

ở nhóm ĐC tỷ lệ loại tốt là 50%, loại khá là 26,67%, tỷ lệ loại trung bình là 25,72%, không có loại kém. Sự cải thiện phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt lên ở cả 2 nhóm với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên khi so sánh về phân loại CNSHHN giữa 2 nhóm, ở cả 2 thời điểm sau 10 ngày điều trị và sau 20 ngày điều trị, dù nhóm ĐC có xu hướng tốt hơn nhóm NC nhưng không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Như vậy, sau 20 ngày điều trị, nhóm NC có cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tương đương nhóm ĐC ( $p > 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Cấy chỉ kết hợp với cao thống tỳ có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2017)**. Dược điển Việt Nam V. Nhà xuất bản Y học; 1095, 1106, 1119, 1138, 1154, 1173, 1180, 1275, 1295, 1340, 1344, 1360.
2. **Bộ Y tế (2013)**. Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, theo quyết định số: 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013.
3. **Bộ Y tế (2020)**. Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền, theo quyết định số: 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020.
4. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**. Bệnh học nội khoa y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học; 145 - 148.
5. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016)**. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 152- 164.
6. **Lê Thúy Oanh (2010)**. Cấy Chỉ. Nhà xuất bản Y học; 39-45.
7. **GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators (2017)**. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Lond Engl. 2017;390(10100):1260-1344. doi:10.1016/S0140-6736(17)32130-X
8. **Huo J, Zhao J, Yuan Y, Wang J (2017)**. Research status of the effect mechanism on catgut-point embedding therapy. Zhongguo Zhen Jiu Chin Acupunct Moxibustion. 2017;37(11): 1251-1254. doi: 10.13703/ j.0255-2930. 2017. 11.031.

# MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SỎI THẬN VỚI KẾT QUẢ KỸ THUẬT TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẪM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Huy Ngọc<sup>1</sup>, Trần Văn Hình<sup>2</sup>, Phạm Quang Vinh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá 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. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng trên 289 bệnh nhân (BN) được điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) tại Bệnh viện Quân y 103 từ 7/2017 đến 7/2019. **Kết quả:** Kết quả sạch sỏi của bệnh nhân giảm dần theo kích thước sỏi thận, hiệu quả sạch sỏi cao nhất ở nhóm kích thước  $L \leq 3$  (cm), với tỷ lệ 94,02-100%. Kết quả điều trị chung của bệnh nhân giảm dần theo kích thước sỏi thận, kết quả điều trị chung "Tốt" theo nghiên cứu cao nhất ở nhóm kích thước  $L \leq 3$  (cm) với tỷ lệ 91,52-100%. Nhóm BN có 1 viên sỏi có tỷ lệ

sạch sỏi sau mổ cao nhất với tỷ lệ 88,83%. Kết quả sạch sỏi cao nhất ở nhóm S0, S1 với tỷ lệ trên 99%. Nhóm BN có sỏi không chổng hình trên phim KUB và không phân bố vào các đài nhỏ có tỷ lệ sạch sỏi cao hơn so với nhóm BN có sỏi chổng hình và phân bố vào các đài nhỏ. Mức độ cản quang của sỏi không ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi. **Kết luận:** Kích thước, số lượng, vị trí của sỏi và các đặc điểm sỏi chổng hình trên phim KUB và phân bố vào các đài nhỏ có liên quan tới tỷ lệ thành công của kỹ thuật mini-PCNL.

**Từ khóa:** đặc điểm hình ảnh sỏi thận, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ

## SUMMARY

### RELATIONSHIP BETWEEN STONE IMAGING AND MINI-PCNL OUTCOME AT MILITARY HOSPITAL 103

**Object:** To evaluate the relationship between imaging characteristics of kidney stones and results of small tunnel percutaneous lithotripsy technique at Military Hospital 103. **Research subjects and methods:** Descriptive, longitudinal, nonrandomized study on 289 patients indicated for mini-PCNL at Military Hospital 103 from July 2017 to July 2019. **Result:** The stone-free rate gradually decrease with

