

cũng thường được chỉ định để đánh giá bản chất khối u. Tuy nhiên, vai trò của chọc hút kim nhỏ trước phẫu thuật vẫn còn tranh cãi do tỉ lệ không chẩn đoán được cao ngay cả khi chọc hút được thực hiện dưới hướng dẫn của CT³. Sinh thiết lõi có độ chính xác cao hơn so với chọc hút kim nhỏ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1/3 BN sử dụng phương pháp này và cho kết quả phù hợp với mô bệnh học khối u sau phẫu thuật. Để đánh giá khả năng bộc lộ khối u qua đường miệng, các tác giả thường sử dụng phân loại Friedman-Mallampati và tiêu chuẩn 8T. Phẫu thuật nội soi qua đường miệng rất khó thực hiện trên các BN phân loại Friedman-Mallampati > 2 và/hoặc 8T bất lợi. Tóm lại, cần đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng một cách kỹ lưỡng trước phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Qua 3 Bệnh nhân được u khoảng bên họng được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi qua đường miệng chúng tôi thấy những khối u có ranh giới rõ, không xâm lấn, hướng đến lành tính thì phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt u khoang bên họng là một phương pháp hiệu quả, có nhiều ưu điểm và là lựa chọn phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bradley PJ, Bradley PT, Olsen KD.** Update on the management of parapharyngeal tumours. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;19(2):92-98.
2. **Chen Z, Chen YL, Yu Q, et al.** Excision of tumors in the parapharyngeal space using an endoscopically assisted transoral approach: a case series and literature review. *J Int Med Res.* 2019;47(3):1103-1113.
3. **Farrag TY, Lin FR, Koch WM, et al.** The role of pre-operative CT-guided FNAB for parapharyngeal space tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;136(3):411-414.
4. **Li L, London NR, Gao Y, Carrau RL, Chen X.** Endoscopic transoral approach for resection of retrostyloid parapharyngeal space tumors: Retrospective analysis of 16 patients. *Head Neck.* 2020;42(12):3531-3537.
5. **López F, Suárez C, Vander Poorten V, et al.** Contemporary management of primary parapharyngeal space tumors. *Head Neck.* 2019;41(2):522-535.
6. **Riffat F, Dwivedi RC, Palme C, Fish B, Jani P.** A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years. *Oral Oncol.* 2014;50(5):421-430.
7. **Shi X, Tao L, Li X, et al.** Surgical management of primary parapharyngeal space tumors: a 10-year review. *Acta Otolaryngol.* 2017;137(6):656-661.
8. **Van Hees T, van Weert S, Witte B, René Leemans C.** Tumors of the parapharyngeal space: the VU University Medical Center experience over a 20-year period. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018;275(4):967-972.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN PHỨC TẠP BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẪM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Đỗ Công Đoàn^{1,2}, Trương Công Thành², Trần Huỳnh Tuấn¹, Nguyễn Việt Phương¹, Lê Quang Trung¹, Nguyễn Đức Duy¹, Đặng Hoàng Minh¹, Nguyễn Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ ngày càng được áp dụng rộng rãi, dần thay thế mổ mở kinh điển trong điều trị sỏi thận. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận phức tạp bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt case, bệnh nhân được chẩn

đoán sỏi thận phức tạp và điều trị bằng phương pháp Mini-PCNL tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025. **Kết quả:** 40 trường hợp sỏi thận phức tạp được tiến hành tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. Trong đó có 25 nam - 15 nữ, tuổi trung bình $48,25 \pm 10,32$ tuổi, 92,5% nhập viện vì đau hông lưng. Diện tích bề mặt sỏi: 400 - 799 mm² chiếm 42,5% ; 800 - 1599 mm² chiếm 35%. Chọc dò vào nhóm đài giữa chủ yếu với tỷ lệ 77,5%, nhóm đài dưới chiếm 7,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình $85,3 \pm 18,3$ phút. Không ghi nhận tai biến trong mổ. 2 trường hợp biến chứng sau mổ (5%). Tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ là 42,5%, sau tán lần 2 là 62,5%. Tỉ lệ sạch sỏi chung, sau tái khám 1 tháng là 75%. Kết quả điều trị tốt chiếm tỉ lệ 57%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận phức tạp bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ cho thấy sự hiệu quả và an toàn với tỉ lệ sạch sỏi thành công tương đối cao, ít tai biến, biến chứng.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: nthieu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025

