

[8]. Các đặc điểm mật độ âm, đường bờ, hình dạng và vôi hóa có sự khác biệt giữa các nhóm TIRADS 4 và 5 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra kết luận: Tỷ lệ ung thư tuyến giáp qua chọc hút tế bào kim nhỏ ở bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 4, 5 có yếu tố nguy cơ cao là 93%, nhóm nhân TIRADS 4 tỷ lệ ác tính là 88%, nhóm TIRADS 5 tỷ lệ ác tính là 94%. Về kết quả tế bào học so sánh với kết quả giải phẫu bệnh là ung thư: 100% nhóm Bethesda VI, 96,5% nhóm Bethesda V. Về yếu tố nguy cơ: có 11,5% bệnh nhân có tiền sử gia đình có ung thư tuyến giáp, 28,5 % tiền sử gia đình bướu nhân tuyến giáp. Có 13,5 % bệnh nhân có tiền sử viêm tuyến giáp và basedow. Về siêu âm nhóm nhân TIRADS 5 có tỷ lệ rất giảm âm là 23,08%; tỷ lệ vôi hóa là 67,13% cao hơn nhóm TIRADS 4 và có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm phình bao, xâm lấn bao giáp ở nhóm nhân TIRADS 5 khá cao (81,1%) tuy chưa có ý nghĩa thống kê nhưng gợi ý nguy cơ xâm lấn ngoài bao giáp cần quan tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deng Y., Li H., Wang M. et al (2020). Global Burden of Thyroid Cancer From 1990 to 2017. JAMA Netw Open, 3(6), e208759.
2. Viện Ung thư Quốc gia (2022). Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. accessed: 07/11/2024.
3. Nandedkar S.S., Dixit M., Malukani K et al (2018). Evaluation of Thyroid Lesions by Fine-needle Aspiration Cytology According to Bethesda System and its Histopathological Correlation. Int J Appl Basic Med Res, 8(2), 76.
4. Hạnh T.T.H., Hoàng N.H., Hoa V.T. và cộng sự. (2021). Giá trị của phối hợp hai phương pháp chọc hút tế bào và siêu âm trong chẩn đoán nhân ung thư tuyến giáp. J 108 - Clin Med Pharmacy.
5. Yoon J.H., Lee H.S., Kim E.-K. et al (2019). Follow-Up Strategies for Thyroid Nodules with Benign Cytology on Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration: Malignancy Rates of Management Guidelines Using Ultrasound Before and After the Era of the Bethesda System. Thyroid Off J Am Thyroid Assoc, 29(9), 1227–1236.
6. Cibas E.S., Ali S.Z., et. NCI Thyroid FNA State of the Science Conference (2009). The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology. Am J Clin Pathol, 132(5), 658–665.
7. Byun S.-H., Min C., Choi H.-G. et al (2020). Association between Family Histories of Thyroid Cancer and Thyroid Cancer Incidence: A Cross-Sectional Study Using the Korean Genome and Epidemiology Study Data. Genes, 11(9), 1039.
8. Wang H., Zhao S., Yao J. et al (2023). Factors influencing extrathyroidal extension of papillary thyroid cancer and evaluation of ultrasonography for its diagnosis: a retrospective analysis. Sci Rep, 13(1), 18344.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ MẮC VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NHIỄM RSV TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đinh Thị Phương Mai^{1,2}, Bùi Thị Hoàng Ngân¹, Nguyễn Thị Hương¹,
Nguyễn Thị Diệu Thúy², Nguyễn Thị Hồng Nhung²

TÓM TẮT

RSV là virus gây viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) phổ biến nhất trẻ em. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em mắc viêm phổi nhiễm RSV trong cộng đồng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 93 bệnh nhi đến khám tại phòng khám của trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán VPCĐ nhiễm RSV từ tháng 9/2023 – 9/2024. Xác định nhiễm RSV bằng kỹ thuật PCR tại dịch tỵ hầu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV là 21 tháng. Bệnh nhân ngoại trú

