

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY VÀ BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Hữu Hưng¹, Châu Quý Thuận², Đỗ Anh Toàn³

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh lý sỏi niệu đạo là một bệnh lý khá hiếm gặp trong sỏi đường tiết niệu. Nguyên nhân thường do bế tắc tại niệu đạo như xơ hẹp, túi thừa hoặc sỏi niệu đạo thứ phát từ đường tiết niệu trên kẹt lại tại những chỗ hẹp tự nhiên của niệu đạo. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị sỏi niệu đạo được các bác sĩ lâm sàng áp dụng, tuy nhiên vẫn chưa có báo cáo về kết quả điều trị của bệnh lý này. Trong bài viết này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu đạo hiện tại.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu hàng loạt trường hợp được điều trị sỏi niệu đạo trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Trong 128 trường hợp được điều trị sỏi niệu đạo có 100% bệnh nhân nam, độ tuổi trung bình $49,9 \pm 12,8$ tuổi. Lý do nhập viện thường gặp nhất là tiểu khó, kích thích sỏi trung bình là $12,4 \pm 5,1$ mm, vị trí thường gặp nhất của sỏi là niệu đạo sau. Phương pháp điều trị chính là nội soi tán sỏi, với thời gian phẫu thuật trung bình là $34,7 \pm 17,6$ phút. Tai biến trong phẫu thuật thường gặp là tổn thương niêm mạc niệu đạo, biến chứng sau điều trị hay gặp là hẹp niệu đạo. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $1,5 \pm 1$ ngày.

Kết luận: Điều trị sỏi niệu đạo phụ thuộc vào vị trí và kích thước sỏi. Có nhiều phương pháp điều trị: Nội khoa, nội soi tán sỏi, kéo sỏi, phẫu thuật lấy sỏi hay dẫn lưu bàng quang ra da kèm tán sỏi. Nội soi tán sỏi là phương pháp điều trị hiệu quả, áp dụng được cho mọi vị trí sỏi.

Từ khóa: Sỏi niệu đạo, điều trị sỏi niệu đạo

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF URETHRAL CALCULI AT CHO RAY HOSPITAL AND BINH DAN HOSPITAL

Background: Urethral calculi is a rare disease

in urolithiasis. The etiology is commonly related to urethral obstruction, such as urethral stricture, urethral diverticulum, or secondary stones originating from the upper urinary tract that become impacted at physiological narrowing sites of the urethra. Currently, there are many methods of urethral calculi treatments that are applied by clinicians but there is still no report on the treatment results of this disease. In this article, we evaluate the current results of treating urethral calculi.

Subjects and methods: Retrospective case series study of urethral calculi treatments from 01/2019 to 12/2023.

Result: A total of 128 cases underwent urethral calculi treatment, including 100% men, with a mean age of $49,9 \pm 12,8$. The most common reason for hospitalization was dysuria, the mean urethral calculi diameter is $12,4 \pm 5,1$ mm, stone located at the posterior urethra. Management was endoscopic lithotripsy, and the mean operating time was $34,7 \pm 17,6$ mins. Common accidents during operating were urethral mucosal injury, complication postoperative was urethral stricture. The mean of postoperative hospital stay was $1,5 \pm 1$ days.

Conclusion: Urethral calculi managements depend on the location and diameter of the stone. There are many treatment methods: Medical expulsive treatment, endoscopic lithotripsy, manipulation, open surgery or cystostomy and lithotripsy. Endoscopic lithotripsy is an effective treatment method, applicable to all urethral calculi locations.

