

- Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson C.** First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* 2003;21(3):220-227.
- Rotas MA, Haberman S, Levгур M.** Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics & Gynecology.* 2006;107(6):1373-1381.
- Nguyễn Huy Bạo, Diêm Thị Thanh Thủy.** Nhận xét 24 trường hợp chữa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2009.
- Phạm Thị Hải Yến.** Đánh giá kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai bằng MTX/hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 9 năm 2014. *Đại học Y Hà Nội.* 2014;
- Nguyễn Quảng Bắc, Nguyễn Thị Kim Ngân.** Nghiên cứu điều trị các trường hợp chữa sẹo mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 503(2).

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỘI SỎI BẰNG HOLMIUM YAG LAZER TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN GIAI ĐOẠN 2022 - 2024

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Văn Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ tai biến, biến chứng của tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium YAG Laser tại bệnh viện xanh pôn giai đoạn 2022-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 520 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium YAG Laser tại bệnh viện xanh pôn giai đoạn 2022 – 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng là $47,2 \pm 8,2$ tuổi; Tỷ lệ Nam giới chiếm 52,3%, Nữ giới chiếm 47,7%. Kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là $10,5 \pm 2,8$ mm; Có 502/520 bệnh nhân có 1 viên sỏi niệu quản (chiếm 96,5%, bệnh nhân có 2 viên sỏi trở lên chiếm 3,5%). Tỷ lệ bệnh nhân sỏi niệu quản 1/3 trên chiếm 43,1%, sỏi niệu quản 1/3 dưới chiếm 42,5% và sỏi niệu quản 1/3 giữa chiếm 14,4%; Tai biến trong tán sỏi chiếm 6,0%, trong đó có 2,3% tổn thương niêm mạc niệu quản, 1,3% chảy máu và 2,3% có sỏi chạy lên thận; Biến chứng sau tán sỏi chiếm 6,0%, trong đó tiểu máu chiếm 1,2%, sốt sau tán sỏi chiếm 4,8% và cơn đau quặn thận chiếm 1,2% **Kết luận:** Tán sỏi qua nội soi niệu quản ngược dòng với năng lượng là Holmium YAG laser là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến trong tán sỏi và biến chứng sau tán sỏi thấp.

SUMMARY

STUDY THE POSOPERATIVE COMPLICATION AND ADVERSE EVENTS OF URETERAL STONE LITHOTRIPSY USING HOLMIUM YAG LASER AT XANH PON HOSPITAL FROM 2022-2024

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

Objective: To study the complication rate and adverse events of ureteral stone lithotripsy using Holmium YAG laser at Xanh Pon Hospital from 2022-2024. **Method:** A cross-sectional descriptive study of 520 patients with ureteral stones undergone ureteral stone lithotripsy using Holmium YAG laser at Xanh Pon Hospital from 2022-2024. **Results:** The average age of the subjects was 47.2 ± 8.2 years; Males: female = 52.3%: 47.7%. The average size of the stones on CT scan was 10.5 ± 2.8 mm; 502/520 patients had a single ureteral stone (96.5%, patients with 2 or more stones was 3.5%). The proportion of patients with stones in the upper third of the ureter was 43.1%, in the lower third was 42.5%, and in the middle third was 14.4%; Complications during lithotripsy was 6.0%, including 2.3% ureteral mucosal injury, 1.3% bleeding, and 2.3% stone migration to the kidney; Post-lithotripsy complications was 6.0%, including 1.2% hematuria, 4.8% post-lithotripsy fever, and 1.2% renal colic. **Conclusion:** Retrograde ureteral stone lithotripsy using Holmium YAG laser was a safe and effective method with a low complication rate and post-lithotripsy adverse events.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản là một bệnh cấp cứu tri hoãn do sỏi rất dễ gây ra các biến chứng như nhiễm khuẩn tiết niệu, ứ nước, ứ mù thận, thậm chí có thể gây vô niệu hoặc suy thận dẫn đến tử vong nếu không được xử trí kịp thời [1], [2].

