasty (IP) combined with laser peripheral iridotomy (LPI) for chronic primary angle-closure glaucoma (PACG) treatment.

Methods: A prospective interventional study was conducted on 12 patients with 20 eyes diagnosed as chronic PACG at Vietnam National Eye Hospital between July 2025 and May 2026. All eyes underwent IP combined with LPI and follow-up for 3 months.

Results: The mean age was 64.6 ± 8.4 years. Mean intraocular pressure (IOP) decreased from 32.80 ± 10.77 mmHg before treatment to 19.70 ± 5.51 mmHg after 1 week, 16.50 ± 3.80 mmHg at 1 month and 16.45 ± 3.46 mmHg at 3 months. The reduction in IOP was statistically significant at all follow-up visits ($p < 0.001$). Complete success was achieved in 30% of eyes, incomplete success in 60% and failure in 10%.

Conclusions: IP combined with LPI is safe and effective for chronic PACG treatment, providing significant IOP reduction and high success rate.

Keywords: Chronic angle-closure glaucoma; laser peripheral iridoplasty; laser peripheral iridotomy; intraocular pressure; anterior chamber angle; treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa không hồi phục. Theo Tham và cộng sự, vào năm 2040 số người mắc glôcôm toàn cầu được dự báo vào khoảng 111,8 triệu người. Trong đó, glôcôm góc đóng nguyên phát là thể bệnh phổ biến ở người châu Á, có nguy cơ gây mất thị lực cao hơn glôcôm góc mở nguyên phát. [8]

Glôcôm góc đóng mạn tính là tình trạng đóng góc tăng dần theo thời gian, dẫn đến dính góc tiền phòng ngoại vi, tăng nhãn áp mạn tính và tổn thương thị thần kinh tiến triển tăng dần. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến mất thị lực không hồi phục.

Trong glôcôm góc đóng mạn tính, phẫu thuật laser cắt móng mắt chu biên được xem là phương pháp điều trị chuẩn nhằm loại bỏ cơ chế nghẽn đồng tử. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp vẫn còn tình trạng đóng góc tồn dư sau laser. Ở những mắt này, phẫu thuật laser tạo hình chân móng mắt có tác dụng kéo chân móng mắt ra khỏi vùng bè, làm mở rộng góc tiền phòng, giúp cải thiện thoát lưu thủy dịch.

Tại Việt Nam, laser tạo hình chân móng mắt phối hợp laser cắt móng mắt chu biên gần đây đã được áp dụng trong điều trị glôcôm góc đóng mạn tính ở một số trung tâm Mắt. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá độ an toàn và hiệu quả của phương pháp điều trị phối hợp này còn khá hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị glôcôm góc đóng mạn tính bằng laser tạo hình chân móng mắt phối hợp laser cắt móng mắt chu biên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

20 mắt của 12 bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc đóng mạn tính, theo dõi điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ tháng 7/2025 đến tháng 5/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân glôcôm góc đóng mạn tính có góc tiền phòng đóng trên $\frac{1}{2}$ chu vi

Tuổi trên 18 tuổi

Đủ sức khỏe để có thể hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Mắt đang có biểu hiện của nhiễm trùng cấp (viêm kết mạc, viêm loét giác mạc...)

Mắt đã được laser cắt móng mắt chu biên hoặc phẫu thuật khác điều trị bệnh glôcôm.

Glôcôm góc đóng mạn tính giai đoạn cuối (gần mù - mù)

Mắt có các bệnh lý khác tại mắt không thể tiến hành được thủ thuật laser hoặc không thể quan sát, đánh giá tình trạng đĩa thị (sẹo giác mạc, đục thể thủy tinh, vẩn đục dịch kính).

Phụ nữ có thai.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không

nhóm chứng.

Các chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới.

Thị lực.

Nhãn áp.

Số thuốc hạ nhãn áp sử dụng.

Độ mở góc tiền phòng

Biến chứng sau laser.

