

xương chiếm 10,7%.

- Có 1,3% bệnh nhân mang khung tới khi liền xương, 2,7% bệnh nhân phải cắt cụt chi sau khi cố định ngoài vi, 6,7% bệnh nhân được chuyển sang KHX bên trong sớm khi tình trạng vết thương phần mềm ổn định, 46,7% bệnh nhân chuyển sang bó bột đùi cẳng bàn chân thay thế đến khi liền xương và 42,7% bệnh nhân sau khi tháo khung, bó bột chờ ổn định phần mềm thì chuyển KHX bên trong.

- Phục hồi chức năng đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm 89,0%, loại trung bình chiếm 9,6%, kém chiếm 1,4%.

- Liền xương đạt kết quả tốt chiếm 65,4%, trung bình chiếm 30,8% và kém chiếm 3,8%.

Trong điều kiện cấp cứu khung cố định ngoài kiểu FESSA đơn giản, dễ sử dụng cố định xương đảm bảo, hiệu quả vừa có thể sử dụng như một phương pháp kết hợp xương vững chắc thực thụ vừa có thể sử dụng như một biện pháp cố định tạm thời nhằm điều trị tình trạng phần mềm đến

khi ổn định có thể chuyển sang KHX bên trong. Việc chủ động chuyển sang KHX bên trong sớm sẽ làm giảm các biến chứng và bất tiện do khung cố ngoài hay bó bột mang lại.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hồ Văn Bình (2005).** Đánh giá tác dụng KCDN FESSA trong điều trị gãy hở hai xương cẳng chân tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn bác sỹ Chuyên khoa cấp II. 2005.
- Ngô Văn Toàn, Nguyễn Mạnh Khánh (2001).** Tình hình gãy hở hai xương cẳng chân tại bệnh viện Việt Đức sáu tháng đầu năm 2000. Kỷ yếu CTNCKH Bệnh viện Việt Đức. 2001.189-192.
- Nguyễn Văn Trường (2012).** Đánh giá kết quả điều trị gãy hở đầu xa hai xương cẳng chân bằng cố định ngoài tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. 2012.
- Fisher JS, Kazam JJ, Fufa D, Bartolotta RJ (2019).** Radiologic evaluation of fracture healing. Skeletal radiology. 2019. 48(3):349-361.
- Golubović Z, Stojiljković P, Macukanović-Golubović L, et al (2008).** [External fixation in the treatment of open tibial shaft fractures]. Vojnosanitetski preglod. May 2008. 65(5):343-348. doi:10.2298/vsp0805343g.

## NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TỶ LỆ THÀNH CÔNG VÀ TỶ LỆ SẠCH SỎI CỦA NỘI SOI NGƯỢC DÒNG TÁN SỎI THẬN VỚI ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Phạm Thanh Hải\*, Nguyễn Công Bình\*,  
Trần Đức\*\*, Phạm Văn Thương\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công ngay trong mổ và tỷ lệ sạch sỏi sau mổ 1 tháng của nội soi ngược dòng tán sỏi với ống mềm bằng holmium laser. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân tích tiến cứu 40 bệnh nhân sỏi thận được tán với ống mềm bằng holmium laser tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2020 đến 06/2021. Các dữ liệu được đánh giá bằng cách sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích đơn biến và đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố dự báo ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công và tỷ lệ sạch sỏi. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công ngay trong mổ là 85% (34/40 TH), thất bại là 15%. Các yếu tố ảnh hưởng ( $p < 0,05$ ): kích thước sỏi ( $p = 0,03$ ), số lượng viên sỏi ( $p = 0,001$ ), vị trí sỏi ( $p = 0,011$ ); Các yếu tố không ảnh hưởng ( $p > 0,05$ ): Tiền sử can thiệp sỏi thận và niệu quản cùng bên

( $P = 0,499$ ), đặt ống nòng niệu quản ( $p = 0,555$ ), di chuyển sỏi ( $p = 0,376$ ), góc bể thận đài dưới ( $P = 0,533$ ). Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 92,5%. Các yếu tố ảnh hưởng ( $p < 0,05$ ): Số lượng viên sỏi ( $p = 0,01$ ); Các yếu tố không ảnh hưởng ( $p > 0,05$ ): kích thước sỏi ( $p = 0,141$ ), vị trí sỏi ( $p = 0,083$ ), góc bể thận đài dưới ( $P = 0,1$ ). **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố tiền sử can thiệp sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, vị trí viên sỏi, đặt ống nòng niệu quản, di chuyển sỏi, góc bể thận đài dưới là những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công, tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Tuy nhiên kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng đóng một vai trò quan trọng. Chỉ định điều trị hiệu quả cho kỹ thuật này là sỏi đài bể thận với kích thước  $\leq 20$  mm, sỏi sỏi hay thất bại của các phương pháp điều trị trước.