Trước đây, các trường hợp sỏi niệu quản nhỏ (< 5mm) được điều trị nội khoa, các trường hợp sỏi lớn hơn thường phải phẫu thuật lấy sỏi. Tuy nhiên, trong vài thập kỉ gần đây, phương pháp điều trị sỏi tiết niệu trên thế giới đã có nhiều biến đổi to lớn nhờ những tiến bộ trong các lĩnh vực quang học, siêu âm và laser. Từ đó, các phương pháp hiện đại điều trị không xâm hại (non-invasive) hoặc ít xâm hại (mini invasive) ra đời như tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi và lấy sỏi

qua ống soi niệu quản, mổ lấy sỏi nội soi sau phúc mạc... đã làm cho phẫu thuật kinh điển dần dần thu hẹp phạm vi chỉ định [1], [5].

Khoảng 3 thập kỷ gần đây, sự phát triển các ứng dụng của laser trong y học cho ra đời nhiều thế hệ máy tán sỏi laser. Trong đó, máy tán sỏi Holmium YAG laser là thế hệ mới và có nhiều ưu điểm vượt trội, có thể tán vỡ mọi loại sỏi bất kể thành phần hóa học. Cùng với sự tiến bộ vượt bậc của công nghệ chế tạo ống soi niệu quản, sự ra đời của các máy tán sỏi laser mới đã làm cho phương pháp tán sỏi qua nội soi niệu quản ngược dòng trở nên ưu việt và là xu thế phát triển trong điều trị sỏi tiết niệu trên thế giới [1], [5].

Khoa tiết niệu bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội hàng năm điều trị rất nhiều bệnh nhân sỏi tiết niệu. Trong đó, tán sỏi niệu quản nội soi mỗi năm khoảng 500-700 trường hợp. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá độc lập về tai biến, biến chứng của tán sỏi nội soi Laser. Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nghiên cứu tỷ lệ tai biến, biến chứng của tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium YAG Laser tại bệnh viện xanh pôn giai đoạn 2022 - 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 520 Bệnh nhân có sỏi niệu quản có chỉ định tán sỏi niệu quản ngược dòng bằng laser Holmium: YAG và tái khám tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu - Bệnh viện Xanh pôn từ năm 2022 đến tháng 11 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có sỏi niệu quản
- Được điều trị bằng tán sỏi nội soi bằng laser Holmium: YAG.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sỏi niệu quản kèm theo bệnh phổi hợp được xác định sau khi nội soi niệu quản như: u niệu quản, u bàng quang...

- Các bệnh lý không có khả năng đặt được ống soi: dị tật đường tiết niệu dưới, hẹp niệu đạo, các khối u trong ổ bụng xâm lấn chèn ép niệu quản, biến dạng khớp háng, cột sống bệnh nhân không nằm được tư thế sản khoa...

- Bất thường giải phẫu niệu quản
- Sỏi niệu quản trên thận duy nhất

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Các biến chứng xảy ra trong lúc tán sỏi như: Chảy máu, tổn thương niệu quản, thủng niệu quản, sỏi chạy lên thận

- Biến chứng sau mổ: đái máu, sốt, cơn đau quặn thận

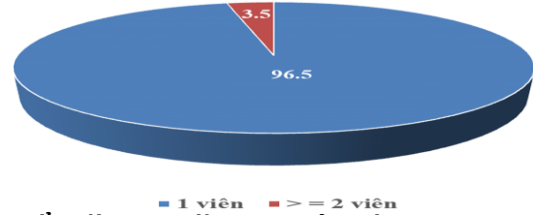
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của đối tượng là: 47,2 ± 8,2 tuổi. Trong đó, thấp nhất là 22 tuổi, cao nhất là 78 tuổi.

