

của La Hón và Nguyễn Thanh Hà, trẻ mắc bệnh tiêu chảy trong 2 tuần qua có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn các trẻ khác (OR là 3,1)<sup>1</sup>. Nghiên cứu của Edem MA Tette và cộng sự cũng cho thấy tiêu chảy có liên quan đến tình trạng SDD<sup>9</sup> và nghiên cứu của Huỳnh nam phương cũng cho kết quả như vậy trẻ bị tiêu chảy trong hai tuần qua có nguy cơ bị SDD gấp = 2,2 (1,1=4,21) trẻ không tiêu chảy<sup>5</sup>. Nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lê cũng có kết quả tương tự<sup>10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi là cao nhất 23,3% tiếp đến là thể nhẹ cân 18,3% và cuối cùng là thể gầy còm 10%.

### Một số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD của trẻ 0-24 tháng tuổi có thể kể đến:

Các bà mẹ người dân tộc thiểu số, kinh tế hộ gia đình, số con trong gia đình, gia đình thiếu gạo ăn, tình trạng sức khỏe của trẻ (bị tiêu chảy, ho sốt trong hai tuần qua)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. La Hón, Nguyễn Thị Thanh Hà (2017), Suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 6 - 24 tháng tuổi tại xã Tuần Túc, huyện Thanh Trì, tỉnh Sóc Trăng năm 2017, tạp chí khoa học nghiên cứu sức khỏe và phát triển tập 1, số 1-2017
2. Đoàn Thị Anh Tuyết (2011), Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 2 tuổi và kiến thức, thực hành nuôi dưỡng trẻ của các bà mẹ tại Hương Hóa,

- DaKrông năm 2011, Luận văn Thạc sỹ Y học Trường đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Xuân Hương. SDD và một số yếu tố liên quan đến SDD của trẻ 24 tháng tuổi ở một số xã tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, số 4 2017
  4. Lương Tuấn Dũng, Phạm Văn Phú, tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Phúc Thịnh, Xuân Quang, Huyện Chiêm Hóa tỉnh Tuyên Quang, năm 2012, tạp chí Y học Thực thành (899) số 12, 2012
  5. Huỳnh Nam Phương. Yếu tố liên quan đến SDD ở trẻ dưới 24 tháng tuổi tại một số xã thuộc tỉnh Lào Cai, Lai Châu và Hà Giang năm 2016, Huỳnh Nam Phương, tạp chí y học dự phòng, tập 28, số 4- 2018
  6. Phạm Thị Dung. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại xã Quỳnh Thanh huyện Quỳnh Lưu tỉnh Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 2 số 2 năm 2018
  7. Hoàng Quý Tinh. Tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em người H Mông dưới 5 tuổi ở Cu Nha huyện Mù Cang Chải, tỉnh Yên Bái. Tạp chí Dân tộc học số 4- 2007
  8. UNICEF (1998). The state of the World, Children 1998, Oxford University Press, 135
  9. Tette EMA, Sifah EK, Nartey ET. Factors affecting malnutrition in children and the uptake of interventions to prevent the condition. BMC Pediatr. 2015 Nov 19;15:189.
  10. Hoàng Thị Hoa Lê. Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Quyết Tiến, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2019-2020. Tạp chí Y học Dự phòng, tập 31, số 5, 2021

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ SẠCH SỎI SAU TÁN SỎI NỘI SOI ỐNG MỀM NGƯỢC DÒNG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>, Ngô Trung Kiên<sup>2</sup>, Bùi Hoàng Thảo<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu tỷ lệ sạch sỏi sau điều trị sỏi thận bằng tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng tại bệnh viện Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình: 48,61 ± 8,31 tuổi. Chỉ số BMI trung bình: 22,5 ± 2,8. Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là 20,8 ± 7,8 mm. Số lượng sỏi: 29% có 1 viên và 71% là sỏi phức hợp. Vị trí sỏi: Bể thận 22,6%, cả bể thận và đài thận 38,7%, đài thận 38,7%. Mức độ giãn của đài bể thận: Không giãn 19,3%, giãn độ I chiếm 48,4%, giãn

độ II chiếm 25,8%, giãn độ III chiếm 6,5%. Thời gian tán sỏi trung bình là 50.9 ± 11.2 (ngắn nhất là 25 phút và dài nhất là 65 phút). Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ: 83,9%. Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 100%. **Kết luận:** Điều trị sỏi thận bằng tán sỏi nội soi ngược dòng là phương pháp hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi sau mổ: 83,9% và tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 100%.