Đánh giá mức độ thành công của điều trị

- Thành công hoàn toàn (kết quả tốt): khi có đủ tất cả các điều kiện sau:

Nhãn áp điều chỉnh dưới 21 mmHg, không cần dùng thuốc hạ nhãn áp.

Thị trường ổn định hoặc tăng

Độ mở góc tiền phòng trung bình tăng

Tình trạng lõm teo đĩa thị giác ổn định

Không có biến chứng

- Thành công không hoàn toàn (kết quả trung bình): khi có đủ các điều kiện sau:

Nhãn áp điều chỉnh dưới 21 mmHg với thuốc hạ nhãn áp dạng nhỏ mắt.

Thị trường ổn định hoặc tăng

Độ mở góc tiền phòng trung bình tăng

Tình trạng lõm teo đĩa thị giác ổn định

- Thất bại (kết quả xấu): khi có 1 trong các điều kiện sau:

Nhãn áp trên 21 mmHg với thuốc hạ nhãn áp dạng nhỏ mắt

Can thiệp phẫu thuật điều trị glôcôm

Thị trường thu hẹp

Độ mở góc tiền phòng trung bình giảm

Lõm đĩa tiến triển rộng thêm

Có biến chứng nặng gây ảnh hưởng chức năng thị giác và sinh hoạt của người bệnh

2.3. Xử lý số liệu

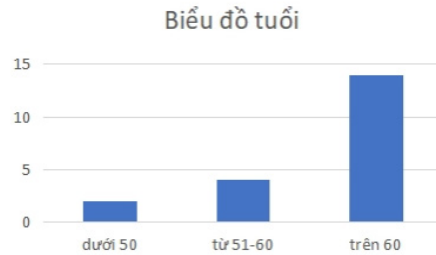
Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

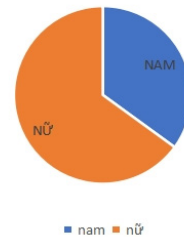
Nghiên cứu gồm 20 mắt của 12 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $64,6 \pm 8,4$ tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Nam giới chiếm 35%, nữ giới

chiếm 65%. Trong nghiên cứu, glôcôm giai đoạn tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), tiếp theo là giai đoạn trầm trọng (30%) và sơ phát (25%).



Hình 1. Biểu đồ tuổi

Tỷ lệ nam/nữ



Hình 2. Biểu đồ tỷ lệ nam/nữ

Biểu đồ tỷ lệ giai đoạn bệnh



Hình 3. Biểu đồ tỷ lệ giai đoạn bệnh

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả thị lực

Bảng 1. Thị lực trước và sau điều trị 3 tháng

Thị lực	Trước điều trị	Sau 3 tháng
<ĐNT 3m	3(15%)	0
ĐNT 3m-20/60	6(30%)	9(45%)
20/60-20/30	7(35%)	5(25%)
>20/30	4(20%)	6(30%)

Bảng 2. Mức độ thay đổi thị lực sau 3 tháng theo dõi

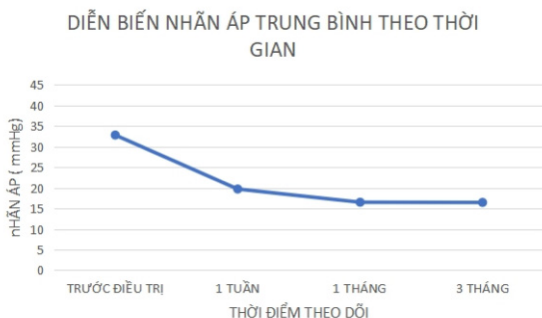
Thay đổi thị lực sau 3 tháng	Số mắt (%)
Cải thiện	5(25%)
Không đổi	14(70%)
Giảm	1(5%)

3.2.2. Kết quả nhãn áp

Bảng 3. Nhãn áp trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm	Nhãn áp trung bình (mmHg)
Trước điều trị	32,80 ± 10,77
1 tuần	19,70 ± 5,51
1 tháng	16,50 ± 3,80
3 tháng	16,45 ± 3,46

Nhãn áp giảm rõ rệt ngay từ tuần đầu sau điều trị và tiếp tục duy trì ổn định đến tháng thứ 3.