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Ngọc

Email: ngocngoainieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

the size of the kidney stones, the stone-free rate is highest in the group with size  $L \leq 3$  (cm), with a rate of 94.02-100%. The overall treatment results of patients gradually decrease with the size of kidney stones, the best overall treatment results are in the group with size  $L \leq 3$  (cm) with a rate of 91.52-100%. The group of patients with 1 stone had the highest stone-free rate after surgery at 88.83%. The stone-free rate was highest in groups S0 and S1 with a rate above 99%. The group of patients with stones that do not overlap the image on the KUB film and are not distributed into small calyces has a higher stone clearance rate than the group of patients with stones that overlap the image and are distributed into small calyces. The level of radiopaque of the stone does not affect the stone-free rate. **Conclusion:** The size, number, location of the stones and the characteristics of the stones overlapped on the KUB film and distributed into small calyces are related to the success rate of the mini-PCNL technique.

**Keywords:** Imaging characteristics of kidney stones, mini-PCNL.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da tiêu chuẩn điều trị sỏi thận hoặc sỏi niệu quản đoạn lưng đã phổ biến trên thế giới và đang áp dụng tại nhiều bệnh viện trong cả nước [1]. Việc sử dụng rộng rãi các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện sớm các trường hợp sỏi thận và bệnh được điều trị sớm khi kích thước sỏi chưa to và chưa gây biến chứng. Trên thực tế lâm sàng tại Việt Nam, một số lượng đáng kể bệnh nhân đến có sỏi thận phức tạp hơn với kích thước lớn, nhiều trường hợp đã ảnh hưởng đến chức năng thận. Việc điều trị sỏi thận phức tạp phải được tiến hành tích cực nhằm: lấy sạch sỏi, giải phóng tắc nghẽn, loại bỏ nguy cơ nhiễm khuẩn, bảo toàn và cải thiện chức năng thận [2]. Do đó, việc nắm rõ đặc điểm hình ảnh của sỏi và mối liên quan của nó tới kỹ thuật can thiệp đóng vai trò quan trọng giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tai biến biến chứng.

Tại Việt Nam, phương pháp tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ đã được thực hiện tương đối thành công tại nhiều bệnh viện có chuyên khoa tiết niệu trong đó có bệnh viện Quân y 103. Với những kết quả phong phú thu được trên lượng lớn bệnh nhân trong thời gian qua, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá chi tiết hơn mối liên quan giữa những đặc điểm hình ảnh của sỏi tiết niệu với kết quả kỹ thuật mini-PCNL tại đơn vị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân bệnh nhân được điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) tại bệnh Quân y 103 từ

7/2017 đến 7/2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ. Dữ liệu hình ảnh trước và sau mổ hoàn thiện.

- Loại trừ những trường hợp: Bệnh nhân không đủ dữ liệu hình ảnh. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng.

### Các biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới; Kích thước (trục dài và diện tích bề mặt sỏi trên X-quang tiết niệu không chuẩn bị - KUB) và số lượng sỏi.

- Mức độ cản quang so với xương sườn; Sỏi chông hình trên phim KUB; Sỏi phân bố vào các đài nhỏ.

- Phân loại sỏi thận theo vị trí và hình dạng sỏi (dựa vào sự kết hợp trên phim KUB với UIV/CLVT), cơ bản dựa trên cách phân loại của F. Rocco (1984) [3]:

+ Sỏi S0: Sỏi đài thận đơn thuần (đài dưới, đài giữa hoặc đài trên).

+ Sỏi S1: Sỏi bể thận đơn thuần một viên.

+ Sỏi S2: Sỏi bể thận kết hợp với nhiều viên nhỏ ở đài thận.

+ Sỏi S3: Sỏi bán san hô 1 nhánh (Sỏi bể thận có một nhánh xuống đài giữa hoặc đài dưới).

+ Sỏi S4: Sỏi bán san hô 2 nhánh (Sỏi bể thận có hai nhánh xuống đài giữa và đài trên hoặc dưới).

+ Sỏi S5: Sỏi san hô toàn bộ (Sỏi đúc khuôn cả bể thận và các nhóm đài).