Từ khoá: Sỏi thận, sỏi thận phức tạp, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, Mini-PCNL.

SUMMARY

MINI-PCNL FOR COMPLEX KIDNEY STONES: TREATMENT OUTCOMES AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Mini-percutaneous nephrolithotomy (Mini-PCNL) has gained widespread adoption, progressively replacing traditional open surgery as a preferred method for treating kidney stones due to its minimally invasive nature.

Objective: To assess the efficacy and outcomes of Mini-PCNL in managing complex kidney stones at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Materials and Methods: A descriptive case series study was conducted on patients diagnosed with complex kidney stones and treated with Mini-PCNL at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2024 to January 2025. **Results:** 40 patients with complex kidney stones underwent Mini-PCNL. The cohort comprised 25 males and 15 females, with a mean age of 48.25 ± 10.32 years. Back pain was the primary reason for hospitalization, reported in 92.5% of cases. Stone surface area ranged from 400–799 mm² in 42.5% of cases and 800–1599 mm² in 35%. Puncture access was predominantly through the middle calyx group (77.5%), followed by the lower calyx group (7.5%). The average operative time was 85.3 ± 18.3 minutes, with no intraoperative complications observed. Postoperative complications occurred in 2 cases (5%). Post-surgery, the initial stone clearance rate was 42.5%, improving to 62.5% after a second nephrolithotomy. One month post-treatment, the overall stone clearance rate reached 75%. Favorable treatment outcomes were achieved in 57% of cases. **Conclusions:** Mini-PCNL proved to be an effective and safe approach for treating complex kidney stones, demonstrating a high stone clearance rate and minimal complications. This technique represents a significant advancement in the management of complicated kidney stone cases.

Keywords: Kidney stones, complex kidney stones, Mini-Percutaneous Nephrolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh lý phổ biến trên toàn cầu, xếp thứ ba trong số các bệnh lý của hệ tiết niệu. Ngày nay, các kỹ thuật và phẫu thuật ít xâm lấn như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm và lấy sỏi thận qua da (Percutaneous Nephrolithotomy-PCNL) đã thay thế hiệu quả phương pháp mổ mở truyền thống tồn tại qua nhiều thập kỷ. Nhằm giảm thiểu tai biến, biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện, các nhà khoa học đã phát triển phương pháp thu nhỏ đường hầm vào thận xuống ≤ 22 Fr, được gọi là tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini-Percutaneous Nephrolithotomy: mini-PCNL) và thậm chí nhỏ hơn nữa với kích thước 4,8-8 Fr,

gọi là tán sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ (Micro-Percutaneous Nephrolithotomy). Trong thực tế lâm sàng tại Việt Nam, không ít bệnh nhân nhập viện với sỏi thận phức tạp, kích thước lớn và nhiều trường hợp đã gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng thận [1]. Vì vậy, việc điều trị tích cực sỏi thận phức tạp trở nên cần thiết nhằm đạt được mục tiêu loại bỏ hoàn toàn sỏi, giải phóng tắc nghẽn, ngăn ngừa nguy cơ nhiễm khuẩn, đồng thời bảo tồn và cải thiện chức năng thận.

Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, từ năm 2021, kỹ thuật mini-PCNL đã được triển khai để điều trị sỏi thận, sử dụng năng lượng laser công suất cao 80W. Dựa trên những kinh nghiệm tích lũy từ việc áp dụng phương pháp này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi thận phức tạp chỉ định điều trị bằng phương pháp Mini-PCNL tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 1 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả BN được chẩn đoán sỏi thận phức tạp đến khám, điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu, đồng ý tham gia và thỏa 1 trong các tiêu chuẩn:

- + Sỏi san hô toàn phần/bán phần, sỏi > 30mm.
- + Nhiều viên (>2 viên, kích thước tối thiểu > 5mm)
- + Bất thường về giải phẫu thận, sỏi thận trên thận móng ngựa, thận đơn độc, thận lạc chỗ, thận ghép.
- + Sỏi thận tái phát có sẹo mổ cũ.
- + BN dị tật cột sống chẻ đôi hoặc tổn thương tủy sống.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp chống chỉ định của phương pháp tán sỏi qua da như chống chỉ định gây mê toàn thân; BN có bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch không ổn định: bệnh lý mạch vành, suy tim nặng, rối loạn nhịp tim nặng chưa kiểm soát; bệnh lý hô hấp không ổn định: lao phổi, COPD, hen; suy thận nặng, khối u ở thận cùng bên; bệnh lý chuyển hóa: đái tháo đường, cường giáp, cushing,... chưa được kiểm soát; phụ nữ đang mang thai.

2.2. Nội dung và phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu

mô tả loạt ca.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian từ tháng 1/2024 – 01/2025.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu:

Kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ.

Vô cảm: Mê nội khí quản.

Thì 1: Soi bằng quang đặt catheter niệu quản ngược dòng và đặt JJ lên bể thận qua niệu đạo.

Thì 2: Chọc dò và nong đường hầm vào thận: BN tư thế nằm nghiêng, bơm nước làm giãn thận qua Catheter niệu quản. Chọc dò vào đài thận dưới hướng dẫn siêu âm, dấu hiệu nhận biết kim đã vào đài thận là có nước chảy ra ở đốc kim, hoặc có dấu hiệu chạm sỏi. Nong đường hầm vào thận và đặt Amplatz cỡ 18Fr.

Thì 3: Tán sỏi: Tán sỏi bằng laser holmium 80W thành các mảnh nhỏ và lấy ra dưới áp lực nước. Kết thúc tán sỏi và đặt dẫn lưu thận ra da qua đường hầm, kéo ép và cố định.

- Một số đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, bên thận can thiệp, tiền sử can thiệp ngoại khoa sỏi thận cùng bên. Kích thước, số lượng sỏi. Đặc điểm sỏi thận trên chẩn đoán hình ảnh, điểm S.T.O.N.E và GSS.

- Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian phẫu thuật; số lượng đường hầm; vị trí chọc dò. Thời gian hậu phẫu, tỷ lệ phẫu thuật thành công, tỷ lệ sạch sỏi, thất bại. Các tai biến, biến chứng: Phân loại tai biến biến chứng theo bảng phân loại Clavien-Dindo áp dụng với đối tượng tán sỏi qua da theo tác giả Tefekli (2008) [2]. Đánh giá chảy máu trong mổ và sau mổ, sốt, nhiễm khuẩn niệu, tổn thương thận cấp, tổn thương các cơ quan lân cận... bao gồm:

+ Tốt: sạch sỏi và không có biến chứng nặng (độ 0-IIIa theo phân loại Clavien-Dindo)

+ Trung bình: sỏi sỏi không đáng kể (sỏi <10mm) và < 3 viên) không biến chứng nặng

+ Xấu: sỏi sỏi đáng kể (sỏi > 10mm hoặc nhiều hơn 3 viên) hoặc có biến chứng nặng (độ IIIB-V theo phân loại Clavien-Dindo).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

- Tuổi trung bình là 48,25 ± 10,32, nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất 74 tuổi. Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỉ lệ nhiều nhất 45%.

- Có 25 BN nam – 15 bệnh nhân nữ.