**Từ khóa:** Sỏi thận, tán sỏi nội soi ống mềm.

### SUMMARY

#### KIDNEY STONE CLEARANCE OF FLEXIBLE URETERORENOSCOPY BY RETROGRADE NEPHROLITHOTRIPSY AT SAINT PAUL HOSPITAL

**Objective:** To study the stone clearance of retrograde ureterorenoscopy by flexible ureterorenoscopy at Saint Paul hospital. **Research Methods:** Cross-sectional Description. **Research results:** The mean age: 48.61 ± 8.31 years old. The average BMI: 22.5 ± 2.8. The mean stone size on computed tomography was 20.8 ± 7.8 mm. Number of

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023

stones: 29% patient had 1 stone and 71% patient had complex stones. Location of stones: renal pelvis was 22.6%, both renal pelvis and calyx was 38.7%, renal calyx was 38.7%. The degree of dilatation of the renal calyces: 19.3% non-dilated, 48.4% grade I, 25.8% grade II, 6.5% grade III. The mean lithotripsy time was  $50.9 \pm 11.2$  (the shortest was 25 minutes and the longest was 65 minutes). The rate of stone clearance after surgery: 83.9%. Stone clearance rate after 1 month: 100%. **Conclusion:** Treatment of kidney stones of retrograde ureterorenoscopy by flexible ureterorenoscopy showed the rate of stone clearance after surgery was 83.9% and the rate of stone clearance after 1 month was 100

**Keywords:** Kidney stones, flexible ureterorenoscopy

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận gây ra nhiều hậu quả nặng nề về kinh tế xã hội cũng như ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người dân trên toàn thế giới. Ngoài việc gây ra nhiều biến chứng như: nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận... sỏi thận còn là nguyên nhân gây ra tử vong của 19.000 người mỗi năm trên toàn thế giới tính từ năm 1990 – 2006. Vì vậy, sỏi thận cần phải được phát hiện sớm để có các biện pháp điều trị thích hợp.

Tán sỏi thận bằng nội soi ngược dòng ống mềm đã được áp dụng lần đầu tiên trên thế giới vào năm 1987 [3], Những ưu điểm nổi trội của tán sỏi nội soi ngược dòng ống mềm có thể kể đến như ít xâm lấn với can thiệp qua đường tự nhiên của cơ thể, khả năng tiếp cận được nhiều vị trí sỏi rải rác trong thận, tuy nhiên vẫn có những hạn chế như là khả năng xử lý được sỏi lớn và mật độ cứng hạn chế, không tiếp cận được đài thận chứa sỏi có cổ đài bé hay góc bể thận – đài thận quá nhọn, và không chủ động được việc sỏi có thể bị đào thải hết hay không.

Tỷ lệ sạch sỏi là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Nhằm có những luận cứ khoa học về hiệu quả của phương pháp điều trị mới này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu tỷ lệ sạch sỏi sau điều trị sỏi thận bằng tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng tại bệnh viện Xanh Pôn*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 31 bệnh nhân sỏi thận, được điều trị tán sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu bệnh viện Xanh Pôn.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận (bao gồm cả sỏi bể thận đơn thuần, sỏi bể thận

kết hợp với đài thận kích thước < 2cm, sỏi đài thận đơn thuần, sỏi khúc nối bể thận niệu quản).

- Bệnh nhân được điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng.  
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị đái tháo đường chưa điều trị ổn định.

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu.

- Bệnh nhân có thai.

- Bệnh nhân có phình động mạch chủ bụng, phình, hẹp động mạch thận.