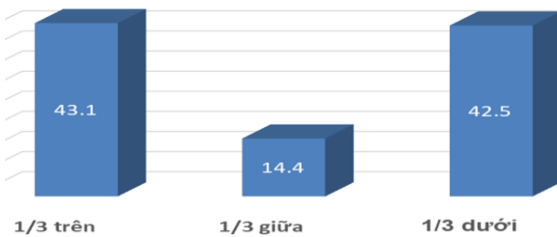
- Nam giới: 272/520 chiếm 52,3%. Nữ giới: 248/520 chiếm 47,7%.

- Kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là 10,5 ± 2,8 mm.



Biểu đồ 3.1. Số lượng sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 502/520 bệnh nhân có 1 viên sỏi niệu quản (chiếm 96,5%, bệnh nhân có 2 viên sỏi trở lên chiếm 3,5%.



Biểu đồ 3.2. Vị trí sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 224 bệnh nhân sỏi niệu quản 1/3 trên chiếm 43,1%, tiếp đến là sỏi niệu quản 1/3 dưới chiếm 42,5% và sỏi niệu quản 1/3 giữa chiếm 14,4%

3.2. Tai biến và biến chứng của tán sỏi

Bảng 3.1. Tai biến trong mổ

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương niêm mạc	12	2,3
Chảy máu	7	1,3
Sỏi chạy lên thận	12	2,3
Tổng	31	6,0

Bảng 3.2. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiểu máu	6	1,2
Sốt sau tán sỏi	25	4,8
Cơn đau quặn thận	6	1,2
Tổng	37	7,1

Bảng 3.3. Biến chứng sau 3 tháng

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hẹp niệu quản	6	1,2
Đau mỗi thắt lưng	10	1,9
Tổng	16	3,1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới. Qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 78 tuổi, trung bình $47,2 \pm 8,2$ tuổi. Độ tuổi trung bình của Nguyễn Minh Quang là 46 ± 14 [4]. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân sỏi NQ theo nghiên cứu của Y.Iiker và cs là 49,4 tuổi [1].

Theo y văn, sỏi tiết niệu thường gặp ở nam nhiều hơn ở nữ giới [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, số bệnh nhân nam là 272/520 BN (52,3%) và số bệnh nhân nữ là 248 BN (chiếm 47,7%), tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác biệt với Y.Iiker và cs [1]

4.1.2. Đặc điểm về sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính

* *Kích thước viên sỏi:* Nhờ sự phát triển của thiết bị nội soi, ống soi cứng, bán cứng và nguồn năng lượng phong phú đặc biệt áp dụng năng lượng laser vào niệu khoa, cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên được nâng lên, các chỉ định đối với kích thước sỏi NQ ngày càng được mở rộng.

Chúng tôi đo kích thước viên sỏi bằng cách lấy kích thước lớn nhất của viên sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính, nghiên cứu ghi nhận, kích thước viên sỏi trung bình là $10,5 \pm 2,8$ mm. sỏi có kích thước nhỏ nhất là 6 mm, lớn nhất là 18 mm và phần lớn sỏi có kích thước từ 6 mm đến 10 mm (82,7%).

Theo Nguyễn Minh Quang [4], TSNS cho sỏi có kích thước 5 – 12 mm [6], Nguyễn Quang và Nguyễn Vũ Khải Ca [5], TSNS sỏi có kích thước trung bình 12,1 mm

* *Vị trí:* Kết quả nghiên cứu cho thấy có 224 bệnh nhân sỏi niệu quản 1/3 trên chiếm 43,1%, tiếp đến là sỏi niệu quản 1/3 dưới chiếm 42,5% và sỏi niệu quản 1/3 giữa chiếm 14,4%

4.2. Tai biến và biến chứng sau tán sỏi

4.2.1. Tai biến trong tán sỏi nội soi. Tán sỏi nội soi là một can thiệp ít xâm hại, tuy nhiên vẫn có các tai biến và biến chứng. Các tai biến có thể là tổn thương niệu quản với mức độ khác nhau, chảy máu hay nhiễm khuẩn tiết niệu. Tùy vào mức độ nặng nhẹ của tổn thương mà có cách xử lý khác nhau như đặt ống thông niệu quản hay đặt ống thông JJ hay mổ mở xử lý thương tổn.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tai biến trong mổ có 12 trường hợp tổn thương niêm mạc (chiếm 2,3%) chảy máu trong tán sỏi nội soi có 7 trường hợp (chiếm 1,3%) và có 12 trường hợp

sỏi chạy lên thân (chiếm 2,3%).