- Đau hông lưng là triệu chứng chủ yếu chiếm 92,5%

- ASA I 4 BN (10%); ASA II: 32 (85%); ASA III: 2 (5%);

- BMI trung bình: 22,8 ± 2.9 (18-26).

- Sỏi bên phải 23 (57,5%); Sỏi bên trái 17

(42,5%), không có trường hợp phẫu thuật cả 2 bên.
- Sỏi mổ lần đầu 32 (80%); Sỏi tái phát 8 (20%)

- Diện tích bề mặt sỏi: < 400mm²: 7 trường hợp (17,5%); 400 - 799mm²: 17 trường hợp (42,5%); 800 – 1599mm²: 14 trường hợp (35%); ≥1600mm²: 2 trường hợp (5%).

- Đa số BN có thận không ứ nước (75%) hoặc ứ nước độ I (20%).

3.2. Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm trong mổ của nhóm nghiên cứu (n=40)

Đặc điểm		Kết quả	
Số lượng đường hầm	Một đường hầm	Trên	0 (0%)
		Giữa	31 (77,5%)
		Dưới	7 (17,5%)
Nhiều đường hầm		2 (5%)	
Dẫn lưu thận	Có dẫn lưu thận ra da	40 (100%)	
	Không dẫn lưu thận (tubeless)	0 (0%)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		85,3 ± 18,3	
Tai biến trong mổ	Chảy máu phải truyền máu	0 (0%)	
	Chuyển mổ hở	0 (0%)	
	Tổn thương các tạng xung quanh	0 (0%)	
Mức độ sạch sỏi sau mổ	Sạch sỏi	17 (42,5%)	
	Còn sỏi	23 (57,5%)	

Nhận xét: Có 95% các trường hợp chỉ cần 1 đường hầm vào đài giữa thận (77,5%) hoặc đài dưới (17,5%); 5% cần ≥2 đường hầm. 100% trường hợp đặt dẫn lưu thận sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình 85,3 ± 18,3 phút (nhẹ nhất 60 phút, lâu nhất 130 phút). Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ lần đầu đạt 42,5%. Không ghi nhận biến chứng chảy máu, chuyển mổ hở hay nút mạch sau mổ.

3.3. Đặc điểm nhóm nghiên cứu sau phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm sau phẫu thuật (n=40)

Đặc điểm		Kết quả
Phẫu thuật lần 2 (n=8)	Đi theo đường hầm cũ	5(62,5%)
	Tạo đường hầm mới	3 (37,5%)
Phẫu thuật lần 3 (n=3)	Đi theo đường hầm cũ	3 (100%)
	Tạo đường hầm mới	0 (0%)
Tỷ lệ sạch sỏi (n=40)	Sau lần đầu phẫu thuật	17 (42,5%)
	Sau phẫu thuật lần 2	25 (62,5%)
	Sau phẫu thuật lần 3	28 (67,5%)
	Tái khám sau 1 tháng	30 (75%)
Biến chứng	Sốt	6 (15%)
	Shock nhiễm khuẩn	1 (2,5%)
	Chảy máu phải truyền	1 (2,5%)

	máu	
	Chảy máu phải xử trí nút mạch	0 (0%)
	Tụt ống dẫn lưu	0 (0%)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		6,27 ± 3,2

Nhận xét: 11 BN được tư vấn phẫu thuật lần 2 và 3 để điều trị sỏi triệt để trong đó 62,5% trường hợp dùng đường hầm cũ và 37,5% trường hợp tạo đường hầm mới. Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật lần 2 và 3 lần lượt là 62,5% và 67,5%. Sau 1 tháng tái khám, có 75% BN sạch sỏi hoàn toàn. Biến chứng phổ biến sau mổ là sốt (15%), với 1 ca (2,5%) shock nhiễm khuẩn được điều trị ICU ổn định sau 4 ngày và 1 ca (2,5%) thiếu máu được truyền 2 đơn vị hồng cầu, bệnh ổn định sau can thiệp. Không ca nào cần nút mạch. Thời gian nằm viện trung bình 6,23 ± 1,19 ngày.

