

truyền dịch lần 1 có 9 bệnh nhân đáp ứng với bù dịch được thực hiện test truyền dịch. Sau test truyền dịch lần 2 cho thấy HATB, CVP tăng lên; mạch, SVV và PPV giảm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Triển⁹: sau truyền dịch lần 1: SVV giảm $15,1 \pm 7,2\%$ xuống $13,7 \pm 8,6\%$; sau truyền dịch lần 2: SVV giảm $14,1 \pm 5,4\%$ xuống $12,6 \pm 7,3\%$.

4.2.4. Đặc điểm huyết động sau test truyền dịch lần 3. Tại thời điểm sau test truyền dịch lần 2: có 1 bệnh nhân đáp ứng truyền dịch. Tiến hành test truyền dịch và tái đánh giá tại thời điểm sau test truyền dịch lần 3: Bệnh nhân nam 83 tuổi, chẩn đoán: SNK – Viêm phổi cộng đồng. Sau các lần test dịch test truyền dịch, mạch giảm từ 135 lần/phút xuống 120 lần/ phút, lactat giảm 14,4 mmol/L xuống 12,6 mmol/L. Các thông số huyết động đo bằng phương pháp phân tích sóng mạch cho thấy CO tăng từ 5.4 L/ph lên 8,1 L/ph, SVV giảm từ 25% xuống 14%, PPV giảm 26% xuống 9%.

V. KẾT LUẬN

PPV có khả năng liên lượng đáp ứng truyền dịch tốt ở bệnh nhân SNK. Ngưỡng đáp ứng truyền dịch của PPV là 12,5%. Sau truyền dịch, các thông số lâm sàng, huyết động được cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rhodes, A.; Evans, L. E.; Alhazzani, W.; Levy. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Crit. Care Med. 2017, 45 3, 486–552.
2. Teboul, Jean-Louis; Monnet, Xavier; Chemla, Denis; Michard, Frédéric (2018). Arterial Pulse Pressure Variation with Mechanical

3. Yang X, Du B. Does pulse pressure variation predict fluid responsiveness in critically ill patients? A systematic review and meta-analysis. Crit Care 2014;18:650
4. Marik P.E., Cavallazzi R., Vasu T. và cộng sự (2009). Dynamic changes in arterial waveform derived variables and fluid responsiveness in mechanically ventilated patients: a systematic review of the literature. Crit Care Med, 37(9), 2642–2647.
5. Mai Văn Cường (2011). Nghiên cứu sự liên quan giữa áp lực tĩnh mạch trung tâm và áp lực mao mạch phổi bất ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và sốc tim. Luận văn tốt nghiệp BSNT. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, Moreno R, Lipman J, Gomersall C, Sakr Y, et al (2009). EPIC II Group of Investigators. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. JAMA. 302:2323-9.
7. Bùi Thị Hương Giang (2013). Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Hữu Thiên Biên (2017). Nghiên cứu giá trị của các thông số huyết động tĩnh trong đánh giá đáp ứng bù dịch ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh.
9. Nguyễn Tiến Triển (2020). Nghiên cứu biến đổi một số chỉ số huyết động đo bằng phương pháp PiCCO trong điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngoại khoa. Luận án tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
10. Ganter, M.T., Geisen, M., Hartnack, S. et al. Prediction of fluid responsiveness in mechanically ventilated cardiac surgical patients: the performance of seven different functional hemodynamic parameters. BMC Anesthesiol 18, 55 (2018).

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN RÒ ĐẠI TRÀNG SAU TÁN SỎI THẬN PHẢI QUA DA TRÊN BỆNH NHÂN THẬN MÓNG NGỰA

Phạm Xuân Duy¹, Lê Học Đăng¹,
Quách Văn Kiên², Đỗ Ngọc Sơn¹

TÓM TẮT

Tán sỏi thận qua da đã được đưa vào Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức khoảng 10 năm nay, hiện được thực hiện hoàn toàn dưới hướng dẫn của siêu âm với