* *Tổn thương niêm mạc niệu quản.* Tổn thương niêm mạc niệu quản có nhiều mức độ khác nhau và thường gặp trong quá trình tán sỏi nội soi. Tổn thương mức độ nhẹ hiếm khi có ý nghĩa trên lâm sàng do vậy thường bị bỏ qua. Nghiên cứu của chúng tôi có 12/520 BN (chiếm 2,3%) có tổn thương niêm mạc niệu quản ở mức độ nhẹ

Một nghiên cứu mới đây qua 2275 trường hợp tán sỏi nội soi ngược dòng, tổn thương niêm mạc niệu quản chiếm 1.5% các trường hợp khi sử dụng các ống soi niệu quản có đường kính từ 6-10Fr [7]. Một nghiên cứu cũ hơn khi so sánh biến chứng của 248 BN sử dụng ống cứng cỡ từ 9,5- 11.5 Fr và 49 BN sử dụng ống bán cứng cỡ 6- 7 Fr. Tỷ lệ tổn thương niêm mạc niệu quản 24% khi sử dụng ống cứng và chỉ 6% với ống bán cứng [7]. Nguyên tắc chính để hạn chế tối đa tổn thương niêm mạc niệu quản: thao tác cẩn trọng, tránh không di chuyển quá nhanh hay giật mạnh ống soi niệu quản khi ở trong lòng niệu quản. Trong quá trình tán sỏi nội soi thì cố gắng tầm nhìn phải rõ ràng và không để dụng cụ nội soi ở bên ngoài ống soi trong khi di chuyển

* *Về chảy máu trong tán sỏi.* Chảy máu trong quá trình tán sỏi nội soi ngược dòng là một biến chứng hiếm gặp và thường xử trí chỉ bằng cách ngưng lại quá trình tán sỏi và đặt JJ niệu quản là đủ. Nguyên nhân nguồn chảy máu thường do tổn thương ở thành niệu quản. Biến chứng chảy máu thường xảy ra khi nong lỗ niệu quản để đặt máy soi, chấn thương niêm mạc bởi dây dẫn đường hay trong quá trình dùng laser để tán viên sỏi. Tỷ lệ chảy máu khiến phải chấm dứt quá trình tán sỏi nội soi theo y văn khoảng 0.1- 2.1% [5]. Abdel - Razzak và Bagley qua 290 trường hợp nội soi ngược dòng trong vòng 10 năm để tán sỏi và can thiệp u niệu quản chỉ có 2 trường hợp phải chấm dứt quá trình nội soi do chảy máu nặng gây hạn chế tầm nhìn. Geavlete và cộng sự trong nghiên cứu với số lượng lớn nhất từ năm 1994-2005 qua 2735 trường hợp nội soi ngược dòng chỉ có 3 trường hợp chảy máu phải dùng phẫu thuật do hạn chế tầm quan sát. Trong tất cả các trường hợp chỉ cần đặt JJ NQ và chảy máu không tiếp diễn, không có trường hợp nào phải truyền máu [1].

* *Bàn luận về việc thất bại do sỏi di chuyển lên trên thận.* Một trong những nguyên nhân chính của thất bại tán sỏi nội ngược dòng là do sỏi di chuyển vào trong thận hay phần cao của niệu quản. Sỏi di chuyển lên trên thận làm tăng thời gian mổ và làm tăng chi phí mổ cho bệnh nhân vì trong một số trường hợp đòi hỏi cần phải sử dụng thêm các phương pháp can thiệp

khác để xử lý sỏi [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12/520 BN (chiếm 2,3%) gặp phải sỏi di chuyển vào đài thận. Các trường hợp này đều gặp phải với sỏi nằm ở vị trí khúc nối bể thận- niệu quản.