### Bảng 1. Kết quả can thiệp theo tiêu chuẩn nhóm nghiên cứu đưa ra

<b>Tốt</b>	- Phẫu thuật nội soi thành công - Sạch sỏi - Không có TBBC hoặc chỉ có TBBC nhẹ không cần can thiệp
<b>Trung bình</b>	- Phẫu thuật nội soi thành công. - Có ít nhất 1 trong các tiêu chí: + Còn sỏi $\geq 4$ mm + Có TBBC nhưng được điều trị bảo tồn hoặc can thiệp nội soi, sau can thiệp ổn định
<b>Kém</b>	Có ít nhất 1 trong các tiêu chí: - Nội soi thất bại, không lấy được sỏi, phải chuyển mổ mở - TBBC nặng phải can thiệp mổ mở hoặc sau can thiệp để lại di chứng nặng nề - BN tử vong

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê trong y học SPSS 26.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=289)**

Đặc điểm		n (%) hoặc $\bar{X} \pm SD$
Tuổi trung bình		51,54 ± 11,50
Giới tính	Nam	198 (68,51)
	Nữ	91 (31,49)
Chiều dài sỏi (cm)		2,92 ± 0,98
Diện tích sỏi (cm <sup>2</sup> )		5,01 ± 3,19
Số lượng sỏi	1 viên	200 (69,20)
	2 viên	55 (19,03)
	>2 viên	34 (11,77)
Vị trí sỏi	(S0)	11 (3,81)
	(S1)	129 (44,64)
	(S2)	63 (21,80)
	(S3)	49 (16,95)
	(S4)	24 (8,30)
Sỏi chổng hình trên phim KUB	Không	244 (84,43)
	Có	45 (15,57)
Sỏi phân bố vào các đài nhỏ	Không	245 (84,78)
	Có	44 (15,22)
Mức độ cản	Bằng xương sườn	130 (44,98)

quang của sỏi	Hơn xương sườn	126 (43,60)
	Kém xương sườn	33 (11,42)

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 51,54 ± 11,50, với nam giới chiếm đa số (68,51%). Tỷ lệ Nam/Nữ: 2,2/1.

Chiều dài sỏi TB là 2,92 ± 0,98cm và diện tích bề mặt sỏi TB là 5,01 ± 3,19 cm<sup>2</sup>.

BN có 1 viên sỏi trước mổ chiếm tỷ lệ cao nhất: 200 BN (69,20%).

Về vị trí, sỏi bể thận đơn thuần và kết hợp sỏi nhỏ đài thận (S1 và S2) là hay gặp nhất, chiếm 66,44%. Sỏi S5 và S0 ít gặp lần lượt là 4,5% và 3,81%.

Sỏi phân bố vào các đài nhỏ hay có phần sỏi chổng hình ít gặp (chiếm 15,22% và 15,57%).

Sỏi cản quang hơn và bằng xương sườn chiếm phần lớn (88,58%).

**3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm hình ảnh và kết quả phẫu thuật**

Có 289 BN được chỉ định tán sỏi bằng phương pháp mini-PCNL. Có 286 BN được phẫu thuật thành công, có 3 BN thất bại chuyển mổ mở xếp kết quả điều trị chung "xấu".

**Bảng 3. Kết quả điều trị chung theo kích thước sỏi (n=289)**

Kích thước sỏi (L)(cm)	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)
L ≤ 2	54(100)	0	0	54(100,0)
2 < L ≤ 3	108(91,52)	9(7,63)	1(0,85)	118(100,0)
3 < L ≤ 4	43(56,58)	31(40,79)	2(2,63)	76(100,0)
4 < L ≤ 5	20(60,61)	13(39,39)	0	33(100,0)
L > 5	3(37,5)	5(62,5)	0	8(100,0)
<b>Tổng</b>	<b>228(78,89)</b>	<b>58(20,07)</b>	<b>3(1,04)</b>	<b>289(100,0)</b>

**Nhận xét:** Kích thước sỏi ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (χ<sup>2</sup> Test). Tỷ lệ đạt kết quả "Tốt" cao nhất ở nhóm sỏi có kích thước L ≤ 3 (cm).