Hình 4. Diễn biến nhãn áp trung bình theo thời gian

Bảng 4. Mức độ và tỷ lệ giảm nhãn áp so với trước điều trị

So sánh	Mức giảm (mmHg)	Tỷ lệ (%)
Trước điều trị - 1 tuần	13,10 ± 9,51	37.16
Trước điều trị - 1 tháng	16,30 ± 10,05	46.29
Trước điều trị - 3 tháng	16,35 ± 10,06	46.67

Mức giảm nhãn áp sau 3 tháng đạt 46,67% so với trước điều trị.

Bảng 5. Số lượng thuốc hạ nhãn áp bổ sung trung bình sau 3 tháng

Số thuốc hạ nhãn áp trước điều trị	Số thuốc hạ nhãn áp bổ sung trung bình sau 3 tháng
0	1.1 ± 1.02

3.2.3. Kết quả góc tiền phòng

Bảng 6. Thay đổi độ mở góc tiền phòng trước và sau điều trị 3 tháng

	Trước điều trị	Sau điều trị 3 tháng
Góc tiền phòng trung bình	0.69±0.58	1.11±0.59

3.3. Kết quả điều trị chung

Bảng 7. Tỷ lệ mức độ thành công chung sau 3 tháng

Kết quả	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Thành công hoàn toàn	6	30
Thành công không hoàn toàn	12	60
Thất bại	2	10

Tỷ lệ thành công chung đạt 90%.

3.4. Biến chứng sau điều trị

Trong thời gian theo dõi 3 tháng sau laser tạo hình chân móng mắt phối hợp laser cắt móng mắt chu biên, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện biến chứng nghiêm trọng liên quan đến thủ thuật. Kết quả cho thấy phương pháp điều trị phối hợp này có độ an toàn cao khi thực hiện đúng chỉ định và đúng kỹ thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhãn áp trung bình giảm từ 32,80 ± 10,77 mmHg trước điều trị xuống 16,45 ± 3,46 mmHg sau 3 tháng theo dõi, tương ứng mức giảm 16,35 mmHg (giảm 46,67%) so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Hiệu quả hạ nhãn áp xuất hiện sớm ngay từ tuần đầu với mức giảm trung bình là 13,10 ± 9,51 mmHg và được duy trì ổn định đến tháng thứ 3. Kết quả này cho thấy laser tạo hình chân móng mắt phối hợp laser cắt móng mắt chu

biên có hiệu quả tốt trong kiểm soát nhãn áp ở bệnh nhân glôcôm góc đóng mạn tính.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và Bùi Thị Vân Anh trên bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát điều trị bằng laser cắt mỏng mắt chu biên phối hợp laser tạo hình chân mỏng mắt. Các tác giả ghi nhận nhãn áp trung bình sau điều trị đạt $17,78 \pm 1,67$ mmHg sau 1 tháng, tương đương với kết quả $16,50 \pm 3,80$ mmHg tại thời điểm 1 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi. [2]

Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với các báo cáo quốc tế. Pillunat và cộng sự ghi nhận nhãn áp giảm từ $18,8 \pm 3,6$ mmHg xuống $14,7 \pm 3,1$ mmHg sau 3 tháng điều trị bằng laser tạo hình chân mỏng mắt ở bệnh nhân glôcôm góc đóng mạn tính. [6] Narayanaswamy và cộng sự (2016) cũng ghi nhận nhãn áp giảm trung bình 4,9 mmHg sau 1 năm theo dõi ở các mắt còn đóng góc tồn dư sau laser cắt mỏng mắt chu biên. [5] Mặc dù mức giảm nhãn áp trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn, nhãn áp sau điều trị giữa các nghiên cứu tương đối tương đồng. Sự khác biệt có thể do nhãn áp ban đầu ở bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể. Việc phối hợp đồng thời hai phương pháp laser giải quyết cơ chế nghẽn đồng tử hiệu quả hơn cũng như hạn chế được tình trạng đóng góc tồn dư.