đường hầm nhỏ 18 Fr (mini PCNL), đã đặt được những thành tựu to lớn trong điều trị sỏi thận lớn, phức tạp, với tỉ lệ sạch sỏi lên tới 95%,¹ tuy nhiên vẫn có một tỉ lệ biến chứng như chảy máu cần nút mạch chọn lọc, shock nhiễm trùng,... Trong đó biến chứng rò đại tràng đã được mô tả tuy nhiên hiếm gặp, chiếm 0,3-0,5%.² Chúng tôi mô tả một trường hợp rò đại tràng sau mini PCNL dưới hướng dẫn của siêu âm được điều trị bảo tồn, qua đó bàn luận các yếu tố nguy cơ, phòng tránh, cũng như chẩn đoán phát hiện sớm biến chứng rò đại tràng. **Từ khóa:** Tán sỏi thận qua da (PCNL), thận móng ngựa, rò đại tràng.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Duy

Email: dhk20binhduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

SUMMARY**A CONSERVATIVE CASE TREATMENT OF COLONAL FISTULA AFTER PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY OF RIGHT HORSESHOE KIDNEY**

Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) which has been introduced into Viet Duc University Hospital for over 10 years. PCNL is being performed entirely under the guidance of ultrasound with a small 18 Fr tunnel (mini PCNL). This technique has obtained great achievements in treating complicated kidney stones, with a stone clearance rate of up to 95%. However, some complications such as bleeding requiring selective embolization, septic shock, etc still happened. In which, colonic fistulas which had been described, even rarely before, accounting for 0.3-0.5%. We describe a rare case of colonic fistula after mini PCNL under ultrasound guidance that was treated conservatively, thereby discussing risk factors, prevention, early detection and diagnosis of colonic fistula complications.

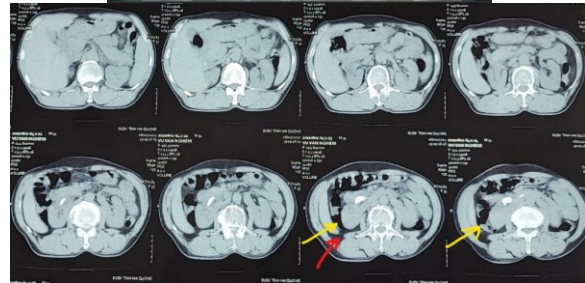
Keywords: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL), horseshoe kidney, colonic fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi thận qua da (PCNL) là một phương pháp tiêu chuẩn, hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận lớn, sỏi thận phức tạp, thận mô cũ hay thận có biến đổi về mặt giải phẫu. PCNL được đưa vào áp dụng từ những năm 1976, cho đến nay cũng với sự phát triển về phương tiện, kĩ thuật cũng như công nghệ laser, tán sỏi thận qua da mang lại tỉ lệ thành công cao lên đến 95%.¹ Thận móng ngựa (HSK) là thận hợp nhất phổ biến nhất, được đặc trưng bởi ba bất thường về giải phẫu: lệch vị trí, xoay bất thường và biến đổi mạch máu.³ Sỏi thận trên thận móng ngựa là một thách thức trong các can thiệp phẫu thuật ít xâm lấn, trong PCNL, thận móng ngựa thay đổi giải phẫu gây khó khăn trong quá trình chọc dò đường hầm vào bể thận, cũng như soi kiểm tra trong các đài.⁴ Một loạt các biến chứng xảy ra trong PCNL, từ những biến chứng cần can thiệp tối thiểu đến những biến chứng nguy hiểm hơn thậm chí tử vong đã được mô tả trong hệ thống phân loại Clavien-Dindo, nó dễ xảy ra hơn trên bệnh nhân có biến đổi về mặt giải phẫu. Biến chứng phổ biến nhất là chảy máu, chiếm 1% đến 12% trường hợp. Tuy nhiên, tỷ lệ chảy máu cần truyền máu dưới 2,5% trong loạt báo cáo mới nhất trong y văn, và tỷ lệ tử vong độ V dưới 0,1%. Tổn thương đại tràng trong PCNL được phân loại là biến chứng độ IVa và hiếm khi xảy ra (chỉ 0,3%–0,5% trường hợp).⁵ Tuy nhiên, tổn thương đại tràng là một biến chứng nguy hiểm, do những thách thức trong chẩn đoán, cũng như các biến chứng nặng và thậm chí gây tử vong.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 51 tuổi, tiền sử suy tim EF 25% mới phát hiện, vào khám trong tình trạng đau thắt lưng phải âm ỉ kéo dài, không sốt, không tiểu buốt rắt. Kết quả xét nghiệm sinh hóa: ure: 5,24 mmol/l; creatinin: 84,1 mmol/l; AST/ALT: 23/21 U/l; natri máu: 139 mmol/l; kali máu: 3,81 mmol/l; clo máu: 105,6 mmol/l. Sinh hóa nước tiểu: LEU: 75++ WBC/ul; ery: 250+++ RBC/ul; NIT: âm tính; pH: 5,5. Phân tích máu: huyết sắc tố: 146g/l; hematocrit: 0,445 l/l; bạch cầu máu: 7,52 G/l; tiểu cầu: 321 G/l; PT%: 108%; APTTb/ch: 0,9. Kết quả vi sinh nước tiểu không thấy vi khuẩn trong 48 giờ nuôi cấy. Chỉ số khối của trường hợp này: BMI 22. Chụp cắt lớp vi tính (CT) cho thấy hình ảnh thận móng ngựa có 01 sỏi kích thước 42x10 mm, và vài sỏi nhỏ, đại tràng nằm ở vị trí sau bên thận.