**Bảng 4. Kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi (n=286)**

Kích thước sỏi (L) (cm)	Sạch sỏi Số BN (%)	Sốt sỏi Số BN (%)	Tổng Số BN (%)
L ≤ 2	54 (100)	0	54 (100,0)
2 < L ≤ 3	110 (94,02)	7 (5,98)	117 (100,0)
3 < L ≤ 4	43 (58,11)	31 (41,89)	74 (100,0)
4 < L ≤ 5	20 (60,61)	13 (39,39)	33 (100,0)
L > 5	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100,0)
<b>Tổng</b>	<b>230(80,42)</b>	<b>56(19,58)</b>	<b>286(100,0)</b>

**Nhận xét:** Kết quả sạch sỏi ở các nhóm sỏi khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,001 (χ<sup>2</sup> Test). Hiệu quả sạch sỏi cao nhất ở nhóm kích thước L ≤ 3 (cm).

**Bảng 5. Số lượng sỏi và tỉ lệ sạch sỏi (n=286)**

Số lượng viên sỏi	Sạch sỏi Số BN (%)	Sốt sỏi Số BN (%)	Tổng Số BN (%)	p
1 viên	175 (88,83)	22 (11,17)	197 (100)	< 0,001
2 viên	41 (74,55)	14 (25,45)	55 (100)	
> 2 viên	14 (41,18)	20 (58,82)	34 (100)	
<b>Tổng</b>	<b>230 (80,42)</b>	<b>56 (19,58)</b>	<b>286 (100)</b>	

**Nhận xét:** Kết quả sạch sỏi cao nhất ở nhóm có 1 viên sỏi và thấp nhất ở nhóm > 2 viên sỏi. Sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ( $\chi^2$  Test).

**Bảng 6. Phân loại vị trí sỏi thận (n=286)**

Phân loại vị trí sỏi thận (S)	Sạch sỏi Số BN (%)	Sốt sỏi Số BN (%)	Tổng Số BN (100%)
S1 (bể thận đơn thuần)	126 (99,21)	1 (0,79)	127 (100,0)
S2 (bể thận + sỏi nhỏ đài dưới)	49 (77,78)	14 (22,22)	63 (100,0)
S3 (bể thận + 1 nhánh đài thận)	36 (75)	12 (25)	48 (100,0)
S4 (bể thận + 2 nhánh đài thận)	5 (20,83)	19 (79,17)	24 (100,0)
S5 (bể thận + 3 nhánh đài thận)	3 (23,08)	10 (76,92)	13 (100,0)
S0 (Sỏi đài thận đơn thuần)	11 (100)	0	11 (100,0)
<b>Tổng</b>	230 (80,42)	56 (19,58)	286 (100,0)

**Nhận xét:** Kết quả sạch sỏi cao nhất ở nhóm S0, S1 và thấp nhất ở nhóm S4, S5. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ( $\chi^2$  Test).

**Bảng 7. Đặc điểm X-quang và tỉ lệ sạch sỏi (n=286)**

Đặc điểm X-quang		Sạch sỏi	Sốt sỏi	Tổng	P
		Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (100%)	
Sỏi chông hình trên phim KUB	Không	202 (83,82)	39 (16,18)	241 (100,0)	<0,05
	Có	28 (62,22)	17 (37,78)	45 (100,0)	
Sỏi phân bố vào các đài nhỏ	Không	202 (83,13)	41 (16,87)	243 (100,0)	<0,05
	Có	28 (65,12)	15(34,88)	43 (100,0)	
Mức độ cản quang của sỏi	Kém xương sườn	25 (78,13)	7 (21,87)	32 (100,0)	>0,05
	Bằng xương sườn	102 (79,07)	27 (20,93)	129 (100,0)	
	Hơn xương sườn	103 (82,4)	22 (17,6)	125 (100,0)	

**Nhận xét:** Sỏi chông hình trên phim KUB có kết quả sạch sỏi thấp hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  ( $\chi^2$  Test).

Sỏi phân bố vào các đài nhỏ có kết quả sạch sỏi thấp hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  ( $\chi^2$  Test).