**Từ khóa:** Nội soi thận ống mềm, sỏi đài thận.

#### SUMMARY

#### FACTORS AFFECTING SUCCESS RATE AND STONE FREE RATE OF FLEXIBLE URETEROSCOPY FOR RENAL STONES AT VIET TIEP HOSPITAL

**Objective:** To analyze the factors affecting success rate and stone free rate of flexible ureteroscopy and laser lithotripsy (FURSL) for renal stone. **Materials and methods:** Data on a total of

\*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

\*\*Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: bshaipham@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

40 patients with FURSL for renal stones at Viet Tiep hospital between October 2020 and June 2021, were prospectively analyzed. Factors associated were evaluated using SPSS 20.0. Univariate and multivariate analyses were done to determine predictive factors affecting success rate and stone free rate. **Results:** Success in operation: 85%, failure: 15%. A multivariate assessment revealed three independent factors influencing success rate ( $p < 0.05$ ): stone size ( $p = 0,03$ ), stone number ( $p = 0,001$ ), stone location ( $p = 0,011$ ) and not influencing ( $p > 0,05$ ): operation history ( $p = 0,499$ ), using ureteral access sheath ( $p = 0,555$ ), stone displacement ( $p = 0,376$ ), angle between infundibula and renal pelvis ( $p = 0,533$ ). Stone free rate after 1 month: 92,5%. Factors influencing Stone free rate ( $p < 0.05$ ): stone number ( $p = 0,01$ ) and factors not influencing ( $p > 0,05$ ): stone size ( $p = 0,141$ ), stone location ( $p = 0,083$ ), angle between infundibula and renal pelvis ( $p = 0,1$ ). **Conclusions:** The results of the current study indicated that operation history, stone size, stone number, stone location, using ureteral access sheath, stone displacement and angle between infundibula and renal pelvis were factors affecting success rate and stone free rate after FURSL. However, experience of the surgeon play an important role. FURSL is good and effective indication for treatment of renal stone  $\leq 20$  mm, especially for the cases treated with surgical procedures before.

**Key words:** Flexible ureteroscopy, renal stone.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp, tỷ lệ khoảng 1 – 15% dân số, phụ thuộc giới tính, tuổi, chủng tộc và vị trí địa lý [7]. Việt Nam ở khu vực vành đai sỏi của thế giới nên tỷ lệ sỏi tiết niệu cao mặc dù chưa có số liệu cụ thể, trong đó sỏi thận chiếm khoảng 40% sỏi niệu nói chung.

Hiện tại, có các phương pháp điều trị sỏi như: tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi qua da, nội soi ngược dòng tán sỏi... Do không phải trường hợp nào có sỏi niệu cũng được điều trị khỏi hoàn toàn, sỏi sỏi được xem như yếu tố tiên lượng sỏi tái phát, dẫn đến một lần can thiệp phẫu thuật nữa, sau một thời gian theo dõi lâu dài [4]. Mở mở lấy sỏi là phương pháp ít được chỉ định nhất, là phẫu thuật nặng nề. Vì thế, mở mở được xem là chỉ định quá mức để lấy sỏi sỏi hoặc sỏi tái phát. Tán sỏi ngoài cơ thể là phương pháp điều trị sỏi ít xâm hại nhất nhưng hiệu quả cũng thấp nhất khi điều trị sỏi đài thận dưới. Lấy sỏi qua da có tỉ lệ sạch sỏi sau mổ cao nhất trong tất cả các phương pháp nội soi vào thận, nhưng đi kèm với tỉ lệ tai biến- biến chứng nhiều nhất.