Hình 1: Xquang và cắt lớp vi tính trước mổ. Mũi tên đỏ là đường chọc vào thận, mũi tên vàng chỉ đại tràng

(Ảnh Bệnh viện Việt Đức)

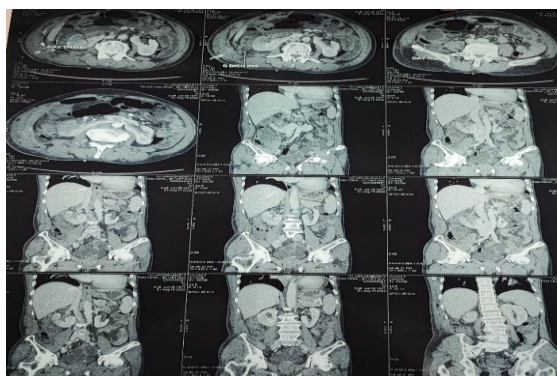
Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật PCNL, với tư thế nằm nghiêng 90 độ sang trái, có độn bi-lot dưới thắt lưng. Siêu âm cho thấy lát cắt siêu âm thấy rõ thận nằm ở đường nách sau bên, thận và sỏi sâu, không thấy hình ảnh hướng tới đại tràng trong khu vực dự kiến chọc đường hầm vào thận. Quá trình chọc kim theo hướng song song với đầu dò siêu âm vào bể thận, thận và tổ chức xung quanh di động nhiều trong quá trình siêu âm, sau 2 lần chọc chúng tôi đã tiếp cận được sỏi, soi vào bể thận thấy sỏi, tán sỏi, đặt JJ. Trong quá trình mổ quá trình tán sỏi thuận lợi, không quan sát thấy bất thường trên

phẫu trường cũng như về mặt toàn trạng. Và sau mổ dẫn lưu không ra dịch bất thường, nước tiểu trong hồng. Sau 2 ngày phẫu thuật, bệnh nhân không sốt, bụng chướng nhẹ, không có rối loạn tiêu hóa, bệnh nhân được chụp lại Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị kiểm tra không thấy có hình ảnh bất thường, JJ nằm đúng vị trí, sạch sỏi. Bệnh nhân được rút sonde dẫn lưu thận vào ngày thứ 3 sau mổ, sau rút bệnh nhân xuất hiện tình trạng rò phân và dịch tiêu hóa qua chân dẫn lưu thận, không sốt. Bệnh nhân được chuyển sang khoa phẫu thuật tiêu hóa điều trị.