Keywords: urethral calculi, urethral calculi management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu đạo là một tình trạng bệnh lý xảy ra khi có sự hình thành và lắng đọng của tinh thể muối khoáng trong niệu đạo, gây cản trở dòng chảy của nước tiểu. Đôi khi sỏi niệu đạo cũng có thể từ đường tiết niệu trên rơi xuống và mắc kẹt tại những đoạn hẹp của niệu đạo. Sỏi niệu đạo là loại sỏi ít gặp nhất trong các loại sỏi đường tiết niệu, chỉ chiếm khoảng 0,3 - 1% sỏi tiết niệu và sỏi niệu đạo tắc nghẽn là một bệnh lý rất hiếm gặp của sỏi đường tiết niệu dưới [1]. Tuy nhiên, sỏi niệu đạo có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống bệnh nhân nếu không được chẩn đoán và

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Hưng

Email: hunglx1897@gmail.com

Mã bài: TTN-12

Ngày nhận bài: 15/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

điều trị kịp thời. Sỏi niệu đạo phổ biến hơn ở nam giới, liên quan đến khác biệt về cấu trúc giải phẫu, với phân bố độ tuổi theo hai đỉnh tuổi [1,2]. Tại Việt Nam, các bệnh lý về sỏi tiết niệu nói chung chiếm tỷ lệ khá cao trong dân số, với điều kiện khí hậu nhiệt đới nóng ẩm, chế độ ăn uống không hợp lý và thói quen uống ít nước là những yếu tố nguy cơ. Một số triệu chứng thường gặp như triệu chứng đường tiểu dưới như tiểu đau, tiểu khó hay tiểu ra máu. Thậm chí trong một vài trường hợp có biểu hiện cấp tính như bí tiểu. Hiện nay, trên thế giới có một số hướng dẫn điều trị sỏi niệu đạo như gấp sỏi, tán sỏi nội soi hay phẫu thuật mở niệu đạo lấy sỏi với tỷ lệ thành công dao động tùy theo vị trí của sỏi. Hiện nay các kỹ thuật điều trị sỏi niệu đạo dù đã được thực hiện tại những Trung tâm Y khoa lớn của Việt Nam nhưng vẫn chưa có bất kỳ nghiên cứu đầy đủ nào về quy trình chẩn đoán, đánh giá kết quả điều trị cũng như các tai biến, biến chứng sau phẫu thuật. Do đó, nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị sỏi niệu đạo là cần thiết, không chỉ giúp nâng cao hiểu biết về bệnh lý này mà còn góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu đạo và được điều trị sỏi niệu đạo tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có kết quả hình ảnh học âm tính với sỏi niệu đạo.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ hoặc không được lưu trữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu hàng loạt trường hợp.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 – 12/2023. chúng tôi ghi nhận 128 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0, phép kiểm T-test để so sánh 2 trung bình có phân phối chuẩn, phép kiểm Mann–Whitney các số trung bình không có phân phối chuẩn. Phép kiểm chính xác Fisher để so

sánh 2 tỉ lệ nếu mẫu quá nhỏ. phép kiểm χ^2 để khảo sát tương quan giữa 2 yếu tố độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng	N = 128
Tuổi	49,9 ± 12,8
BMI	23,6 ± 3,4
Lý do vào viện vì tiểu khó	108 (84,4%)
Tiền căn phẫu thuật đường tiết niệu dưới (1 TH tạo hình niệu đạo, 1 TH tán sỏi ND, 2 TH tán sỏi BQ, 7 TH dẫn lưu BQQD, 3 TH TURP, 1 TH khâu lỗ thủng BQ, 1 TH PT lấy sỏi BQ, 1 TH cắt da quy đầu)	18 (14%)