Bảng 3. Tai biến, biến chứng theo Dindo-Clavien (n=40)

Tai biến, biến chứng	Số BN (n=40)	Tỷ lệ %
Không biến chứng	32	80
Độ I	6	15
Độ II	1	2,5
Độ III	0	0
Độ IV	1	2,5
Độ V	0	0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy 20% trường hợp gặp biến chứng sau mổ với 15% biến chứng độ I, độ II và IV cùng chiếm tỷ lệ 2,5%.



Biểu đồ 1. Kết quả chung theo tiêu chí của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Hầu hết BN có kết quả điều trị tốt, chiếm 57%, 10 BN có kết quả điều trị trung bình (25%) và 7 BN có kết quả điều trị xấu (18%) do tỉ lệ sỏi sỏi cao sau tán sỏi đối với sỏi thận phức tạp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu trên 40 BN đủ tiêu chuẩn cho thấy tuổi trung bình 48,25 ± 10,32 tuổi, nhóm 50-59 tuổi chiếm cao nhất (45%), tỷ lệ nam:nữ là 1,67:1. So sánh, nghiên cứu của Hoàng Văn Thiệp (139 BN) ghi nhận tuổi trung bình 52,99,

tỷ lệ nam:nữ 1,57:1 [3]; nghiên cứu của Lê Trọng Khôi (120 nam, 67,42%) có tuổi trung bình 51,10 ± 11,07 tuổi, chủ yếu 40-60 tuổi (65,73%) [4]. Đặc điểm tuổi, giới của nghiên cứu này tương đồng với các tác giả khác.

4.2. Sỏi thận phức tạp. Khái niệm của Rassweiler tương đối đầy đủ và rõ ràng về sỏi phức tạp [5]. Sỏi thận phức tạp bao gồm các yếu tố như gánh nặng sỏi và sự phân bố của sỏi; bất thường về giải phẫu học bên trong thận; có thể suy giảm chức năng thận; nhiễm khuẩn đường tiết niệu đi kèm.

Sự phức tạp về phương diện gánh nặng sỏi do kích cỡ và hình dạng sỏi. Phần lớn thường là sỏi san hô, kích thước lớn, có nhánh lan rộng đến đài thận. Nghiên cứu của chúng tôi đo diện tích sỏi bằng thước, đơn giản và dễ áp dụng. Kết quả trên 40 trường hợp cho thấy diện tích bề mặt sỏi: <400mm²: 7 ca (17,5%); 400-799mm²: 17 ca (42,5%); 800-1599mm²: 14 ca (35%); ≥1600mm²: 2 ca (5%). (Tính tổng đường kính lớn nhất của các viên sỏi trong trường hợp nhiều sỏi).

4.3. Kết quả của phương pháp lấy sỏi thận phức tạp qua da. Lựa chọn đường vào thận và thiết lập thành công đường hầm qua da là yếu tố quyết định thành công của Mini-PCNL. Đường vào khó khăn, không chính xác có thể gây thất bại và tăng biến chứng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn dò chủ yếu vào đài giữa (chiếm 77,5%) trong khi đài dưới chỉ chiếm 7,5%. Kết quả này tương đồng với Khurshid R Ghani và Trần Đức Dũng [6], [7].

Lựa chọn tư thế BN thực hiện mini-PCNL phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Khai sinh của PCNL là tư thế BN nằm sấp để dễ chọc dò vào thận, vùng phẫu thuật rộng, dễ thao tác, tuy nhiên có thể ảnh hưởng đến gây mê. Trong nghiên cứu này, 100% BN ở tư thế nằm nghiêng có kê 1 gối vùng hông lưng giúp quá trình thao tác thuận lợi. Bên cạnh đó, tư thế nằm nghiêng sẽ giảm nguy cơ ảnh hưởng hô hấp, tuần hoàn, dễ theo dõi và phát hiện sớm biến chứng tổn thương các tạng, dịch vào ổ bụng và sau phúc mạc.