Hình 2: Dịch tiêu hóa sau rút dẫn lưu thận
(Ảnh BVHN Việt Đức)

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phổ rộng phối hợp 2 loại kháng sinh cefalosporin thế hệ III và Metronidazole, kèm theo chế độ nhịn ăn hoàn toàn, theo dõi toàn trạng bao gồm tình trạng nhiễm trùng, tình trạng hồ thắt lưng phải và số lượng dịch qua dẫn lưu hồ thắt lưng. Bệnh nhân được đặt sonde dạ dày, được đặt sonde dẫn lưu qua khoang sau phúc mạc tiếp cận tổn thương đại tràng. Ngày thứ 3 bệnh nhân được chụp lại cắt lớp vi tính ổ bụng có dựng hình cho thấy hình ảnh dày thành đại tràng phải, các ổ dịch khí kích thước 37x20x72 mm, thâm nhiễm xung quanh, có đầu sonde dẫn lưu trong ổ dịch. Bệnh nhân không sốt, không có dấu hiệu bất thường về ổ bụng, nhu động, lưu thông ruột tốt, dẫn lưu ra ít dần, dẫn lưu được rút bớt 5cm sau 5 ngày. Dẫn lưu hồ thắt lưng ra với số lượng giảm dần từ 100ml/ 24 giờ trong những ngày đầu, xuống còn 10-20 ml sau 3-4 ngày theo dõi, những ngày sau gần như số lượng ra ít. Bệnh nhân sau đó được ăn lại vào ngày thứ 7, rút dẫn lưu vào ngày thứ 09 và ra viện, toàn trạng ổn định.



Hình 3: Hình ảnh Xquang sau mổ và hình ảnh chụp CLVT ở bụng sau 5 ngày phẫu thuật
(Ảnh Bệnh viện Việt Đức)

Bệnh nhân khám lại sau 4 tuần, tình trạng tiêu hóa ổn định, siêu âm có hình ảnh: Thành bụng tương ứng vị trí lỗ rò trong cơ thành bụng có ổ dịch không trong, kích thước 23x14mm, ổ này có một đường thông vào khoang sau phúc mạc và một đường thông ra da, ĐK ngang khoảng 5mm. Bệnh nhân được rút sonde JJ, kiểm tra sau đó hoàn toàn ổn định.

III. BÀN LUẬN

Rò đại tràng là một biến chứng hiếm gặp trong tán sỏi thận qua da, được báo cáo trong 0,5- dưới 1% số trường hợp tán sỏi thận qua da.^{1,2} Điều này có thể được lý giải là do giải phẫu bình thường của đại tràng nằm ở mặt trước của thận, ít khi nó nằm phía sau dưới thận. Một số trường hợp được ghi nhận chủ yếu nằm ở sau thận bên trái và sát với cực dưới của thận. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, đại tràng nằm sau thận chiếm khoảng 0,6% dân số; cũng như trong nghiên cứu qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trên 500 trường hợp cho thấy tần suất tổng thể của đại tràng sau thận ở bệnh nhân nằm ngửa chiếm 1,9%.⁶

Những nguyên nhân làm căng đại tràng như táo bón mạn tính, các phẫu thuật trước đó liên quan đến đường tiêu hóa gây dính ruột hay gây hạn chế lưu thông ruột, phình đại tràng, rối loạn thần kinh ruột sẽ làm đại tràng thay đổi vị trí giải phẫu ra phía sau thận. Các yếu tố khác làm tăng nguy cơ như bệnh nhân nữ, gầy, rất ít mỡ khoang sau phúc mạc; thận đã được phẫu thuật lớn trước đó, thận di động, thận mỏng ngựa, các dị dạng thay đổi vị trí thận khác như thận lạc chỗ; hay bệnh nhân gù vẹo cột sống. Thận mỏng ngựa thường đi kèm di lệch đại tràng ra sau hoặc đại tràng sau thận vì một khiếm khuyết trong sự phát triển của cân mạc sau kết hợp với sự vắng mặt cơ học của thận từ vị trí bình thường của nó.⁷