Sỏi di chuyển lên trên thận do sự kết hợp của nhiều yếu tố: một số yếu tố có thể thay đổi được tuy nhiên một số yếu tố coi như "cố định" không thay đổi được. Những yếu tố cố định không thay đổi được như: thói quen kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí, kích thước sỏi. Những yếu tố có thể thay đổi được như: tư thế của bệnh nhân, áp lực bơm rửa, nguồn năng lượng tán sỏi [3], [6],... Tỷ lệ chung của sỏi di chuyển lên trên thận khi tán sỏi nội soi ngược dòng khoảng 5- 15%. Nguyễn Minh Quang [4] gặp 3 bệnh nhân chiếm 1,4% sỏi di chuyển lên thận. Vũ Lê Chuyên [3] gặp 4,1% sỏi di chuyển trên thận khi tán sỏi niệu quản 1/3 trên. Hai yếu tố quan trọng nhất trong các yếu tố cố định liên quan đến việc di chuyển sỏi lên thận là vị trí sỏi niệu quản ở 1/3 trên và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Theo kinh nghiệm của chúng tôi khi đã đặt máy soi niệu quản thành công không nên cố gắng đưa guide-wire dẫn đường lên quá cao vì có thể điều này sẽ đẩy sỏi di chuyển vào trong thận đặc biệt sỏi ở đoạn 1/3 trên hoặc sỏi ở vị trí khúc nối bể thận niệu quản.

Trước đây, tư thế bệnh nhân và giảm áp lực bơm rửa vẫn được cho rằng là hai kỹ thuật nhằm làm giảm tỷ lệ sỏi di chuyển lên trên thận. Đặt bệnh nhân ở tư thế Trendelenburg đầu cao hơn cơ thể 30 độ để trọng lực cân bằng với động lực của nguồn năng lượng tán nhằm tránh sỏi di chuyển lên trên thận. Tuy nhiên, nghiên cứu của Dretler SP gần đây cho thấy trọng lực tác dụng lên viên sỏi trong niệu quản là rất nhỏ so với lực đẩy do vậy việc đặt tư thế bệnh nhân không có tác dụng trong việc ngăn chặn sỏi di chuyển lên phía trên. Tuy nhiên việc hạn chế áp lực nước rửa là yếu tố giúp cho việc ngăn chặn sỏi di chuyển lên trên thận. Do vậy, phẫu thuật viên luôn phải tính toán cân bằng giữa việc có một phẫu trường tầm nhìn rõ ràng với nguy cơ sỏi di chuyển. Áp lực nước rửa quá cao sẽ làm sỏi di chuyển lên thận, lan truyền vi khuẩn vào trong thận và có thể gây tổn thương đến chức năng thận. Kinh nghiệm của chúng tôi có thể sử dụng cách bơm rửa ngắt quãng để hạn chế sỏi di chuyển lên thận nếu có thể.

4.2.2. Biến chứng sớm sau tán sỏi nội soi. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ của chúng tôi ghi nhận 37/252 bệnh nhân (chiếm 7,1%) trong đó có 6 trường hợp đái máu sau tán sỏi (chiếm 1,2%), sốt sau tán sỏi có 25 bệnh nhân (chiếm

4,8%) và cơn đau quặn thận có 6 bệnh nhân (chiếm 1,2%)

***Đau sau mổ do tắc nghẽn niệu quản.** Đau sau mổ do tắc nghẽn niệu quản có thể gặp sau quá trình tán sỏi nội soi. Niêm mạc niệu quản bị chấn thương bởi ống soi niệu quản hoặc các dụng cụ, máu cục, niệu quản co thắt, phù nề tổ chức có thể là nguyên nhân gây tắc nghẽn niệu quản. Việc đặt JJ niệu quản cũng là nguyên nhân gây cơn đau quặn thận ở một vài bệnh nhân. Tỷ lệ đau sau mổ chiếm khoảng 2-9% [6], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi có 6/520 bệnh nhân (1,2) có cơn đau quặn thận sau mổ. Đau thường dần dần sẽ tự hết và có thể dùng thuốc giảm đau, lợi niệu kèm theo dõi.