Trong tổng số 128 trường hợp được điều trị sỏi niệu đạo trong nghiên cứu, ghi nhận 100% bệnh nhân là nam giới, với độ tuổi trung bình là 49,9 ± 12,8 tuổi (từ 24 – 90 tuổi). BMI trung bình trong nghiên cứu là 23,6 ± 3,4. Bệnh nhân nhập viện vì tiểu khó chiếm đa số với 84,4 % (chiếm 108 trường hợp). Tiền căn phẫu thuật đường tiết niệu dưới chiếm 14 % trường hợp, như là: tạo hình niệu đạo, nội soi tán sỏi niệu đạo, tán sỏi bàng quang, tán sỏi niệu quản hay cắt đốt nội soi bướu lành tuyến tiền liệt hay bướu bàng quang.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm cận lâm sàng	N = 128
Bạch cầu trong nước tiểu	73 (57%)
Cấy nước tiểu	8/17 trường hợp có mọc vi khuẩn
Tỷ lệ phát hiện sỏi qua siêu âm (N = 110)	76 (69,1%)
Tỷ lệ phát hiện sỏi qua KUB (N = 109)	62 (56,9%)
Tỷ lệ phát hiện sỏi qua CT-scan (N = 33)	30 (90,9%)
Tỷ lệ phát hiện sỏi qua Nội soi bàng quang (N = 34)	34 (100%)

Bạch cầu trong nước tiểu được ghi nhận ở 73/128 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 57%. Trong nghiên cứu có 17/128 trường hợp được thực hiện cấy nước tiểu: trong đó 9/17 trường hợp không mọc

vi khuẩn, 8/17 trường hợp có mọc vi khuẩn được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3: Kết quả nuôi cấy nước tiểu

Kết quả cấy nước tiểu	N = 17
E.coli ESBL	1 (5,9%)
Klebsiella ESBL	3 (17,6%)
Klebsiella Pneumoniae	1 (5,9%)
Proteus	1 (5,9%)
18000 khóm cầu trùng gram dương	1 (5,9%)
18000 khóm trực trùng gram âm	1 (5,9%)
Không mọc	9 (52,9%)

Bảng 4: Đặc điểm của sỏi niệu đạo

Đặc điểm của sỏi	N = 108
Kích thước sỏi trung bình (mm)	12,6 ± 4,9
Khoảng kích thước (mm)	3 – 40
Trường hợp 1 viên sỏi	104 (96,3%)
Vị trí sỏi	
Niệu đạo trước	19 (17,6%)
Niệu đạo sau	85 (78,7%)
Bàng quang	4 (3,7%)

Thông số đặc điểm của sỏi được mô tả trong bảng 4, kích thước sỏi trung bình là 12,6 ± 4,9 mm. Số lượng sỏi gặp đa số trong nghiên cứu là 1 viên sỏi, với 104/108 trường hợp (chiếm 96,3%). Vị trí sỏi thường gặp nhất là niệu đạo sau với 85/108 trường hợp, kế đến là niệu đạo trước với 19 trường hợp, còn lại là 4 trường hợp sỏi nằm ở bàng quang vì bệnh nhân được đặt thông niệu đạo ở tuyến trước.

Bảng 5: Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	N = 108
Nội khoa	5 (4,6%)
Nội soi tán sỏi	89 (82,4%)
Nội soi tán sỏi + điều trị bệnh lý tiết niệu kèm theo	8 (7,4%)
Dẫn lưu bàng quang ra da + nội soi tán sỏi	3 (2,8%)
Phẫu thuật lấy sỏi niệu đạo	1 (0,9%)
Xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi	2 (1,9%)

Trong nghiên cứu này, có 5 bệnh nhân được điều trị nội khoa tổng xuất sỏi. Có 89/108 trường hợp được điều trị nội soi tán sỏi đơn thuần, 8/108 trường hợp được điều trị nội soi tán sỏi kết hợp điều trị bệnh lý kèm theo như bướu lành tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo hay hẹp cổ bàng quang. Ba trường hợp được dẫn lưu bàng quang ra da trước khi tiến hành tán sỏi. Ngoài ra, có những phương pháp khác như phẫu thuật lấy sỏi với 1 trường hợp và xẻ miệng niệu đạo để lấy sỏi (2 trường hợp). Ngoài 5 bệnh nhân được điều trị nội khoa thì 103 bệnh nhân còn lại được tiến hành vô cảm với 94 trường hợp 2 hợp được gây tê tùy sống (chiếm tỷ lệ 91,3%), còn lại là gây mê nội khí quản với 4,8%, gây mê mask thanh quản, tê tại chỗ và tiền mê.