Bên cạnh hiệu quả hạ nhãn áp, độ mở góc tiền phòng trung bình tăng từ $0,69 \pm 0,58$ lên $1,11 \pm 0,59$ sau 3 tháng điều trị. Kết quả này cho thấy laser tạo hình chân mỏng mắt đã giảm bớt tình trạng đóng góc tiền phòng, giúp tăng lưu thông thủy dịch, góp phần kiểm soát nhãn áp lâu dài. Nhận định này phù hợp với cơ chế được Ritch và cộng sự mô tả, theo đó laser tạo hình chân mỏng mắt tạo ra các điểm co rút ở vùng ngoại vi mỏng mắt, kéo chân mỏng mắt ra xa vùng bè, làm mở rộng góc tiền phòng, tách dính và hạn chế hình thành thêm dính góc ngoại vi. Nhờ đó, thủy dịch được lưu thông thuận lợi hơn, góp phần duy trì hiệu quả hạ nhãn áp sau điều trị. [7]

Về chức năng thị giác, sau 3 tháng theo dõi chúng tôi ghi nhận 25% mắt có cải thiện thị lực, 70% mắt duy trì thị lực ổn định và chỉ 5% mắt giảm thị lực. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân bảo tồn được chức năng thị giác sau điều trị. Tỷ lệ cải thiện thị lực trong nghiên cứu của chúng

tôi thấp hơn nghiên cứu của Mai Lan Anh, trong đó 92,3% bệnh nhân có thị lực tăng sau điều trị và 80,8% mắt đạt thị lực từ 20/160 trở lên. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của Mai Lan Anh là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính, trong đó thị lực giảm chủ yếu do phù giác mạc và tăng nhãn áp cấp tính, nên có khả năng hồi phục tốt sau khi nhãn áp được kiểm soát. [1]

Tỷ lệ thành công chung trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 90%, trong đó thành công hoàn toàn chiếm 30% và thành công không hoàn toàn chiếm 60%. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân đạt được mục tiêu kiểm soát nhãn áp sau điều trị. Nghiên cứu của Đỗ Tấn và cộng sự về điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát cũng cho thấy việc giải quyết cơ chế đóng góc bằng các can thiệp trên mỏng mắt giúp duy trì hiệu quả kiểm soát nhãn áp lâu dài. Những kết quả trên cho thấy laser tạo hình chân mỏng mắt phối hợp laser cắt mỏng mắt chu biên là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả trong điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát nói chung và góc đóng mạn tính nói riêng. [3] [4]

V. KẾT LUẬN

Laser tạo hình chân mỏng mắt phối hợp laser cắt mỏng mắt chu biên là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với glôcôm góc đóng mạn tính.

Sau 3 tháng theo dõi, nhãn áp trung bình giảm từ $32,80 \pm 10,77$ mmHg xuống $16,45 \pm 3,46$ mmHg, tương ứng mức giảm 46,67% ($p < 0,001$). Tỷ lệ thành công chung đạt 90%, trong đó thành công hoàn toàn chiếm 30% và thành công không hoàn toàn chiếm 60%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Lan Anh**, Đánh giá kết quả tạo hình mỏng mắt bằng laser trong điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2019.
2. **Nguyễn Tuấn Anh, Bùi Thị Vân Anh**, Đánh giá kết quả điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát bằng phương pháp laser mỏng mắt chu biên và laser tạo hình chân mỏng mắt, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 533(1B).
3. **Đỗ Tấn, Nguyễn Thị Nương**, Kết quả lâu dài của phẫu thuật cắt mỏng mắt chu biên phối hợp laser tạo hình mỏng mắt điều trị glôcôm góc đóng

nguyên phát cấp tính không kèm đục thể thủy tinh không đáp ứng với điều trị nội khoa, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 524(1B).