Mức độ cản quang của sỏi không ảnh hưởng kết quả sạch sỏi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,737$  (Fisher's Exact Test).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên nhóm bệnh nhân với độ tuổi trung bình  $51,54 \pm 11,50$  và  $68,51\%$  là nam giới. Về gánh nặng sỏi, không có nhiều sự khác biệt với các nghiên cứu trong nước khác. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong nước Hoàng Long và cộng sự (2017) [2], Nguyễn Văn Truyền và cộng sự (2018) [1], Gucuk A. và cộng sự (2012) nghiên cứu 179 BN, kích thước sỏi trung bình  $693,1 \pm 62,0 \text{ mm}^2$  ( $95 - 4200 \text{ mm}^2$ ). Tác giả kết luận kích thước sỏi có ý nghĩa tiên lượng kết quả sạch sỏi. Nhóm sạch sỏi có kích thước trung bình là  $615,46 \text{ mm}^2$  so với  $924,33 \text{ mm}^2$  của nhóm còn sỏi [4].

Trong nghiên cứu này tỷ lệ sạch sỏi ngay sau tán lần 1 giảm dần theo số lượng viên sỏi: 1 viên (88,83%), 2 viên (74,55%), > 2 viên (41,18%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ( $\chi^2$  Test) (Bảng 5). So với nghiên cứu của một số tác giả khác: Vũ Ngọc Quyết (2021),

tỷ lệ sạch sỏi: 1 viên (85,7%); 2 viên (85,7%),  $\geq 3$  viên (75%) [5]. Tác giả Bo Xiao và cộng sự (2015): tỷ lệ sạch sỏi 1 viên là 83% cao hơn sỏi > 2 viên (71,5%) có ý nghĩa thống kê [6].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận phân bố sỏi cơ bản theo Rocco. F (1984) [3], Chia thành 6 nhóm: S0 (3,81%), S1 (44,64%), S2 (21,80%), S3 (16,95%), S4 (8,30%), S5 (4,50%) (Bảng 2). Kết quả sạch sỏi sau tán lần 1 lần lượt là: 100%; 99,21%; 77,78%; 75%, 20,83%, 23,08%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , sỏi càng phân bố vị trí vào nhiều nhóm đài thì tỷ lệ sạch sỏi càng thấp (Bảng 6). Tác giả Sanjay Khadgi và cộng sự (2021) đã tiến hành đánh giá hiệu quả của phương pháp mini-PCNL trên 225 BN có sỏi thận lớn với kích thước trên 2cm. Kết quả thu được các bệnh nhân có sỏi bể thận hoặc một đài thận có tỉ lệ sạch sỏi lên tới 94,4%-98,4% cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân có sỏi nhiều vị trí (81,9%). Nhóm BN có sỏi san hô có tỉ lệ sạch sỏi (77,8%) thấp hơn BN không có sỏi san hô (91,4%) [7]. Sarwar Noori Mahmood và cộng sự (2022) nhận thấy sỏi ở nhiều vị trí đài thận có tỉ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật mini-PNCL thấp nhất, ngược lại sỏi bể thận đơn thuần hoặc sỏi ở nhóm đài dưới có tỉ lệ sạch sỏi sau mổ cao nhất [8].

Chúng tôi đánh giá mức độ cản quang của sỏi so với xương sườn 12, được dùng như 1 yếu tố phản ánh gián tiếp độ cứng của sỏi. Cách này đơn giản, tuy nhiên không thật chính xác nếu

phim X-quang không đạt chất lượng. Chủ yếu sỏi có mức cản quang bằng hoặc hơn xương sườn 12. Điều này cho phép đánh giá kết quả sạch sỏi trên C-arm và phim KUB thuận lợi. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa cá nhóm sỏi có độ cản quang hơn, bằng hoặc kém xương sườn. Một số tác giả nước ngoài đánh giá độ cứng của sỏi bằng tỷ trọng sỏi (Hounsfield unit - HU) đo trên phim chụp CLVT. Cách này phản ánh chính xác hơn nhưng không áp dụng được cho tất cả BN ở thời điểm nghiên cứu.