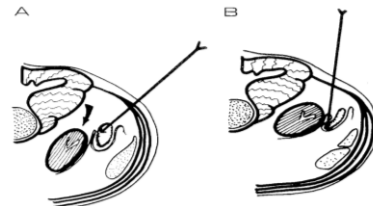
Đánh giá tổn thương đại tràng trong mổ rất quan trọng trong quá trình xử trí biến chứng cũng như tiên lượng quá trình điều trị sau mổ, tuy nhiên, rất khó khăn để phát hiện tổn thương này trong mổ do khi Amplatz tiếp cận được vào bể thận thường sẽ bít kín đường thông giữa đại tràng và bể thận, ngoài ra quá trình nước ra vào thận nhiều, kèm chảy máu nhẹ trong bể thận làm hạn chế khả năng phát hiện ra dịch tiêu hóa chảy vào bể thận. Biến chứng này chủ yếu được phát hiện sau mổ với bằng chứng của tình trạng nhiễm trùng sốt không rõ nguyên nhân, rối loạn tiêu hóa, hay đi ngoài phân máu sau phẫu thuật. Hoặc triệu chứng sẽ xuất hiện sau khi rút dẫn lưu thận, có thể đái ra phân, dịch phân rò ra khoang cạnh thận (khoảng sau phúc mạc) gây ra viêm tấy quanh thận và khoang sau phúc mạc, rò phân ra ngoài da, có thể gặp tình trạng viêm phúc mạc. Tuy sốt và nhiễm trùng huyết là triệu chứng quan trọng đối với biến chứng thủng đại tràng, tuy nhiên chúng ta cần lưu ý rằng 0,6% đến 1,5% bệnh nhân trải qua phẫu thuật PCNL bị nhiễm trùng huyết.⁸ Do vậy, những bệnh nhân sốt, nhiễm trùng huyết sau tán sỏi thân qua da không đáp ứng với điều trị tích cực, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng kiểm tra trong giai đoạn này là cần thiết.

Trong nghiên cứu của Mousavi-Bahar và cộng sự,⁹ hai trường hợp tổn thương đại tràng, trường hợp đầu tiên được phát hiện tổn thương đại tràng trong quá trình can thiệp phẫu thuật, ngay sau đó đã được phẫu thuật mở bụng và xử trí vết thương thành đại tràng trong phúc mạc; trường hợp thứ 2 là trường hợp bệnh nhân nữ, gầy, 50 tuổi, trường hợp này được phẫu thuật tán sỏi thân trái qua da, bệnh nhân sau mổ ổn định, rút dẫn lưu ra viện vào ngày thứ 2, sau đó cô ta quay trở lại viện vào ngày thứ 7 với tình trạng viêm phúc mạc, được phẫu thuật nội soi làm hậu môn nhân tạo, tuy nhiên tình trạng nhiễm khuẩn huyết tiến triển nặng, cô ấy đã tử vong sau 3 ngày điều trị.

Kachrilas và cộng sự báo cáo 5 trường hợp tổn thương đại tràng trong 1620 bệnh nhân.¹⁰ Có 3 trường hợp sau tán sỏi thân qua da từ thể nằm ngửa vào ngày thứ 1 đến thứ 3 sau mổ, bệnh nhân xuất hiện sốt kèm theo chảy dịch tiêu hóa ra qua dẫn lưu thân, cả 3 trường hợp này đều được đặt dẫn lưu vào hố thận, điều trị bảo tồn kết hợp kháng sinh phổ rộng, nhìn ăn hoàn toàn, bệnh nhân được rút ống dẫn lưu vào ngày thứ 10-14, ổn định ra viện và sau 3 tháng quay lại chụp CT kiểm tra không phát hiện bất thường. Một trường hợp tán sỏi thân qua da bên phải, trong quá trình nong đường hầm tổn

thương vào đại tràng, bệnh nhân đã được can thiệp đặt dẫn lưu cạnh đại tràng, điều trị bảo tồn, dẫn lưu được rút vào ngày thứ 7, rút JJ sau 6 tuần và CT kiểm tra sau 3 tháng bình thường. Trường hợp còn lại là bệnh nhân nam, 78 tuổi, sỏi phức tạp thận (T), đã được phẫu thuật tán sỏi thân qua da, trong mổ được ghi nhận có chảy máu nhẹ, ngày thứ 3 bệnh nhân xuất hiện sốt cao 39 độ C, kèm đau hạ sườn (T), chướng bụng, nôn nhiều, sang ngày thứ 4 phân cùng với khí được nhận thấy qua ống dẫn lưu thận. CT tiết niệu có hình ảnh tụ máu quanh thận, mờ và thủng đại tràng xuống. Bệnh nhân được đặt dẫn lưu. Ngày hôm sau bệnh nhân phát triển suy hô hấp, viêm phổi được điều trị ICU, tình trạng tổn thương đại tràng được giải quyết, rút dẫn lưu vào ngày thứ 12. Tuy nhiên, do tình trạng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), bệnh nhân tử vong vào ngày thứ 14 sau mổ.