chiếm 69,9%. Đa số gặp đồng vi khuẩn (79/93=84,9%). Vi khuẩn đồng nhiễm phổ biến nhất là Haemophilus influenzae (64,5%), Streptococcus pneumoniae (62,4%). Các triệu chứng lâm sàng phổ biến tại đường hô hấp gồm ho (98,9%), phổi có ran ẩm (89,2%), thở nhanh so với tuổi (84,9%), chảy mũi (79,6%), nôn (52,8%). Các triệu chứng nặng ít gặp hơn như: khó thở (28%), bú kém (26,9%) và SpO₂ < 95% (11,8%). Đặc điểm công thức máu thể hiện tình trạng nhiễm virus với 73,1% số lượng bạch cầu và 84,9% số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trong giới hạn bình thường. Giá trị CRP.hs trung bình là 11,03±16,24 mg/L và > 50% số ca bệnh có CRP.hs ≤ 5 mg/L. Không tìm thấy sự khác biệt về tuổi, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm đã dùng và chưa dùng kháng sinh tại nhà. **Kết luận:** Trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV đa phần thể nhẹ, chỉ cần điều trị ngoại trú. Hơn 4/5 trẻ có nhiễm vi khuẩn kèm theo, phổ biến nhất là Haemophilus influenzae và Streptococcus pneumoniae.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Phương Mai

Email: dtcmai56@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

Từ khóa: Viêm phổi, virus hợp bào hô hấp, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH RSV COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE PEDIATRIC CENTER - BACH MAI HOSPITAL

RSV is the most common viral pathogen of community-acquired pneumonia (CAP) in children.

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of children with RSV pneumonia in the community. **Methods:** There was a case series study in 93 children with RSV pneumonia at the Pediatric Center of Bach Mai Hospital from September 2023 to September 2024. The nasopharyngeal swab specimens were collected and tested for RSV using the real-time polymerase chain reaction (RT-PCR).

Results: The mean age of children with RSV pneumonia was 21 months. Outpatients accounted for 69.9%. Co-infection was 84.9% (79/93), with Haemophilus influenzae (64.5%) and Streptococcus pneumoniae (62.4%). Common clinical symptoms were: cough (98.9%), moist rales (89.2%), tachypnea (84.9%), rhinorrhea (79.6%), vomiting (52.8%). Severe symptoms were less common, including dyspnea (28%), poor feeding (26.9%), and SpO₂ < 95% (11.8%). Cell blood count showed viral infection with normal white blood cell count (73.1%) and normal neutrophil count (84.9%). The CRP.hs level was 11.03 ± 16.24 mg/L, and > 50% of cases was ≤ 5 mg/L. No differences were found in age at onset, clinical and subclinical signs between the antibiotic use group and no antibiotic use group at home. **Conclusion:** Children with RSV is often mild pneumonia, that require outpatient treatment. More than 4/5 of children with RSV pneumonia have co-infection with bacteria, most commonly Haemophilus influenzae and Streptococcus pneumoniae.

Keywords: Pneumonia, RSV, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) đã và đang tiếp tục đóng vai trò là nguyên nhân chính khiến trẻ em, đặc biệt trẻ nhỏ < 5 tuổi phải đi khám, nhập viện thậm chí tử vong. Theo nhiều nghiên cứu thì virus vẫn là nguyên nhân chính gây viêm phổi ở trẻ nhỏ, đặc biệt phải kể đến virus hợp bào hô hấp (RSV). Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng, kháng sinh từ trước đến nay luôn là thuốc đầu tay điều trị viêm phổi ở trẻ em, đặc biệt ở những nước đang và kém phát triển, nơi mà chẩn đoán nguyên nhân còn gặp khó khăn và tỷ lệ bội nhiễm còn cao. Sự tiến bộ trong kỹ thuật PCR đã giúp phát hiện nhiều hơn tỷ lệ đồng nhiễm các vi sinh vật trong bệnh lý đường hô hấp. Một nghiên cứu mới nhất năm 2020-2021 của Trần Quang Khải và cộng sự tại Cần Thơ bằng xét nghiệm PCR đa môi dịch tị hầu đã tìm thấy tỉ lệ đồng nhiễm vi sinh vật trong VPCĐ ở trẻ em lên tới 85%, tỷ lệ đồng nhiễm của RSV