Bảng 6: Kết quả trong và sau phẫu thuật

Kết quả trong phẫu thuật	N = 103
Thời gian phẫu thuật (phút)	30,9 ± 9,23 (15 – 60)
Tổn thương niêm mạc niệu đạo	12 (11,6%)
Tổn thương niêm mạc bàng quang	4 (3,9%)
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)	2,5 ± 2,7 (0 – 14)
Thời gian nằm viện (ngày)	1,4 ± 0,9 (0 – 7)
Hẹp niệu đạo sau điều trị	6 (5,6%)

Trên 103 TH được can thiệp phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 30,9 ± 9,23 phút. Với thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 15 phút và thời gian phẫu thuật kéo dài nhất là 60 phút. Thời gian trung bình của phẫu thuật nội soi tán sỏi đơn thuần (N = 89) là 29,7 ± 9,1 915 – 60) phút. Thời gian trung bình của phẫu thuật nội soi tán sỏi và điều trị bệnh lý tiết niệu kèm theo (n= 8) là 37,5 ± 6,5 phút (30 – 45). Ngoài ra, thời gian tán sỏi của chúng tôi thay đổi theo số lượng sỏi trên 1 BN, thời gian tán sỏi của nhóm bệnh nhân chỉ có 1 viên sỏi (n= 99) là 29,9 ± 8,8 phút (15 – 60). Thời gian tán sỏi ở nhóm bệnh nhân có nhiều hơn 1 viên sỏi (n= 4) là 41,3 ± 14,4 phút (p= 0,07).

Đặc điểm	Phương pháp phẫu thuật					Giá trị P
	NSTS đơn thuần (n=89)	NSTS + điều trị bệnh lý kèm theo (n=8)	Dẫn lưu BQRD + NSTS (n=3)	PT lấy sỏi (n=1)	Xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi (n=2)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	29,6 ± 9,1 (15 – 60)	37,5 ± 6,5 (30 – 45)	30 ± 5 (25 – 35)	50	25 ± 14,1 (15 – 35)	0,0262 ^a
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)	2 ± 2,2 (0 – 10)	3,2 ± 3,1 (1 – 7)	6 ± 1,7 (4 – 7)	14	7	0,0126 ^a
Thời gian nằm viện (ngày)	1,3 ± 0,9 (1 – 7)	1,7 ± 0,7 (1 – 3)	2 ± 1 (1 – 3)	5	1 ± 1,4 (0 – 2)	0,0877 ^a

a: Kiểm định Kruskal-Wallis

Thời gian phẫu thuật trung bình dao động từ 25 ± 14,1 phút đối với phương pháp xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi đến 50 phút đối với phẫu thuật lấy sỏi. Cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa các phương pháp. Phẫu thuật lấy sỏi có thời gian dài nhất, cho thấy sự phức tạp của quy trình phẫu thuật. Ngược lại, phương pháp xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi có thời gian phẫu thuật ngắn nhất vì quy trình đơn giản, gây tê tại chỗ và can thiệp nhanh chóng. Phương pháp nội soi tán sỏi (cả đơn thuần và kết hợp điều trị bệnh lý kèm theo) có thời gian phẫu thuật trung bình từ 29,6 ± 9,1 phút đến 37,5 ± 6,5 phút, cho thấy đây là lựa chọn can thiệp hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao và thời gian phẫu thuật tương đối ngắn. Thời gian lưu thông niệu đạo dao động từ 2 ± 2,2 ngày đối với phương pháp nội soi tán sỏi đơn thuần đến 14 ngày đối với phương pháp phẫu thuật lấy sỏi. Giá trị P là 0,0126, cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian lưu thông niệu đạo giữa các phương pháp can thiệp. Thời gian lưu thông niệu đạo dài nhất được ghi nhận ở phương pháp phẫu thuật lấy sỏi, điều này giải thích cho mức độ xâm lấn của phương pháp này, cần nhiều thời gian để niệu đạo hồi phục. Phương pháp nội soi tán sỏi có thời gian lưu thông niệu đạo ngắn, có trường hợp được lưu thông dưới 1 ngày cho thấy mức độ ít xâm lấn và ít tổn thương niêm mạc niệu đạo. Thời gian nằm viện dao động từ 1,3 ± 0,9 ngày đối với phương pháp nội soi tán sỏi đến 5 ngày đối với phương pháp phẫu thuật lấy sỏi.