***Đái máu sau mổ.** Dấu hiệu đái máu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi 6/520 bệnh nhân (chiếm 1,2%). Tuy nhiên biến chứng đái máu sau mổ thường là dấu hiệu nhẹ và được điều trị bảo tồn không cần phải truyền máu. Các tác giả khuyến cáo nên khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước ngay sau mổ và dùng thêm thuốc lợi niệu. Với bệnh nhân đái máu nhiều nên theo dõi tình trạng huyết động và máu cục có thể gây bít tắc niệu quản.

***Biến chứng nhiễm trùng và sốt.** Nhiễm trùng đường tiết niệu sau tán sỏi nội soi có thể từ một dấu hiệu thường gặp, không biến chứng có thể trở thành nhiễm khuẩn huyết đe dọa đến tính mạng. Khi xuất hiện sỏi niệu quản trong đường tiết niệu là mầm mống nhiễm trùng khi tán sỏi nội soi. Mặc dù bệnh nhân đã được dùng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật nước tiểu có sỏi vẫn có nguy cơ gây nhiễm trùng khi tán sỏi nội soi. Khi đưa các dụng cụ qua niệu đạo có thể làm nguy cơ nhiễm khuẩn các vi khuẩn từ da vào đường tiết niệu. Áp lực bơm rửa có thể làm tăng cao áp lực trong xoang bể thận nguy cơ gây nhiễm khuẩn huyết. Tỷ lệ gặp sốt sau tán sỏi nội soi được báo cáo khoảng từ 1.2- 22% và sốt có thể xuất hiện ngay cả khi không có nhiễm trùng [6]. Trong khi đó tỷ lệ nhiễm trùng trong các báo cáo ngày nay khoảng từ 1- 4% [5], [8]. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết khoảng 0.3- 2%. Một số tác giả cũng khuyến cáo nguy cơ nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân xơ gan tiến triển [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sốt sau tán sỏi nội soi 25/520 bệnh nhân (chiếm 4,8%).

Nhiều cách khác nhau để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu: dùng kháng sinh trước mổ, giảm áp lực tưới rửa khi tán sỏi.

4.2.3. Biến chứng muộn sau tán sỏi nội soi. Đánh giá kết quả xa sau tán sỏi chúng tôi ghi nhận có 16 bệnh nhân có biến chứng ở giai đoạn 3 tháng sau phẫu thuật trong đó có 6 bệnh

nhân có biểu hiện hẹp niệu quản (chiếm 1,2%), 10 bệnh nhân có biểu hiện đau mõi thắt lưng mãn tính (chiếm 1,9%)

Tỉ lệ hẹp niệu quản sau tán sỏi nội soi khoảng từ 0-4% [6]. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,2%. Tỉ lệ trong các báo cáo mới đây thường ít hơn 1% [8]. Các yếu tố nguy cơ gây nên hẹp niệu quản đó là sử dụng các ống nội soi cùng thiết bị cỡ lớn, sỏi bít và chấn thương niệu quản trong quá trình tán sỏi nội soi. Nguyên nhân gây nên hẹp niệu quản vẫn chưa được rõ ràng nhưng có thể là sự kết hợp giữa chấn thương niệu quản, bóng niệu quản và thiếu nuôi dưỡng niệu quản do sử dụng các thiết bị có đường kính cỡ lớn. Một nghiên cứu đã cho thấy 5/21 bệnh nhân (chiếm 24%) bị hẹp niệu quản khi tán sỏi nội soi với sỏi bít [8]. 4/5 bệnh nhân hẹp niệu quản do có ổ thủng niệu quản tại vị trí sỏi bít.