Với sỏi san hô phức tạp, sử dụng nhiều đường hầm được khuyến cáo để tăng tỷ lệ sạch sỏi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5% BN cần nhiều đường hầm, giúp tiếp cận sỏi ở vị trí khó. Tuy nhiên, phương pháp này tăng nguy cơ biến chứng như giả phình mạch, đòi hỏi phẫu thuật viên cần nhắc kỹ hiệu quả và rủi ro.

Mini-PCNL là phương pháp thường dùng điều trị sỏi thận phức tạp (sỏi san hô, sỏi thận tái phát, sỏi sỏi). Phương pháp này có thể gây tổn thương thận nên việc đặt dẫn lưu thận là cần thiết và thường quy. Với các trường hợp không

đặt dẫn lưu thận thì phải đặt ống thông niệu quản hoặc thông JJ. Chúng tôi tiến hành đặt thông JJ và dẫn lưu thận 100% các trường hợp sau phẫu thuật. Ngoài tác dụng dẫn lưu nước tiểu, máu cục và dịch tồn lưu sau phẫu thuật, dẫn lưu thận còn có tác dụng cầm máu trong các trường hợp chảy máu, hoặc trong trường hợp cần nội soi thận lần hai.

Thời gian phẫu thuật nói chung, bao gồm Mini-PCNL là yếu tố quan trọng liên quan đến giảm biến chứng và hồi phục sớm sau phẫu thuật. Thời gian thực hiện Mini-PCNL được tính từ lúc nội soi niệu đạo đặt ống niệu quản cho đến khi đặt dẫn lưu thận (kết thúc phẫu thuật). Do đó, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nhanh nhất có thể mà vẫn đảm bảo hiệu quả với thời gian trung bình là $85,3 \pm 18,3$ phút, trong đó 52,9% ca có thời gian từ 60-120 phút, tương đương các nghiên cứu trong và ngoài nước [4], [8], [9].

4.4. Sốt sỏi và các phương pháp điều trị bổ sung. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 42,5% BN sạch sỏi sau 1 lần thực hiện Mini-PCNL. Với sỏi lớn, khó tiếp cận hoặc chảy máu, BN được tư vấn tán sỏi lần 2 hoặc 3. Kết quả: 70% (30/40) sạch sỏi hoàn toàn hoặc sỏi sỏi <4mm, được kiểm tra bằng C-arm và tái khám, thấp hơn so với các nghiên cứu trước [8], [10].

Mini-PCNL cho sỏi phức tạp khó do nguy cơ chảy máu, sỏi rải rác và tổn thương thận. Trong nghiên cứu này có 25% ca thành công ở mức trung bình được chúng tôi giải quyết tắc nghẽn, lấy sỏi tối đa có thể mà không hại thận. Bên cạnh đó, kết quả điều trị tốt chiếm 57% do tỉ lệ sỏi sỏi cao sau tán sỏi đối với sỏi thận phức tạp. So sánh Mini-PCNL (mPCNL) với PCNL chuẩn (sPCNL): nghiên cứu của Lê Trọng Khôi cho thấy tỉ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu tăng dần theo thời gian từ sau mổ đến khi tái khám tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng lần lượt của nhóm mPCNL là 89,90%, 91,01%, 91,01% và của nhóm sPCNL là 91,01%, 93,26% và 94,38%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, cho thấy hiệu quả tương đương [4]. Tuy nhiên cũng trong nghiên cứu này, sự chênh lệch Hb và Hct trước và sau mổ của nhóm mPCNL thấp hơn nhóm sPCNL có ý nghĩa thống kê, cho thấy mPCNL giảm mất máu hơn sPCNL [4].