IV. BÀN LUẬN

Trong bệnh lý sỏi niệu đạo, tắc nghẽn đường ra của nước tiểu gây ra nhiều triệu chứng đường tiểu dưới như là tiểu khó, tiểu máu, tiểu ngắt

quãng và đau hạ vị. Trong trường hợp tắc nghẽn hoàn toàn, bệnh nhân có thể có triệu chứng bí tiểu cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do bệnh nhân đến khám chủ yếu vì tiểu khó (chiếm 88,9%) tiếp theo là bí tiểu cấp (11,1%). Một số bệnh nhân nhập viện vì đau hạ vị hoặc đau hông lưng, đau niệu đạo gặp rất ít (0,9%).

Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tiểu khó là triệu chứng thường gặp: Chung Tuấn Khiêm [3] báo cáo 93,8%, Koga [6] 82,1%, trong khi Sharfi [4] và Maheshwari [5] cùng ghi nhận khoảng 33%.

X-quang là phương tiện chẩn đoán sỏi niệu đạo phổ biến nhất, hiệu quả cao trong việc xác định vị trí và kích thước, với tỷ lệ phát hiện sỏi cản quang lên đến 98% trong nghiên cứu của Verit [1] và Kamal [2]. Tuy nhiên, phương pháp này hạn chế với sỏi nhỏ hoặc sỏi không cản quang. Siêu âm ít được dùng hơn, chủ yếu áp dụng trong trường hợp cần tránh tia X hoặc trường hợp khó xác định, nhưng phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người thực hiện (Koga [6], Ngwobia [7]). Sharfi [4] và Kamal [2] cũng cho rằng nội soi niệu đạo giúp quan sát trực tiếp, xác định vị trí chính xác của sỏi và bệnh lý kèm theo nếu có.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước sỏi trung bình 12,6 ± 4,9, đa số ≥ 10 mm (79,6%), lớn nhất 40 mm, nhỏ nhất là 3 mm. Về lý thuyết, đường kính niệu đạo ở người trưởng thành là 30Fr, có thể cho sỏi ≤ 10 mm đi qua, nên phần lớn trường hợp cần can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là sỏi > 10mm. Tất cả các trường hợp này đều được xử trí thành công, tương tự báo cáo của Walker [8]. Một trường hợp sỏi 40mm nhập viện với tình trạng bí tiểu cấp và nhiễm khuẩn, đã được thực hiện dẫn lưu bàng quang qua da, kháng sinh, sau đó tán

sỏi tại chỗ do không thể đẩy sỏi vào bàng quang; kết quả sạch sỏi nhưng bệnh nhân gặp biến chứng hẹp niệu đạo sau phẫu thuật. Các nghiên cứu khác [3,5,8] chỉ ghi nhận kích thước sỏi được tán chỉ tối đa [5] khoảng 22mm. Qua đó, chúng tôi không khuyến cáo tán sỏi nội soi cho các trường hợp sỏi niệu đạo lớn và kẹt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sỏi niệu đạo sau chiếm tỷ lệ cao nhất (78,7%), tiếp đến là sỏi niệu đạo trước (17,6%), và sỏi bàng quang (3,7%). Qua các nghiên cứu của các tác giả [3,5,5,6,4,7] đều cho thấy sỏi niệu đạo sau chiếm tỷ lệ lớn, từ 38,9% đến 88,2%, với nghiên cứu của Kamal [2] có tỷ lệ cao nhất. Điều này cho thấy niệu đạo sau là vị trí thường gặp nhất của sỏi, có thể do đặc

điểm giải phẫu thuận lợi cho sự ứ đọng và tắc nghẽn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sỏi niệu đạo sau chiếm 78,7%, đứng sau nghiên cứu của Kamal [2] và phù hợp với xu hướng chung.