Trong một loạt 250 bệnh nhân được báo cáo bởi Vallancien và các cộng sự, hai trường hợp tổn thương đại tràng đã được điều trị bằng phẫu thuật. Trong đó có 1 trường hợp bệnh nhân nam 34 tuổi, được phẫu thuật PCNL thân trái, trong quá trình phẫu thuật, chọc thận có xu hướng di chuyển sâu vào trong, sau 2 lần chọc đã nong được đường hầm vào cực dưới thận, tiếp cận được sỏi và tán được hết sỏi, ống dẫn lưu thận được đặt vào bể thận, trong quá trình phẫu thuật không có gì bất thường, tuy nhiên sau phẫu thuật 4 giờ, bệnh nhân xuất hiện tình trạng sốc mất máu, xuất huyết nhiều trong trực tràng, bệnh nhân được phẫu thuật mở lại thấy có rách cực dưới thận gây chảy máu khoang sau phúc mạc, chảy ít máu trong ổ bụng, đã được làm sạch, cắt cực dưới thận. Tuy nhiên tình trạng shock không cải thiện, mở bụng thăm dò phát hiện 01 lỗ thủng đại tràng sau phúc mạc 3mm, có 1 mạch mạc treo đại tràng chui qua lỗ thủng tổn thương chảy máu trong lòng đại tràng, bệnh nhân đã được cắt bỏ đoạn đại tràng tổn thương, làm hậu môn nhân tạo. Hậu môn nhân tạo được đóng lại sau 3 tháng, kiểm tra không thấy bất thường về đường tiết niệu. Trong nghiên cứu của Ba'adani và cộng sự, cắt bỏ đại tràng được thực hiện ở một bệnh nhân chẩn đoán muộn rò đại tràng tiến triển sau thủ thuật PCNL.



Hình 4: A. đường kim nằm sau phúc mạc

(mũi tên dài) và thận bị di lệch bởi lực của kim (mũi tên ngắn). B. Đường kim nằm trong phúc mạc

Trong báo cáo tỉ lệ mắc, điều trị và cách phòng ngừa các biến chứng của PCNL, tác giả Christian Seitz và cs khuyến cáo công cụ chẩn đoán tốt nhất ở những bệnh nhân sốt không rõ nguyên nhân và sốc nhiễm trùng sau tán sỏi thận qua da là CLVT ổ bụng.⁸ Sau khi đã được chẩn đoán tổn thương đại tràng thì việc biệt lập thận và đại tràng là cần thiết, cần đặt riêng dẫn lưu thận và dẫn lưu khoang sau phúc mạc cạnh đại tràng để dẫn lưu riêng nước tiểu và dịch phân ra ngoài, kèm thêm điều trị kháng sinh phối hợp phổ rộng, kết hợp với nhịn ăn hoàn toàn, dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch trong ít nhất 7 ngày. Chụp barit được thực hiện vào ngày thứ 8 để đánh giá sự lành của vết thương đại tràng. Điều trị bảo tồn tổn thương đại tràng sau tán sỏi thận qua da thành công ở hầu hết các trường hợp được báo cáo. Tuy nhiên, những trường hợp tổn thương đại tràng phát hiện muộn thường cần phải phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo thậm chí cắt đoạn đại tràng. Do vậy, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời tổn thương đại tràng trong và sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da là rất quan trọng.

Cắt lớp vi tính nên được đánh giá kĩ giải phẫu của đại tràng trước khi can thiệp chọc đường hầm vào thận, đặc biệt những trường hợp nghi ngờ, thận biến đổi hình thái. Sử dụng siêu âm dẫn đường trong quá trình chọc dò tạo đường hầm vào bể thận đã được xác định làm giảm nguy cơ gây tổn thương đại tràng. Tuy nhiên, khi thận cao, ra trước đường nách sau thì kĩ thuật chọc đường hầm theo hướng song song với siêu âm kiểu sẽ dễ dẫn đến tổn thương đại tràng hơn hướng chếch với đầu dò siêu âm, tuy nhiên, cần phải có kinh nghiệm cũng như định hướng không gian giải phẫu tốt mới giúp quá trình chọc đường hầm vào thận an toàn, hiệu quả.