với vi khuẩn trong số những ca mắc VPCĐ liên quan RSV chiếm 94,3% [3]. Tuy nhiên, những nghiên cứu được thực hiện tại Việt nam đều mới chỉ ưu tiên tập trung đến đối tượng VPCĐ nặng phải nhập viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hi vọng hoàn thiện bức tranh toàn cảnh về tình trạng nhiễm RSV ở trẻ mắc VPCĐ. Ngoài ra chúng tôi cũng muốn tìm hiểu những biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc VPCĐ liên quan RSV, trong bối cảnh sau đại dịch COVID-19 và tỷ lệ phát hiện đồng nhiễm đang ngày càng gia tăng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân mắc VPCĐ liên quan đến RSV, đến khám tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2023-9/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y Tế 2014 [1] có xét nghiệm Realtime PCR đa môi dịch tị hầu dương tính với RSV.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm phổi đã điều trị tại các bệnh viện khác trên 48 giờ. Viêm phổi do hít, sặc, đuối nước.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, thực tế chúng tôi thu thập được 93 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân viêm phổi được thăm khám và hỏi bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xét nghiệm Realtime PCR đa môi dịch tị hầu theo qui trình chuẩn của Khoa Vi sinh – Đại học Y Hà Nội và khuyến cáo của nhà sản xuất bộ kit Allplex™ Respiratory Panel 1-4 xác định cùng lúc 19 tác nhân virus và 7 tác nhân vi khuẩn. Tất cả xét nghiệm Realtime PCR đa môi hoàn toàn được tài trợ kinh phí từ dự án KOICA do công ty Seegene Medical Foundation phối hợp thực hiện.

Xử lý số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 p<0,05 là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

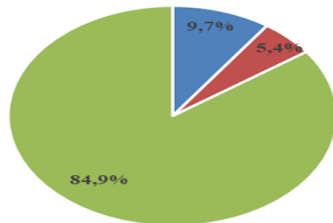
Chỉ số	N = 93	
	n	%
Tuổi		
Trung vị (tháng)	18 (12 ngày-96 tháng)	
≤ 6 tháng	14	15,1
6 tháng - 2 tuổi	50	53,7

2 - 5 tuổi	26	28
> 5 tuổi	3	3,2
Giới		
Nam	47	50,5
Nữ	46	49,5
Điều trị kháng sinh trước khi đến viện		
Đã dùng	36	38,7
Chưa dùng	57	61,3
Thời gian trung bình trước khi đến viện: (ngày)	3,78 ± 2,3	
Điều trị		
Nội trú	28	30,1
Ngoại trú	65	69,9

Nhận xét: Tuổi trung vị trẻ mắc viêm phổi nhiễm RSV là 18 tháng, nhỏ nhất là 12 ngày và lớn nhất là 96 tháng tuổi. Tỷ lệ nhiễm RSV ở trẻ ≤ 6 tháng, 6 tháng - 2 tuổi, 2 - 5 tuổi và > 5 tuổi lần lượt là: 15,1%; 53,7%; 28% và 3,2%. Số bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi đến khám chiếm 38,7%. Thời gian bị bệnh trước khi đến viện trung bình là 3 ngày.

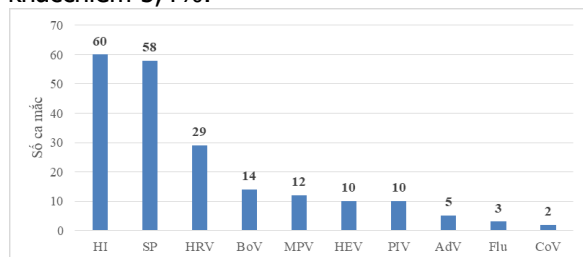
Tình trạng nhiễm RSV

- Đơn nhiễm RSV
- Đồng nhiễm RSV không có VK
- Đồng nhiễm RSV có mặt VK



Biểu đồ 1: Tình trạng nhiễm RSV

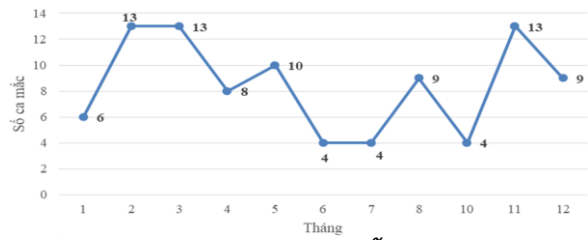
Nhận xét: Tỷ lệ đồng nhiễm RSV có mặt vi khuẩn chiếm 84,9%, đơn nhiễm RSV chiếm 9,7% và đồng nhiễm RSV chỉ với virus khác chiếm 5,4%.