Tại Việt Nam, nội soi mềm ngược dòng điều trị sỏi thận, nhất là sỏi sỏi hoặc sỏi tái phát trong thận, chưa được ứng dụng rộng rãi tại các bệnh viện có chuyên khoa Tiết niệu. Vì vậy để góp phần tiên lượng hiệu quả điều trị cũng như giảm thiểu tai biến biến chứng, chúng tôi thực hiện

nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá những yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả điều trị của nội soi ngược dòng tán sỏi thận với ống mềm bằng Holmium laser.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng.** Gồm 40 bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng nội soi ngược dòng tán sỏi với ống soi mềm bằng Holmium laser tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 10/2020 đến tháng 06/2021, đáp ứng những tiêu chuẩn sau:

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân có sỏi thận, kích thước sỏi từ 6-20mm, gồm có:

- Sỏi bể thận, sỏi đài thận nhưng không hẹp cổ đài thận, sỏi sỏi hay tái phát sau mổ.

- Sỏi đài thận, bể thận trong trường hợp sỏi di chuyển lên hay còn lại sau khi nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi bán cứng. Sỏi niệu quản di chuyển lên thận.

- Sỏi đài thận, sỏi bể thận thất bại sau tán sỏi ngoài cơ thể, sỏi đài thận sỏi sỏi sau lấy sỏi thận qua da. Sỏi thận có thể có kết hợp sỏi niệu quản.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Sỏi thận có nhiễm khuẩn đường tiết niệu còn đang trong giai đoạn điều trị. Sỏi thận kích thước  $> 20$  mm. Tắc nghẽn đường niệu trên, thận giãn độ IV.

- Hẹp niệu đạo, không đưa được ống soi NQ qua niệu đạo vào BQ.

- Sỏi thận trên thận mất chức năng. Sỏi thận trên bệnh nhân nữ mang thai và trẻ em dưới 16 tuổi. Sỏi thận trên bệnh nhân có dị dạng thận (thận đôi, thận móng ngựa...).

### **Phương pháp nghiên cứu**

**Phương pháp:** Mô tả tiến cứu theo dõi dọc.

**Dụng cụ, phương tiện:** Ống nội soi mềm cỡ 7Fr có thể quay đầu theo các hướng. Ống nòng niệu quản cỡ 12/14Fr. Máy C-arm, nguồn sáng, màn hình, camera, dây dẫn sáng. Máy tán sỏi Laser Holmium 80W. Các dụng cụ: dây dẫn, rọ gắp sỏi dormia...

**Quy trình kỹ thuật:** Soi bàng quang và rút thông JJ đã được đặt từ trước, dùng máy nội soi ống cứng (9,5Fr) đặt dây dẫn đường lên thận. Đặt bộ hỗ trợ niệu quản lên thận, đặt ống soi ống mềm trong nòng bộ hỗ trợ niệu quản để vào thận. Tán sỏi sỏi thận thành những viên sỏi  $\leq 4$  mm. Kiểm tra toàn bộ đài – bể thận, đặt thông JJ vào bể thận.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả ngay trong mổ: Thành công là 85 % (34/40BN), thất bại 15 % (6/40 BN). Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 92,5%.

**Bảng 1. Liên quan tiền sử can thiệp thận cùng bên với kết quả ngay trong mổ**

Kết quả (n=40)	MLS thận		MLS NQ		TSNCT		NSNQ		P
	BN	%	BN	%	BN	%	BN	%	
Thành công	1	50	1	50	4	80	12	80	0,499
Thất bại	1	50	1	50	1	20	3	20	
<b>Tổng</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	

Các trường hợp có tiền sử can thiệp sỏi thận và niệu quản cùng bên không có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ với  $P > 0,05$ .

**Bảng 2. Liên quan kích thước sỏi với kết quả ngay trong mổ**

Nhóm sỏi (n=40)		Kết quả ngay trong mổ		Tổng	P
		Thành công	Thất bại		
≤ 10mm	BN	16(47,1%)	0(0%)	16(40%)	0,03
> 10 mm	BN	18(52,9%)	6(100%)	24(60%)	
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>34(100%)</b>	<b>6(100%)</b>	<b>40(100%)</b>	

Kích thước sỏi được chia thành 2 nhóm ≤ 10mm và > 10 mm, liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ ( $p = 0,03$ ).

**Bảng 3. Liên quan kích thước sỏi với tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng**

Kích thước sỏi n=40		Sạch sỏi sau 1 tháng		Tổng	P
		Không	Có		
≤ 10 mm	BN	0(0%)	16(43,2%)	16(40%)	0,141
> 10 mm	BN	3(100%)	21(56,8%)	24(60%)	
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>3(100%)</b>	<b>37(100%)</b>	<b>40(100%)</b>	

Sạch sỏi sau 1 tháng liên quan không có ý nghĩa thống kê với kích thước sỏi.