Sỏi niệu đạo trước có tỷ lệ thấp hơn trong đa số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 17,6% tương tự Kamal [2] (11,8%) nhưng thấp hơn Ngwobia [7] với 67,5%, có thể do sự khác biệt về cấu trúc dân số và phương pháp chẩn đoán, điều trị.

Vị trí của sỏi niệu đạo có thể khác nhau giữa các nghiên cứu, nhưng nhìn chung sỏi niệu đạo sau chiếm ưu thế, nhấn mạnh vai trò chẩn đoán và điều trị sớm để hạn chế biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị.

Nghiên cứu	Phương pháp điều trị					
	Nội khoa	NSTS đơn thuần	NSTS + điều trị bệnh lý kèm theo	Dẫn lưu bàng quang ra da + nội soi tán sỏi	Phẫu thuật lấy sỏi	Xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi
Ngwobia [7] (N = 40)	6	7	-	-	16	11
Chúng tôi (N = 108)	5	89	8	3	1	2

Trong nghiên cứu của chúng tôi và so sánh với các tác giả khác, các phương pháp điều trị bao gồm nội khoa, nội soi tán sỏi, phẫu thuật lấy sỏi và xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi. Tần suất áp dụng các phương pháp có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Điều trị nội khoa được áp dụng cho 5 trường hợp, tương tự với Ngwobia [7], chủ yếu sỏi nhỏ, triệu chứng nhẹ và có khả năng tự tổng xuất. Xẻ miệng niệu đạo lấy sỏi được sử dụng nhiều hơn trong nghiên cứu của Ngwobia [7], có thể do khác biệt về đặc điểm giải phẫu và chiến lược điều trị; đặc biệt hữu ích khi có hẹp niệu đạo trước, gây khó khăn cho việc tiếp cận nội soi.

Chúng tôi theo dõi được 99 bệnh nhân (77,34%), trong đó 46 TH còn triệu chứng tiểu khó, tiểu gắt buốt. 17 BN tái khám và được đánh giá toàn diện bằng thăm khám lâm sàng, siêu âm, đo niệu động học và nội soi bàng quang; kết quả được so sánh với các nghiên cứu khác (được trình bày ở bảng dưới).

Bảng Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật

Nghiên cứu	Triệu chứng sau điều trị		
	Hẹp niệu đạo	Bướu lành tuyến tiền liệt	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu
Maheshwari [5]	1	0	0
Chúng tôi (n=108)	6 (5,6 %)	5 (4,6 %)	6 (5,6 %)

So với Maheshwari [5], tỷ lệ hẹp niệu đạo của chúng tôi là 6%, cao hơn mức 2,4%, có thể do sự khác biệt về kỹ thuật phẫu thuật hoặc đặc điểm bệnh nhân. Tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 5,6%, chủ yếu liên quan đến bệnh lý tiết niệu kèm theo, trong khi Maheshwari [5] không ghi nhận trường hợp nào.

Tỷ lệ bướu lành tuyến tiền liệt là 4,6%, cho thấy cần điều trị phối hợp để giảm biến chứng. Nhìn chung, tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ của chúng tôi thấp, phản ánh hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn chu phẫu.

Các triệu chứng sau phẫu thuật như tiểu khó, tiểu gắt buốt và hẹp niệu đạo đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, liên tục nhằm phát hiện sớm biến chứng và xử trí kịp thời. Việc theo dõi phù hợp giúp cải thiện chất lượng sống và tối ưu kết quả lâu dài, đặc biệt cần cá thể hoá ở nhóm nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên nghiên cứu 128 bệnh nhân được điều trị sỏi niệu đạo điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bình Dân trong giai đoạn 01/2019 – 12/2023, chúng tôi phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị, từ đó rút ra một số kết luận sau:

Nghiên cứu ghi nhận đa số bệnh nhân ở độ tuổi 40 – 59 (56,5%), cho thấy nhóm trung niên có nguy cơ cao. Toàn bộ bệnh nhân là nam, phù hợp với đặc điểm giải phẫu niệu đạo nam, Triệu chứng thường gặp gồm tiểu khó, bí tiểu, ngoài ra có đau hạ vị và đau niệu đạo.