Biểu đồ 2: Vi sinh vật đồng nhiễm với RSV

HI: Haemophilus influenzae, SP: Streptococcus pneumoniae, HRV: Rhinovirus, BoV: Bocavirus, Flu: Cúm, MPV: Metapneumovirus, HEV: Enterovirus, PIV: Parainfluenza virus, AdV: Adenovirus, CoV: Coronavirus

Nhận xét: Vi khuẩn phổ biến nhất đồng nhiễm với RSV là Haemophilus influenzae và Streptococcus pneumoniae trong khi virus hay gặp nhất đồng nhiễm với RSV là Rhinovirus (HRV) và Boca virus (BoV).



Biểu đồ 3: Phân bố số ca nhiễm RSV trong năm
Nhận xét: Tháng có số ca nhiễm RSV cao nhất là tháng 11 là lúc giao mùa thu – đông và tháng 2,3 là lúc giao mùa đông – xuân.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV

Chỉ số	N = 93	
	n	%
Sốt	84	90,3
37,5° – 38,5° C	33	35,5
>38,5	51	54,8
Ho	92	98,9
Chảy mũi	74	79,6
Khò khè	21	22,6
Bú kém	25	26,9
Thở nhanh	79	84,9
Khó thở	26	28
SpO ₂ < 95%	11	11,8
Phổi nghe có ran	83	89,2

Nhận xét: Các triệu chứng sốt, ho, chảy mũi, thở nhanh và nghe phổi có ran gặp ở hầu hết các bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân sốt >38,5° C chiếm tới 54,8%. Có 11,8% trẻ có SpO₂ <95%

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV

Chỉ số	N=93	
	n	%
Số lượng BC trung bình (G/L)	11,8±4,86	
Giảm	2	2,2
Bình thường	68	73,1
Tăng	23	24,7
Số lượng BCĐNTT trung bình (G/L)	5,37± 4,01	
Giảm	6	6,5
Bình thường	79	84,9
Tăng	8	8,6
Giá trị CRP.hs trung bình (mg/L)	11,03±16,24	
≤ 5	48	51,6
5-20	31	33,3
> 20	14	15,1

Nhận xét: Hầu như các ca bệnh có số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính trong giới hạn bình thường. Khoảng một nửa số trẻ có CRP.hs ≤ 5 mg/L và chỉ có 15,1% trẻ có CRP.hs > 20 mg/L.

IV. BÀN LUẬN

Trẻ em mắc VPCĐ liên quan đến RSV trong

nguyên cứu này có độ tuổi trung vị là 18 tháng. Tỷ lệ mắc sẽ giảm dần theo tuổi tức là tuổi càng tăng thì gặp càng ít nhiễm RSV. Tỷ lệ gặp VPCĐ nhiễm RSV cao nhất ở trẻ ≤ 2 tuổi (68,8%) và thấp nhất ở trẻ > 5 tuổi (3,2%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Quang Khải cũng cho thấy tỷ lệ trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV giảm dần theo tuổi [3]. Khoảng 1/3 số trẻ đã dùng kháng sinh tại nhà trước khi đến viện và thời gian bị bệnh trước khi đến khám trung bình khoảng 3-4 ngày. Điều này cũng phù hợp với cơ chế gây bệnh của RSV cũng như nhiều virus khác có thời gian ủ bệnh thường là 4 ngày trước khi các triệu chứng toàn phát. Như vậy kháng sinh sẽ không hiệu quả trong giai đoạn đầu nhiễm RSV. Mặc dù có biểu hiện lâm sàng đa dạng nhưng trong nghiên cứu này có đến 69,9% trẻ nhiễm RSV mắc VPCĐ chỉ cần điều trị ngoại trú.

Trong nghiên cứu này, đơn nhiễm RSV chiếm tỷ lệ 9,7% trong khi đồng nhiễm RSV có mặt vi khuẩn chiếm tỷ lệ 85%. Tỷ lệ đồng nhiễm cao nhất là: HI-RSV (64,5%); SP-RSV (62,4%); HRV-RSV (31,2%); HBoV-RSV (15,1%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Quang Khải với đồng nhiễm RSV chiếm tỷ lệ cao nhất là Streptococcus pneumoniae- SP (80,3%) và Haemophilus influenzae- HI (24,5%). Điều này do Haemophilus influenzae và Streptococcus pneumoniae vẫn luôn là những nguyên nhân vi khuẩn hàng đầu gây VPCĐ ở trẻ < 5 tuổi.