Trong những trường hợp thận nằm cao hơn, siêu âm ở đường nách sau không thấy rõ thận, thường sẽ cần di chuyển siêu âm ra trước để có được lát siêu âm thấy rõ thận bể thận và sỏi. Theo như kinh điển, chúng ta sẽ chọc đường hầm phía trước siêu âm, song song với đầu dò siêu âm, tuy đó là đường ngắn nhất vào thận, nhưng dễ nguy cơ gây tổn thương đại tràng. Vì trong quá trình siêu âm, đại tràng thường ít hiện diện, hoặc hiện diện một cách rất mờ nhạt nên rất khó để ý thấy. Trong những trường hợp như vậy, chúng ta nên chọc phía sau đầu dò, có thể ngay sau song song với đầu dò, hoặc tạo góc khoảng 30 độ chọc chếch với trục đầu dò để tiếp

cận sỏi và bể thận. Như vậy sẽ tránh được tổn thương không đáng có. Tuy nhiên, cách chọc này cần phải phẫu thuật viên có kinh nghiệm, có khả năng định vị không gian tốt.

IV. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da hiện đang được áp dụng tại hầu hết cơ sở y tế do tính an toàn, hiệu quả, cũng như quy trình kĩ thuật đơn giản. Tuy nhiên, cần đánh giá kĩ đặc điểm giải phẫu trước phẫu thuật, cũng như phát hiện kịp thời tổn thương đại tràng sau phẫu thuật giúp hạn chế tối đa các can thiệp xâm lấn và đảm bảo an toàn tính mạng cho người bệnh. Chúng tôi hy vọng rằng, bài báo này giúp cho các quý đồng nghiệp có một cái nhìn tổng quan, nhắc lại về một tổn thương kinh điển, hiếm gặp nhưng rất nghiêm trọng trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da, cũng như xem xét sử dụng các kĩ thuật chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm trong những trường hợp nghi ngờ để tránh tổn thương đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kashi, A.H., Nouralizadeh, A., Sotoudeh, M. et al.** Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy in patients with retrorenal colon: a single-center experience. *World J Urol* 41, 211–219 (2023).
2. **Öztürk H.** Treatment of Colonic Injury During Percutaneous Nephrolithotomy. *Rev Urol*. 2015;17(3):194-201. PMID: 26543436; PMCID: PMC4633665.
3. **Natsis K, Piaakou M, Skotsimara A, Protoerou V, Tsitouridis I, Skandalakis P.** Horseshoe kidney: a review of anatomy and pathology. *Surg Radiol Anat*. 2014 Aug;36(6):517-26. doi: 10.1007/s00276-013-1229-7. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24178305.
4. Nguyễn Xuân Chiển. Trường Phạm Ngọc Đăng. Lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ trên thân mỏng nựa: kinh nghiệm ban đầu qua 3 trường hợp. http://bvbinhdan.com.vn/vnt_upload/news/BaoCaoKH/LAY_SOI_THAN_OUA_DA_DUONG_HAM_NHO_TREN_THAN_MONG_NGUA.pdf
5. **Michel MS, Troian L, Rassweiler JJ.** Complications in percutaneous nephrolithotomy. *Eur Urol*. 2007 Apr;51(4):899-906; discussion 906. doi: 10.1016/j.eururo.2006.10.020. Epub 2006 Oct 25. PMID: 17095141.
6. **Skoog SL, Reed MD, Gaudier FA, et al.** The posterolateral and retrorenal colon: implication in percutaneous stone extraction. *J Urol*. 1985; 134:110–112.
7. **Sequra JW, Patterson DE, LeRoy AJ, Williams HJ Jr, Barrett DM, Benson RC Jr, May GR, Bender CE.** Percutaneous removal of kidney stones: review of 1,000 cases. *J Urol*. 1985 Dec;134(6):1077-81. doi: 10.1016/s0022-5347(17)47633-6. PMID: 4057395.
8. **Rodrigues Netto N Jr, Lemos GC, Fiuza JL.** Colon perforation following percutaneous nephrolithotomy. *Urológia*. 1988 Sep;32(3):223-4. doi: 10.1016/0090-4295(88)90388-3. PMID: 3413914.