**Bảng 4. Liên quan số lượng viên sỏi với kết quả ngay trong mổ**

Nhóm số lượng viên sỏi n=40		Kết quả ngay trong mổ		Tổng	P
		Thành công	Thất bại		
1 viên	BN	26(76,5%)	0(0%)	26(65%)	0,001
≥ 2 viên	BN	8(23,5%)	6(100%)	14(35%)	
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>34(100%)</b>	<b>6(100%)</b>	<b>40(100%)</b>	

Số lượng viên sỏi liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ ( $p=0,001$ ) khi chia thành 2 nhóm có 1 viên và nhiều viên.

**Bảng 5. Liên quan số lượng viên sỏi với tỷ lệ sạch sỏi 1 tháng**

Số lượng viên sỏi n=40		Sạch sỏi sau 1 tháng		Tổng	P
		Không	Có		
1 viên	BN	0(0%)	26(70,3%)	26(65%)	0,01
≥ 2 viên	BN	3(100%)	11(29,7%)	14(35%)	
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>3(100%)</b>	<b>37(100%)</b>	<b>40(100%)</b>	

Số lượng viên sỏi liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng.

**Bảng 6. Liên quan vị trí sỏi đài dưới đơn thuần hay kết hợp với kết quả trong mổ**

Sỏi đài dưới		Kết quả ngay trong mổ		Tổng	P
		Thành công	Thất bại		
Đơn thuần	BN	28(82,4%)	2(33,3%)	30(75%)	0,011
Kết hợp	BN	6(17,6%)	4(66,7%)	10(25%)	
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>34(100%)</b>	<b>6(100%)</b>	<b>40(100%)</b>	

Vị trí viên sỏi đài dưới đơn thuần hay kết hợp với các vị trí đài khác liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ ( $p = 0,011$ ).

**Bảng 7. Liên quan sỏi đài dưới đơn thuần hay kết hợp với tỷ lệ sạch sỏi 1 tháng**

Sỏi đài dưới		Sạch sỏi sau 1 tháng		Tổng	P
		Không	Có		
Đơn thuần	BN	1(33,3%)	29(78,4%)	30(75%)	0,083
Kết hợp	BN	2(66,7%)	8(21,6%)	10(25%)	
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>3(100%)</b>	<b>37(100%)</b>	<b>40(100%)</b>	

Vị trí viên sỏi liên quan không có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng.

Liên quan đặt ống nòng niệu quản và kết quả ngay trong mổ: ống nòng niệu quản đặt được

cho 36/40 (90%) TH. Đặt ống nòng niệu quản liên quan không có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ thành công của phẫu thuật ngay trong mổ ( $p=0,555$ ).

**Liên quan việc di chuyển sỏi với kết quả**

**ngay trong mổ:** 8/40 (20%) TH di chuyển sỏi sỏi trong mổ. Di chuyển sỏi từ vị trí khó đến vị trí thuận lợi để tán sỏi liên quan không có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ thành công ngay trong mổ ( $p=0,376$ ).

**Bảng 8. Liên quan giữa góc bể thận đài dưới với kết quả trong mổ và tỷ lệ sạch sỏi**

Góc bể thận đài dưới (n = 40)		Kết quả trong mổ		Sạch sỏi sau 1 tháng		Tổng
		Không	Có	Không	Có	
< 45 <sup>o</sup>	BN	4 (66,7 %)	18(52,9%)	3(100%)	19(51,3%)	<b>22(55%)</b>
≥ 45 <sup>o</sup>	BN	2(33,3%)	16(47,1%)	0(0%)	18(48,7%)	<b>18(45%)</b>
<b>Tổng</b>	<b>BN</b>	<b>6(100%)</b>	<b>34(100%)</b>	<b>3(100%)</b>	<b>37(100%)</b>	<b>40(100%)</b>
		<b>P=0,533</b>		<b>P=0,1</b>		