Gucuk A. và cộng sự (2012) nghiên cứu 179 BN, đo tỷ trọng sỏi bằng đơn vị HU, tác giả cũng chia thành nhóm sỏi cản quang trên phim KUB nếu tỷ trọng  $\geq 350$  HU và nhóm sỏi không cản quang nếu tỷ trọng  $< 350$  HU. Tỷ trọng sỏi trung bình là  $706,3 \pm 245,0$  HU (214 - 1325). Kích thước sỏi trung bình  $693,1 \pm 62,0$  mm<sup>2</sup> (95 - 4200). Phân bố vị trí sỏi chia thành các nhóm: bể thận, 1 đài thận, bể thận + 1 đài thận, sỏi san hô. Kết quả nghiên cứu kết luận: tỷ trọng sỏi, kích thước sỏi, phân bố vị trí sỏi có vai trò tiên lượng kết quả sạch sỏi. Nhóm sạch sỏi có tỷ trọng sỏi trung bình là 753,84 HU so với 564,64 HU của nhóm còn sỏi. Tỷ lệ sạch sỏi của nhóm cản quang cao hơn nhóm sỏi không cản quang [4].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi thận 289 BN bằng phương pháp mini-PCNL tại Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi nhận thấy: Kích thước và vị trí sỏi có liên quan tới tỉ lệ thành công của kỹ thuật này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Truyền, Vũ Thanh Tùng, Phạm Đình Hoài Vũ (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da qua đường hầm nhỏ vào thận tại bệnh viện đa khoa tổng nhất Đồng Nai". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 22(2), pp. 108-115.
2. Hoàng Long, Trần Quốc Hoà, Nguyễn Đình Liên (2017), "Tận sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới sự hướng dẫn bằng siêu âm, lựa chọn tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận". Tạp chí Y dược học - Trường Đại Học Y Dược Huế, pp. 304-314.
3. F. Rocco, A. Mandressi, P. Larcher (1984). Surgical Classification of Renal Calculi. Eur. Urol. 10: 121-123.
4. A. Gücük, U. Uyetürk, U. Oztürk. et al. (2012), "Does the Hounsfield unit value determined by computed tomography predict the outcome of percutaneous nephrolithotomy?". J Endourol, 26(7), pp. 792-6.
5. Vũ Ngọc Quyết (2021), Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da theo phương pháp đường hầm nhỏ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang. Ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. Bo Xiao, X.Z., Wei-Guo Hu et al. (2015), "Mini-percutaneous Nephrolithotomy Under Total Ultrasonography in Patient Aged Less Than 3 Years: A Single-center Initial Experience from China", Chinese Medical Journal, vol 128 (12), pp. 1596- 1600.
7. Sanjay Khadgi et at. (2021) "Comparison of standard- and mini-percutaneous nephrolithotomy for staghorn stones", Arab journal of urology 2021, vol. 19, no. 2, 147-151.
8. Sarwar Noori Mahmood (2022) "Evaluation of mini-PCNL and RIRS for renal stones 1-2 cm in an economically challenged setting: A prospective cohort study", Annals of Medicine and Surgery 81 (2022) 104235.

# THỰC TRẠNG KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI DÂN VỀ PHÒNG CHỐNG TAI NẠN THƯƠNG TÍCH TẠI THỊ TRẤN HƯƠNG SƠN, PHÚ BÌNH, THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Bùi Thị Thu Hương<sup>1,2</sup>, Phạm Thị Thương Huyền<sup>2</sup>, Mai Anh Tuấn<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tai nạn thương tích (TNTT) là một vấn đề y tế công cộng toàn cầu đặc biệt ở các nước đang phát triển. Việc nâng cao kiến thức người dân về dự phòng TNTT là chìa khóa giảm thiểu TNTT nhập

viện và tử vong do TNTT. Nghiên cứu này tìm hiểu kiến thức phòng chống TNTT của người dân khu vực trung du miền núi huyện Phú Bình tỉnh Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả, cỡ mẫu 399 người dân tại địa điểm nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Các câu hỏi được thiết kế để đo lường kiến thức người dân về dự phòng TNTT nói chung. **Kết quả:** Hiểu biết của người dân về TNTT còn rất hạn chế. Chỉ 5,26% có hiểu biết đầy đủ về nguyên nhân TNTT; 19,05% biết về ảnh hưởng của TNTT; 1,5% có kiến thức về các loại TNTT trong gia đình; 0,75% có kiến thức về TNTT trong lao động và 15,54% có kiến thức về các biện pháp phòng chống TNTT. **Từ khóa:** Kiến thức, Tai nạn thương tích, dự phòng, Thái Nguyên.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Hương

Email: huongbuihithu@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023