4.5. An toàn về phương diện tai biến biến chứng. Trong nghiên cứu này, tất cả BN được đánh giá kỹ trước mổ, điều này góp phần giúp tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 100%, không trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay dừng lại do tai biến. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 15% BN có sốt sau phẫu thuật liên quan đến sỏi phức tạp, nhiễm khuẩn, thời gian

mổ dài, chảy máu nhiều. Các ca sốt được chỉ định CRP, Pro-calcitonin để theo dõi và tiên lượng tình trạng nhiễm khuẩn và sử dụng nâng bậc kháng sinh để điều trị ngay khi có triệu chứng sốt nên hầu hết BN cắt sốt sau 2-3 ngày. Có 1 trường hợp diễn tiến shock nhiễm khuẩn phải chuyển ICU dùng vận mạch, BN ổn định sau 4 ngày được chuyển lại Khoa tiết niệu theo dõi và ra viện sau 8 ngày.

Chảy máu là tai biến thường gặp trong Mini-PCNL do tổn thương nhu mô thận, mạch máu khi chọc dò, nong đường hầm vào thận. Chúng tôi đánh giá mất máu qua mức giảm Hemoglobine sau mổ so với trước mổ. Truyền máu được chỉ định khi tình trạng chảy máu tiếp diễn thể hiện qua biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng, huyết động không ổn định, tiếp tục chảy máu qua ống thông thận, thông niệu đạo và Hb giảm. Trong nghiên cứu này, có 1 trường hợp hậu phẫu thông thận và thông niệu đạo vẫn ra dịch đỏ, kèm biểu hiện thiếu máu như mạch nhanh, da niêm nhạt, Hb sau mổ vẫn > 8 mg/dl nhưng đã giảm 3 mg/dl, được truyền 3 đơn vị máu và kết hợp các biện pháp như nghỉ ngơi tại giường, cột thông thận, bù dịch, thuốc cầm máu, sau đó BN ổn định và xuất viện sau 5 ngày.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy Mini-PCNL là phương pháp điều trị phẫu thuật hiệu quả, an toàn với tỉ lệ sạch sỏi thành công tương đối cao, ít tai biến, biến chứng và thời gian hậu phẫu ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rule A.D., Krambeck A.E., Lieske J.C.** (2011). Chronic kidney disease in kidney stone formers. *Clin J Am Soc Nephrol.* 6(8):2069-75. Doi: 10.2215/CJN.10651110.
2. **Tefekli A., Ali Karadag M., Tepeler K. et al.** (2008). Classification of percutaneous nephrolithotomy complications using the modified clavian grading system: looking for a standard. *Eur Urol.* 53(1):184-90. Doi: 10.1016/j.eururo.2007.06.049.
3. **Hoàng Văn Thiệp, Trần Đức Quý, Vũ Thị Hồng Anh và cộng sự** (2023). Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 524(1A). Doi: <https://doi.org/10.51298/vmi.v524i1A.4626>
4. **Lê Trọng Khôi, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng** (2024). So sánh hiệu quả của phẫu thuật lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ với đường hầm tiêu chuẩn điều trị sỏi thận đơn giản. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 537(1B). Doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i1B.9176>
5. **Rassweiler J.J., Renner C., Eisenberger F.** (2000). The management of complex renal stones. *BJU Int.* 86(8):919-28. Doi: 10.1046/j.1464-410x.2000.00906.x