Góc bể thận đài dưới liên quan không có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ thành công ngay trong mổ và tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng ( $p > 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Những trường hợp có tiền sử điều trị sỏi thận, niệu quản trước, rất khó khăn cho cả phẫu thuật viên và bệnh nhân nếu chọn lại phương pháp điều trị trước đó, đặc biệt mổ mở lấy sỏi. Nên khi được tư vấn về phẫu thuật tán sỏi ống mềm bệnh nhân sẽ đồng ý tham gia nghiên cứu. Với lợi ích nội soi theo đường tự nhiên, tiếp cận hầu hết các vị trí sỏi mà các phương pháp khác thất bại. Đây là một lợi điểm đáng kể để ứng dụng NSM trong nhóm bệnh nhân này. Phân tích trên nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ lấy sỏi thận đơn thuần hay có thêm tiền sử khác như mổ lấy sỏi niệu quản, tán sỏi ngoài cơ thể hay nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống cứng trên cùng thận nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả ngay trong mổ giữa các nhóm với  $p>0,05$ . Điều này càng khẳng định lợi thế NSM cho các trường hợp đã một hay nhiều lần can thiệp thận niệu quản trước đó.

Ống nòng niệu quản giúp bảo vệ ống soi, giảm áp lực trong thận và làm rõ quang trường nội soi. Một điểm lợi nữa là cải thiện tỷ lệ sạch sỏi nhờ các bụi sỏi bị đẩy thụ động ra ngoài và các mảnh sỏi được dễ dàng lấy ra chủ động, lặp lại nhiều lần với các dụng cụ gấp sỏi. Trong nghiên cứu chúng tôi việc đặt được ống nòng niệu quản và kết quả ngay trong mổ liên quan không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,555$ . Tuy nhiên nghiên cứu của một số tác giả như Phạm Ngọc Hùng (2018) thì việc đặt ống nòng niệu quản có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ với  $p < 0,05$  [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp (20%) cần di chuyển sỏi khỏi vị trí khó khăn, tạo điều kiện thuận lợi để tán sỏi. Chúng tôi phân tích mối liên quan giữa việc di chuyển sỏi và kết quả ngay trong mổ cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Tương

đương với Phạm Ngọc Hùng (2018) có 17/78 trường hợp có di chuyển sỏi, việc di chuyển sỏi cũng liên quan không có ý nghĩa thống kê với kết quả ngay trong mổ với  $p>0,05$  [2]. Tuy nhiên di chuyển sỏi ở các đài thận khó (đặc biệt đài dưới) đến các vị trí thuận lợi hơn để tán sỏi là một bước quan trọng góp phần rất lớn vào tỷ lệ thành công cũng như tỷ lệ sạch sỏi. Ngoài ra điều này còn giúp cải thiện tuổi thọ ống soi do không ở tư thế gập vào các vị trí khó kéo dài.

Theo Permuter và cộng sự (2008), số lượng viên sỏi và có sỏi đài dưới thận là hai trong các yếu tố tiên đoán về độ sạch sỏi sau NSM [5]. Tác giả Ito và cộng sự (2012) cũng đánh giá các yếu tố tiên đoán để dự đoán tỷ lệ sạch sỏi sau NSM kết luận rằng: yếu tố số lượng sỏi  $\geq 2$  viên và có sỏi đài dưới, tỷ lệ sót sỏi sau NSM có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ có 1 viên sỏi thận và không có sỏi đài dưới, với  $p$  lần lượt là 0,001 và 0,008 [3].

Trong nghiên cứu chúng tôi, sự khác biệt về kết quả ngay trong mổ có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm kích thước sỏi được chia gồm  $\leq 10$ mm và lớn hơn 10 mm với  $p<0,05$ . Tiếp tục theo dõi các nhóm sỏi như trên cho thấy tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,141$ . Kích thước sỏi là một trong những yếu tố quan trọng để quyết định lựa chọn phương pháp điều trị sỏi tiết niệu. Khuyến cáo điều trị theo Hướng dẫn điều trị sỏi thận theo Hội Nội tiết niệu khoa Hoa Kỳ cũng giống Hội Nội tiết niệu khoa Châu Âu, với sỏi thận  $\leq 20$  mm thì chỉ định TSNCT hoặc NSM.