Ngoài sỏi niệu quản gây cản trở lưu thông niệu quản gây hẹp niệu quản thì những mảnh sỏi nhỏ găm vào thành niệu quản cũng là nguy cơ gây hẹp niệu quản [7], [8]. Nhiều tác giả cho thấy những mảnh sỏi hơn 4mm cắm vào thành niệu quản có nguy cơ gây hẹp niệu quản sau này [4]. Sự phát triển của công nghệ ngày nay với các máy soi niệu quản cỡ nhỏ làm giảm tỉ lệ hẹp niệu quản sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tán sỏi qua nội soi niệu quản ngược dòng với năng lượng là Holmium YAG laser có nhiều ưu điểm vượt trội trong đó nổi bật là tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ thấp. Sự ra

đời của các máy tán sỏi laser đã làm cho phương pháp tán sỏi qua nội soi niệu quản ngược dòng trở nên ưu việt và là xu thế phát triển trong điều trị sỏi tiết niệu trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ilker Y., Ozgur A. & Yazici C.** (2015), "Treatment of ureteral stones using Holmium:YAG laser", *Int Urol Nephrol*, 37(1): p. 31-34.
2. **Abdullah Demirtaş, Nurettin Şahin, Emre Can Akınsal, et al.** (2019), Primary Obstructive Megaureter with Giant Ureteral Stone: A Case Report. *Case Reports in Urology*, 2013,
3. **Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Minh Quang, Đỗ Anh Toàn.** (2016). "Nội soi ngược dòng tán sỏi bằng xung hơi sỏi niệu quản lưng: kết quả từ 49 trường hợp sỏi niệu quản đoạn lưng được tán sỏi nội soi ngược dòng tại khoa niệu bệnh viện Bình Dân". *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 319, 2/2006. Tr 254-261.
4. **Nguyễn Minh Quang** (2003), "Rút kinh nghiệm qua 204 trường hợp tán sỏi niệu quản qua nội soi bằng laser và xung hơi", *Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh*
5. **Nguyễn Quang, Vũ Nguyễn Khải Ca và cs.** (2014). "Một số nhận xét về tình hình điều trị sỏi niệu quản ngược dòng và tán sỏi bằng máy Lithoclast tại khoa Tiết niệu - bệnh viện Việt Đức". *Tạp chí Y học Việt Nam*. T4/2004. Tr 501-503.
6. **Allen D, Hindley RG, Glass JM** (2003). Baskets in the kidney: An old problem in a new situation. *J Endourol.*;17(7):495-6
7. **Geavlete P, Georgescu D, Nița G, Mirciulescu V, Cauni V** (2016). Complications of 2735 retrograde semirigid ureteroscopy procedures: a single-center experience. *J Endourol.*;20(3):179-85
8. **Dretler SP, Young RH** (1993). Stone granuloma: a cause of ureteral stricture. *J Urol.*; 150(6):1800-2

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ DỊ ỨNG KHOANG TRUNG TÂM

Ngô Hồng Ngọc¹, Nguyễn Thành Phương¹, Nguyễn Hồ Thu Thảo¹, Lê Thị Anh Thư¹, Nguyễn Thị Mai Khanh², Trần Việt Luân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (Central Compartment Atopic Disease - CCAD) là một thể bệnh mới trong nhóm viêm mũi xoang mạn tính, hiện đang thu hút nhiều sự quan tâm trong việc chẩn đoán và điều trị. Phẫu thuật được cân nhắc là giải

pháp cho những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp điều trị này đối với bệnh nhân CCAD vẫn chưa được nghiên cứu rõ ràng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân bệnh CCAD sau phẫu thuật 03 tháng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 39 bệnh nhân CCAD có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2023 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Trước phẫu thuật, độ nặng của triệu chứng được đánh giá qua thang điểm Visual Analog Scale (VAS) và Lund-Kennedy (LK) với điểm trung bình lần lượt là 40,92 ± 11,80 và 8,56 ± 2,04. Sau phẫu thuật 03 tháng, nghiên cứu ghi nhận các triệu chứng có sự cải thiện đáng kể với điểm trung bình VAS giảm xuống còn 8,46

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hồng Ngọc

Email: ngocnh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024