6. **Trần Đức Dũng, Hoàng Long, Nguyễn Việt Hải và cộng sự** (2024). Kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ trên thận đã can thiệp ngoại khoa điều trị sỏi thận. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacv*. 19(8). Doi: <https://doi.org/10.52389/ydls.v19i8.2489>
7. **Ghani K.R., Andonian S., Bultitude M. et al.** (2016). Percutaneous Nephrolithotomy: Update, Trends, and Future Directions. *Eur Urol*. 70(2):382-96. Doi: 10.1016/i.eururo.2016.01.047.
8. **Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành** (2024). Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện 19-8, bộ công an. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 533(2). Doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i2.7960>
9. **Kurtulus F.O., Fazlioglu A., Tandoqdu Z. et al.** (2008). Percutaneous nephrolithotomy: primary patients versus patients with history of open renal surgery. *J Endourol*. 22(12):2671-5. Doi: 10.1089/end.2007.0431.
10. **Wan C., Wana D., Xiana J., et al.** (2022). Comparison of postoperative outcomes of mini percutaneous nephrolithotomy and standard percutaneous nephrolithotomy: a meta-analysis. *Urolithiasis*. 50(5):523-533. Doi: 10.1007/s00240-022-01349-8.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ LẤY MÁU TỤ TRONG NÃO ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

Dương Tùng Anh¹, Hồ Nguyên Hải¹

PATIENTS AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu 54 bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết não do tăng huyết áp có chỉ định phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não tại khoa Ngoại thần kinh-Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 56,61±10,08 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 3,5; vị trí khối máu tụ vùng nhân bèo-bao trong chiếm 68,5%, thùy não chiếm 31,5%; thể tích khối máu tụ trung bình là 74,10 ± 26,92cm³; liệt nửa người chiếm 94,4%; giãn đồng tử cùng bên chiếm 22,2%, tăng huyết áp độ III chiếm 66,6%; điểm Glasgow trung bình trước mổ là 9,56 ± 2,13; điểm Glasgow trung bình sau 06 tháng là 12,41 ± 2,54; kết quả phẫu thuật sau 06 tháng Tốt và khá chiếm 68,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não là một lựa chọn điều trị quan trọng đối với bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp, đặc biệt khi kích thước khối máu tụ lớn hoặc các triệu chứng tiên lượng nặng.

Từ khóa: Xuất huyết não tự phát, tăng huyết áp, phẫu thuật mở sọ, Glasgow.

SUMMARY

THE RESULT OF CRANIOTOMY FOR HEMATOMA EVACUATION IN THE TREATMENT OF INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN HYPERTENSIVE

Research Objective: To evaluate the surgical outcomes of craniotomy for hematoma evacuation in the treatment of intracerebral hemorrhage in hypertensive patients at Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Research Method:** A descriptive, cross-sectional study, both retrospective and prospective, involving 54 patients diagnosed with hypertensive intracerebral hemorrhage who underwent craniotomy for hematoma evacuation at the Neurosurgery Department of Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Results:** The average age was 56.61 ± 10.08 years; the male/female ratio was 3.5:1. The location of the hematoma was in the basal ganglia-thalamus region in 68.5%, and in the cerebral hemisphere in 31.5%. The average hematoma volume was 74.10 ± 26.92 cm³. Hemiplegia occurred in 94.4% of patients, with ipsilateral pupil dilation in 22.2%. Hypertension grade III was found in 66.6%. The mean Glasgow Coma Scale (GCS) score before surgery was 9.56 ± 2.13, and the mean GCS score after 6 months was 12.41 ± 2.54. After 6 months, 68.5% of patients had good or fair surgical outcomes. **Conclusion:** Craniotomy for hematoma evacuation is a critical treatment option for patients with hypertensive intracerebral hemorrhage, especially when the hematoma size is large or there are severe prognostic symptoms. **Keywords:** Spontaneous intracerebral hemorrhage, hypertension, craniotomy, Glasgow Coma Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não (XHN) được dùng đồng nghĩa với chảy máu não, hay máu tụ trong não là tình trạng máu thoát vào trong nhu mô não, sau đó sẽ được bao bọc lại bởi một vỏ màng tân tạo và được gọi là khối máu tụ (hematoma). Phần lớn XHN được điều trị bảo tồn tại các khoa nội thần kinh, đột quỵ. Nếu xuất huyết gây máu

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Dương Tùng Anh

Email: tungmu31071994@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025