Số ca nhiễm RSV cao nhất vào tháng 11, là thời điểm giao mùa thu-đông và tháng 2-3 là thời điểm giao mùa đông-xuân. Tháng 6-7 là thời điểm có ca nhiễm RSV thấp nhất, tương ứng là mùa hè. Điều này là do vào những tháng lạnh, nhiệt độ thấp là điều kiện thuận lợi cho virus hoạt động. Hơn nữa, khả năng miễn dịch của trẻ em nhỏ yếu, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vi khuẩn. Ngoài ra, việc ở trong nhà nhiều hơn vào mùa đông cũng có thể làm tăng nguy cơ lây lan virus.

Giống như các đặc điểm chung của VPCĐ, viêm phổi nhiễm RSV cũng có các triệu chứng lâm sàng phổ biến của đường hô hấp như ho (98,9%), sốt (90,2%), ran ẩm tại phổi (89,2%), thở nhanh (84,9%), chảy mũi (79,6%). Nghiên cứu của Trần Quang Khải chỉ ra 100% bệnh nhân sốt, ho, thở nhanh và 85,5% bệnh nhân có ran tại phổi [3]. Nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh tại Vĩnh Phúc (2021) và của Nguyễn Thị Thu Hiền tại Hải Dương (2022) có tỷ lệ sốt thấp hơn chỉ chiếm theo thứ tự là 38,3%; 66,2% [4][2]. Điều này có thể giải thích do trong các nghiên cứu này tỷ lệ đồng nhiễm RSV với vi

khẩn thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi nên tỷ lệ sốt thấp hơn, như phát hiện của Bjornsdottir và cộng sự [6]. Tỷ lệ khò khè và khó thở ở trẻ mắc VPCĐ nhiễm RSV trong nghiên cứu này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh và cộng sự [4].

Số lượng bạch cầu trung bình là $11,8 \pm 4,86$ (G/L). Hầu hết trẻ có số lượng bạch cầu nằm trong giới hạn bình thường và có đến 84,9% có số lượng bạch cầu đa nhân trung tính nằm trong giới hạn bình thường. Giá trị CRP.hs trung bình là $11,03 \pm 16,24$ (mg/L) và khoảng hơn 50% trẻ có chỉ số CRP.hs nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền [2]. Điều này cũng phù hợp với cơ chế gây bệnh viêm phổi do RSV.

V. KẾT LUẬN

Trẻ mắc VPCĐ liên quan đến RSV thường gặp chủ yếu từ 6 tháng – 2 tuổi, và đa phần chỉ cần điều trị ngoại trú. Hầu hết trẻ nhiễm RSV có nhiễm vi khuẩn kèm theo, hay gặp nhất là đồng nhiễm Haemophilus influenzae và Streptococcus pneumoniae.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần thêm những nghiên cứu có quy mô lớn hơn để tăng tính đại diện và có nhóm khỏe mạnh để đối chứng với hệ vi sinh khu trú đường hô hấp ở người khỏe mạnh. Ngoài ra cũng nên phối hợp với nhiều kỹ thuật vi sinh khác để giảm tỷ lệ bỏ sót vi sinh vật do không được phát hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 09 tháng 01 năm 2014.** Ban hành Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Bộ Y tế, 2014
2. **Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự** (2024). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi rút hợp bào hô hấp (RSV) ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 541(1).
3. **Trần Quang Khải và cộng sự** (2023). Viêm phổi nặng mắc phải cộng đồng liên quan vi rút hợp bào hô hấp ở trẻ em tại Cần Thơ. Tạp chí Nghiên cứu Y Học, 172(11), 79-86.
4. **Hoàng Trung Thanh và cộng sự** (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV (Respiratory Syncytial Virus) ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. Tạp chí Y học Việt Nam, 505(2).
5. **Bianchini S., Silvestri E., Argentiero A. và cộng sự.** (2020). Role of Respiratory Syncytial Virus in Pediatric Pneumonia. Microorganisms, 8(12), 2048.
6. **Bjornsdottir B., Benitez Hernandez U., Haraldsson A. và cộng sự.** (2023). Febrile Children with Pneumonia Have Higher Nasopharyngeal Bacterial Load Than Other Children with Fever. Pathog Basel Switz, 12(4), 517.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN

Triệu Đức Anh^{1,2}, Phan Chí Dũng¹, Đỗ Trường Thành^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn giai đoạn 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi dọc gồm 76 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn trong thời gian từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 07 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50,68 ± 11,16 tuổi (29 – 73). Kích thước sỏi trung bình là 3 ± 1,01mm; phân loại theo kích thước sỏi: 46,1% từ 15 – 30mm, 35,5% sỏi từ 31 – 40mm, 18,4% trên 40mm. Mức độ giãn thận: 4 không giãn thận (5,3%), 39 giãn độ I (51,3%), 23 giãn độ II (30,3%), 9 giãn độ III (11,8%). Vị trí chọc dò: đài giữa 78,9%, đài dưới 19,7%, chọc 2 đài 1,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 77,04 ± 26,55 phút. Tỷ lệ sạch sỏi là 78,9 %. Biến chứng bao gồm 2 trường hợp (2,6%) sốt sau phẫu thuật; 14,5% tiểu máu kéo dài nhưng không phải truyền máu và nút mạch thận. **Kết luận:** Phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm được thực hiện ở bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn là hiệu quả và an toàn, mang lại nhiều lợi ích trong điều trị sỏi thận.

Từ khóa: Sỏi thận, tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, siêu âm, Holmium Laser.

SUMMARY

THE RESULTS OF MINI - PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR TREATMENT OF KIDNEY STONES AT LANG SON PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objectives: The study aim was to evaluate the results of mini-percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at Lang Son Province General Hospital in the period from 2022 to 2024. **Materials and Methods:** A case series study with longitudinal follow-up, 76 patients have been operated by mini percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance at Lang Son province General Hospital from June 2022 to July 2024. **Results:** The average age was 50.68 ± 11.16 years (29 – 73). Mean stone size was 3 ± 1.01 mm (1.7 – 7.1), in which stone size 15 – 30mm: 35 cases (46.1%), 31 – 40mm: 27 cases (35.5%) and >

40mm: 14 cases (18.4%). Hydronephrosis classification: Grade 0 (no dilation): 4/76 cases (5.3%), grade I: 39/76 cases (51.3%), grade II: 23/76 cases (30.3%), grade III: 9/76 cases (11.8%). Percutaneous renal access into the kidney: middle calyx 60 cases (78.9%), posterior calyx 15 cases (19.7%), middle and posterior calyx: 1 case (1.3%). Average time of operation was 77.04 ± 26.55 minutes. Stone - free rate was 78.9%. The complications including post-operative fever: 2 cases (2.6%) and persistent hematuria (14.5%) but no case of bleeding requiring blood transfusion and renal embolization. **Conclusion:** Mini percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at Lang Son province General Hospital is an effective and safety method.

Keywords: Kidney stone, mini percutaneous nephrolithotomy, ultrasound, Holmium laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý phổ biến nhất trong các bệnh lý tiết niệu, chiếm đến 70-75% tỷ lệ sỏi đường tiết niệu nói chung. Sỏi thận nếu không được theo dõi và điều trị kịp thời, hiệu quả có thể gây nên các biến chứng nguy hiểm như viêm đài bể thận, ứ nước, ứ mủ thận, suy giảm hoặc mất chức năng thận....¹ Trước đây, mổ mở là phương pháp can thiệp ngoại khoa duy nhất trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, vào năm 1976, Fernstrom và Johanson đã thực hiện thành công phương pháp tán sỏi thận qua da, mở đường cho cuộc cách mạng trong điều trị sỏi tiết niệu, thay thế dần mổ mở truyền thống². Tán sỏi thận qua da có ít biến chứng và thời gian hồi phục nhanh hơn so với phương pháp mổ mở truyền thống. Những trường hợp trước đây chỉ có thể được điều trị bằng phẫu thuật mở như sỏi thận san hô ở thân ghép, di dạng hệ tiết niệu như thân móng ngựa, thân lạc chỗ... cũng có thể được giải quyết một cách an toàn và hiệu quả hơn^{3,4}. Phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (Mini-PCNL) định vị siêu âm hoặc dưới màn huỳnh quang được triển khai rộng rãi ở Việt Nam gần 10 năm trở lại đây đã được chứng minh là một phương pháp điều trị rất hiệu quả với sỏi thận mọi kích thước, mọi vị trí, với độ an toàn hiệu quả cao^{2,3,5}. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn bắt đầu triển khai kỹ thuật Mini-PCNL từ năm 2020, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích tổng kết rút kinh nghiệm điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật tán sỏi thận qua da với đường hầm nhỏ, góp phần thêm y văn Việt Nam trong điều trị sỏi thận ở các bệnh viện tuyến tỉnh.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

²Trường đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Đức Anh

Email: dranh8688@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024