4. **Đỗ Tấn, Nguyễn Xuân Hiệp, Phạm Thị Thu Hà,** Đánh giá hiệu quả điều trị laser cắt mỏng mắt chu biên hoặc phối hợp laser cắt mỏng mắt chu biên và laser tạo hình mỏng mắt trên mắt glôcôm góc đóng cấp tính điều trị cắt cơ thành công, Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy, 2020.
5. **Huang W., Zhang X., Re: Narayanaswamy et al** (2016): Argon laser peripheral iridoplasty for primary angle-closure glaucoma: a randomized

controlled trial, Ophthalmology, 2016, p. 50.

6. **Pillunat K.R., et al.,** Argon laser peripheral iridoplasty for chronic primary angle-closure and angle-closure glaucoma in caucasians, Acta Ophthalmologica, 2019, 97(2): p. 225-230.
7. **Ritch R., Tham C.C., Lam D.S.,** Argon laser peripheral iridoplasty (ALPI): an update, Survey of ophthalmology, 2007, 52(3): p. 279-288.
8. **Tham Y.-C., et al.,** Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis, Ophthalmology, 2014, 121(11): p. 2081-2090.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG: TÁN SỎI THẬN TRÊN BỆNH NHÂN THẬN LẠC CHỖ VÙNG CHẬU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC

Vũ Thiện Phúc¹, Phan Đức Huân¹, Dương Đại Dương¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thận lạc chỗ vùng chậu là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của hệ tiết niệu, tỷ lệ khoảng 1/1000 trẻ sơ sinh. Sỏi thận trên bệnh nhân thận lạc chỗ ít gặp nhưng điều trị khó khăn do đặc điểm giải phẫu bất thường. Trong bối cảnh hiện nay, nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm với laser Holmium:YAG là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, đang dần phổ biến.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp lâm sàng điều trị sỏi thận trên thận lạc chỗ vùng chậu thành công.

Cá lâm sàng: Bệnh nhân nữ 48 tuổi, tiền căn chưa ghi nhận bệnh lý bất thường, nhập viện vì đau hạ vị. Khám bụng mềm, ấn đau nhẹ hạ vị. Hình ảnh cắt lớp vi tính hệ niệu xác định thận trái lạc chỗ vùng chậu, ứ nước độ II, sỏi bể thận trái kích thước 17×15 mm, độ Hounsfield khoảng 1400 HU, diện tích bề mặt sỏi khoảng 255 mm², STONE Score: 8 điểm. Bệnh nhân được đặt thông double-J, sau 04 tuần tiến hành nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm với laser được điều

chỉnh chế độ tán (1 J, 20 Hz, 20 W). Thời gian phẫu thuật 45 phút, trong đó thời gian tán 30 phút. Sau mổ, bệnh nhân sạch sỏi hoàn toàn, không ghi nhận biến chứng, bệnh nhân được rút thông niệu đạo và thông double-J vào ngày thứ 04 sau mổ, xuất viện vào ngày thứ 05 sau mổ.

Kết luận: Sỏi thận trên thận lạc chỗ là một bệnh lý hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp được điều trị thành công bằng nội soi ống mềm tán sỏi, đạt tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn, không ghi nhận biến chứng và cho phép xuất viện sớm. Kết quả này cho thấy nội soi ống mềm là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả đối với sỏi thận đơn giản trên thận lạc chỗ. Việc đặt thông double-J trước phẫu thuật có thể hỗ trợ quá trình đặt giá đỡ niệu quản thuận lợi hơn.

Từ khóa: sỏi thận, thận lạc chỗ vùng chậu, nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm.

SUMMARY

CASE REPORT: MANAGEMENT OF RENAL STONE IN A PELVIC ECTOPIC KIDNEY AT THU DUC REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Introduction: Pelvic ectopic kidney is a rare congenital anomaly of the urinary system, with an incidence of approximately 1 in 1,000 live births. Renal calculi in ectopic kidneys are uncommon but present

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Vũ Thiện Phúc

Email: drvtphuc1996@gmail.com

Mã bài: TTN-5a

Ngày nhận bài: 5/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026