Chúng tôi chọn yếu tố góc bể thận đài dưới để nghiên cứu ảnh hưởng của nó đến NSM. Trong nghiên cứu, Chúng tôi chọn góc 45<sup>o</sup> cho góc này là vì các nghiên cứu trước của các tác giả trong và ngoài nước thực hiện NSM gồm Phan Trường Bảo (2016) [1], Phạm Ngọc Hùng (2018) [2], Resorlu (2012) [6]. Đa số các nghiên

cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều đó cũng có thể được lý giải như sau: Laser Holmium tán sỏi đài dưới trực tiếp hoặc di chuyển sỏi đến các vị trí thuận lợi thành các bụi sỏi, dưới tác động của dòng nước tưới rửa đẩy các bụi sỏi ra ngoài ngay khi tán, các mảnh sỏi được lấy ra hoặc di chuyển nên việc đào thải ra ngoài phần nào ít chịu ảnh hưởng của góc này.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố tiền sử can thiệp sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, vị trí viên sỏi, đặt ống nòng niệu quản, di chuyển sỏi, góc bể thận đài dưới là những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công, tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Tuy nhiên kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng đóng một vai trò quan trọng. Chỉ định điều trị hiệu quả cho kỹ thuật này là sỏi đài bể thận với kích thước  $\leq 20$  mm, sỏi sỏi hay thất bại của các phương pháp điều trị trước.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Bào (2016). Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận. Luận án tiến sĩ y

học, Đại học Y dược TP HCM.

- Phạm Ngọc Hùng (2018). Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật nội soi niệu quản ngược dòng điều trị sỏi thận bằng ống soi mềm. Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y.
- Ito H, Kawahara T, Terao H, Ogawa T, Yao M, Kubota Y, Matsuzaki J (2012), "The most reliable preoperative assessment of renal stone burden as a predictor of stone-free status after flexible ureteroscopy with holmium laser lithotripsy: a single-center experience", Urology by Elsevier Inc, 80: pp. 524-528.
- Pearle MS, Lotan Y (2012), "Urinary Lithiasis: Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis", chapter 45, Section XI in Alan J. Wein (eds): CampbellWalsh Urology, Saunders Elsevier 10th edi: pp. 1257-86.
- Perlmutter AE, Talug C, Tarry WF, Tarry WF, Zaslau S, Mohseni H, Kandzari SJ (2008), "Impact of stone location on success rates of endoscopic lithotripsy for nephrolithiasis", Urology by Elsevier Inc, 71: pp. 214-217.
- Resorlu B, Oguz U., Resorlu E. B. et al (2012), "The impact of pelvicaliceal anatomy on the success of retrograde intrarenal surgery in patients with lower pole renal stones", Urology, 79: pp. 61-66.
- Stoller ML (2013), "Urinary stone disease" in McAninch JW and Lue TF (eds): Smith and Tanagho's General Urology. McGraw - Hill 18th edi: pp. 249-7.

## TỶ LỆ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN ĐỒNG DIỄN VỚI RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI KHOA TÂM THẦN BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Dương Minh Tâm<sup>1,2</sup>, Trần Nguyễn Ngọc<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định một số tỷ lệ rối loạn tâm thần đồng diễn thường gặp ở rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi trung ương. **Phương pháp:** nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 85 trẻ được chẩn đoán xác định là tăng động giảm chú ý theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM - 5 tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi trung ương. **Kết quả** cho thấy phần lớn trẻ ADHD gặp ở nhóm tuổi 6 - 10 với tỷ lệ 68,2%. Tuổi trung bình là  $6,9 \pm 1,4$  tuổi. Chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp với 40,0%, tiếp theo là rối loạn bùng nổ bình chống đối với 38,8%. Ít gặp nhất là rối loạn tic có tỷ lệ 5,9%. Ở nhóm trẻ 3 - 5 tuổi, tỷ lệ rối loạn giao tiếp cao nhất với 66,7%. Ở nhóm trẻ 6 - 10

tuổi, tỷ lệ gặp nhiều nhất là rối loạn giao tiếp với 37,8%. Trẻ trên 10 tuổi, 100% trẻ có rối loạn bùng nổ bình chống đối và rối loạn hành vi. Ở nhóm trẻ nam, tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp (41,1%). Còn ở nhóm trẻ nữ, gặp nhiều nhất là rối loạn bùng nổ bình chống đối, tiếp theo là rối loạn giao tiếp (33,3%).

**Từ khóa:** tăng động giảm chú ý; rối loạn tâm thần, trẻ em.

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF COMORBID MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN DEPARTMENT OF PSYCHIATRY IN NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Our study aimed to determine prevalence of common comorbid mental disorders in patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Department of Psychiatry in National Children's Hospital. This is a cross-sectional descriptive study included 85 children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder according to the diagnostic criteria of DSM - 5 in Department of Psychiatry in National Children's Hospital. Results: Majority of

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: trannguyennhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022