Tỷ lệ phát hiện sỏi của các cận lâm sàng:

Siêu âm: 91,7%

KUB: 70,7%

CT-scan: 95,8%

Nội soi bàng quang: 100%

Các phương pháp điều trị được áp dụng bao gồm nội soi tán sỏi, lôi sỏi và phẫu thuật lấy sỏi. Nội soi tán sỏi bằng laser Holmium là lựa chọn ưu tiên, với tỷ lệ thành công cao. Điều này cho thấy sự ưu việt của phương pháp nội soi trong việc điều trị sỏi niệu đạo, đặc biệt là sỏi tại đoạn sau hoặc các vị trí khó tiếp cận.

Nội khoa: trường hợp sỏi < 10 mm

NSTS: áp dụng được cho hầu hết vị trí, kích thước sỏi

Kéo sỏi: áp dụng cho sỏi nhỏ

Phẫu thuật lấy sỏi: sỏi lớn, hẹp niệu đạo

Dẫn lưu BQRD + tán sỏi: xử trí cấp cứu bí tiểu

Điều trị sỏi niệu đạo phụ thuộc vào vị trí và kích thước của sỏi cũng như các bệnh lý tiết niệu kèm theo.

Đối với sỏi niệu đạo sau: ưu tiên đẩy sỏi vào BQ và tán sỏi tại BQ.

Đối với sỏi niệu đạo trước: tán sỏi tại chỗ cũng cho hiệu quả sạch sỏi cao và tỷ lệ tái biến thấp.

Tỷ lệ tái biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật:

Tổn thương niêm mạc BQ: 3,3%

Tổn thương niêm mạc niệu đạo: 13,1%

Hẹp niệu đạo sau PT: 5,6%

Phương pháp điều trị được cá nhân hoá dựa trên vị trí và đặc điểm của sỏi. Phẫu thuật nội soi tán sỏi là lựa chọn ưu tiên, trong khi phẫu thuật mở chỉ được thực hiện khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Verit A, Savas M, Ciftci H, Unal D, Yeni E, Kaya M.** Outcomes of urethral calculi patients in an endemic region and an undiagnosed primary fossa navicularis calculus. *Urol Res.* Feb 2006;34(1):37-40. doi:10.1007/s00240-005-0008-2.
2. **Kamal B, Anikwe R, Darawani H, Hashish M, Taha S.** Urethral calculi: presentation and management. *BJU international.* 2004;93(4):549-552.
3. **Chung Tuấn Khiêm.** Nhận xét bước đầu về tán sỏi đường tiết niệu dưới qua nội soi. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2008.
4. **Sharfi A.** Presentation and management of urethral calculi. *British journal of urology.* 1991;68(3):271-272.
5. **Maheshwari PN, Shah HN.** In-situ holmium laser lithotripsy for impacted urethral calculi. *Journal of endourology.* 2005;19(8):1009-1011.
6. **Koga S, Arakaki Y, Matsuoka M, Ohyama C.** Urethral calculi. *British journal of urology.* 1990;65(3):288-289.
7. **Agwu NP, Abdulwahab-Ahmed A, Sadiq AM, Oyibo EU, Mungadi IA.** Management of impacted urethral calculi: an uncommon cause of acute urine retention in North-western Nigeria. *International Journal of Clinical Urology.* 2020;4(1).
8. **Walker BR, Hamilton BD.** Urethral calculi managed with transurethral Holmium laser ablation. *Journal of pediatric surgery.* 2001;36(9):16-17.