9. Kachrilas S, Papatsoris A, Bach C, Kontos S, Faruqz Z, Goval A, Masood J, Buchholz N. Colon perforation during percutaneous renal surgery: a 10-year experience in a single endourology centre. Urol Res. 2012 Jun;40(3): 263-8. doi: 10.1007/s00240-012-0464-4. Epub 2012 Feb

4. Erratum in: Urol Res. 2012 Jun;40(3):269.
10. Vallancien G, Capdeville R, Veillon B, Charton M, Brisset JM. Colonic perforation during percutaneous nephrolithotomy. J Urol. 1985 Dec;134(6):1185-7. doi: 10.1016/s0022-5347(17)47680-4. PMID: 4057413.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT THÂN ĐỐT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LỖI TRƯỚC (ACCF) Ở BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được điều trị phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu với 32 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** có 32 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ nam/nữ là 1,46/1, tuổi trung bình là 45,3±14,7. Nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là Công nhân (43,7%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%). Trong số 32 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đau cột sống cổ chiếm 93,7%. Vị trí đốt sống hay gặp nhất là đốt sống C6 chiếm 37,5%, đốt sống ít gặp nhất là 3,1%. Tỷ lệ chấn thương cột sống cổ đơn thuần không có tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 53,2%, tổn thương phối hợp hay gặp nhất là gãy xương chi chiếm 28,1%. Tỷ lệ rối loạn cảm giác gặp trong chấn thương cột sống cổ thấp chiếm tỉ lệ cao nhất 53,1%. Tỷ lệ rối loạn cơ tròn chiếm 43,7%. Tỷ lệ tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA A và D chiếm tỷ lệ cao nhất 25%. Trên Xquang: tỷ lệ vỡ toàn bộ thân đốt sống chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Trên CLVT: vỡ thân đốt sống lớn hơn hoặc bằng 3 mảnh chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Trên MRI: tổn thương đĩa đệm chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp là đau cột sống, tỷ lệ tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA A và D chiếm tỷ lệ cao nhất. Trên Xquang và CLVT các bệnh nhân tỷ lệ vỡ toàn bộ thân đốt sống chiếm tỷ lệ cao nhất. Trên MRI tổn thương đĩa đệm chiếm tỷ lệ cao nhất. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống cổ thấp, chấn thương cột sống cổ, ACCF

SUMMARY

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng
Email: manhhungdhy@yahoo.com
Ngày nhận bài: 30.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024
Ngày duyệt bài: 8.10.2024

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH SUBAXIAL CERVICAL INJURIES TREATED WITH ANTERIOR CERVICAL CORPECTOMY AND FUSION (ACCF) AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lower cervical spine injuries treated with anterior cervical corpectomy and fusion at Viet Duc University Hospital. **Methods:** This is a retrospective and prospective descriptive study involving 32 patients with lower cervical spine injuries who underwent anterior cervical corpectomy and fusion at the Spine Surgery Department, Viet Duc University Hospital, from January 2021 to December 2023. **Results:** The study included 32 patients with a male-to-female ratio of 1.46:1 and an average age of 45.3±14.7 years. The most common occupation was laborer (43.7%). Traffic accidents were the leading cause, accounting for 37.5% of cases. Among the 32 patients, the majority experienced cervical spine pain (93.7%). The most commonly affected vertebra was C6 (37.5%), while the least affected vertebra accounted for 3.1% of cases. Isolated cervical spine injuries without associated injuries were most common, accounting for 53.2%, with the most common associated injury being limb fractures (28.1%). Sensory disturbances were the most frequent neurological issue, seen in 53.1% of cases, while sphincter disturbances were present in 43.7%. According to the ASIA classification, the highest percentage of neurological injuries was found in categories A and D (25%). On X-rays, total vertebral body fractures were most common (50%). On CT scans, vertebral body fractures with three or more fragments were most frequent (50%). MRI showed that all patients had disc injuries (100%). **Conclusion:** The most common clinical symptom in patients with lower cervical spine injuries was cervical spine pain, with the highest percentage of neurological injuries classified as ASIA A and D. On X-rays and CT scans, total vertebral body fractures were most frequent. MRI revealed that disc injuries were present in all cases. **Keywords:** Subaxial Cervical Injury, Cervical Injury, ACCF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ là một trong những thương tổn thường gặp do chấn thương. Đây là