- Bệnh nhân có dị tật hệ tiết niệu: Thận lạc chỗ, thận móng ngựa.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Cỡ mẫu được xác định theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân đảm bảo đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

**2.2.3. Thời gian nghiên cứu.** Từ tháng 01/01/2022 đến tháng 10/10/2022.

**2.2.4. Địa điểm nghiên cứu.** Khoa phẫu thuật tiết niệu – bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.

### 2.2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật: thường được làm vào ngày thứ nhất hoặc thứ 2 sau phẫu thuật khi bệnh nhân thể trạng cho phép vận chuyển để thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng. Để đánh giá tình trạng sỏi sau phẫu thuật có thể dung: siêu âm hệ tiết niệu, Xquang hệ tiết niệu hay cắt lớp vi tính hệ tiết niệu không thuốc cản quang. Các tiêu chuẩn để đánh giá bao gồm:

- Sạch sỏi: không còn sỏi trên các xét nghiệm cận lâm sàng.

- Mảnh sỏi không có ý nghĩa lâm sàng: mảnh sỏi < 4mm. Theo Yang Liu, những mảnh sỏi có kích thước < 4mm được xem là không có ý nghĩa trên lâm sàng do những mảnh sỏi này có thể được đào thải ra ngoài theo nước tiểu [8]

- Sốt sỏi: mảnh sỏi  $\geq 5$ mm.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình:  $48,61 \pm 8,31$  tuổi.

- Chỉ số BMI trung bình:  $22,5 \pm 2,8$ . Trong đó 77,4% ở mức bình thường, 9,6% thiếu cân và 13% thừa cân.

- Tiền sử mổ mở lấy sỏi thận: 4/31 bệnh nhân có tiền sử mổ mở cùng bên (chiếm 13%).

- Triệu chứng lâm sàng khi vào viện: Đa sỏi là đau thắt lưng chiếm 90,3%

- Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi

tính là  $20,8 \pm 7,8\text{mm}$

- Số lượng sỏi: 29% có 1 viên và 71% là sỏi phức hợp.

- Vị trí sỏi: Bể thận 22,6%, cả bể thận và đài thận 38,7%, đài thận 38,7%.

- Mức độ giãn của đài bể thận: Không giãn 19,3%, giãn độ I chiếm 48,4%, giãn độ II chiếm 25,8%, giãn độ III chiếm 6,5%.

**3.2. Kết quả tán sỏi thận bằng ống soi mềm ngược dòng**

- Thời gian dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật:  $1,28 \pm 0,2$  ngày

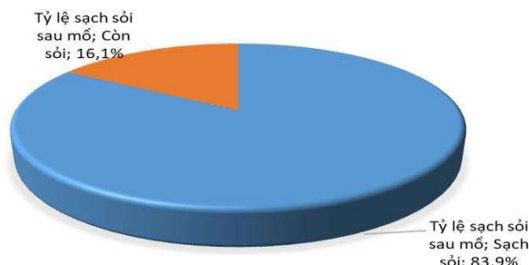
- Thời gian nằm viện trung bình:  $4,3 \pm 1,1$  ngày.

**Bảng 3.1. Thời gian vô cảm và thời gian phẫu thuật**

	Số BN	$\bar{X} - SD$	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian đặt hệ thống tán sỏi ống mềm	31	$10 \pm 1.5$	5	19
Thời gian tán sỏi	31	$50.9 \pm 11.2$	25	65
Thời gian phẫu thuật	31	$60.8 \pm 8.6$	35	80

**Bảng 3.2. Tai biến, biến chứng phẫu thuật**

Tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt, nhiễm khuẩn	3	9.7
Chảy máu thứ phát	0	0
Tụ dịch quanh thận	0	0
<b>Tổng</b>	<b>3</b>	<b>9.7</b>



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ**

**Nhận xét:** Có 5/31 BN (chiếm 16.1%) còn các mảnh sỏi nhỏ trên 4mm sau can thiệp.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**4.1.1. Đặc điểm lâm sàng.** Trong nghiên cứu này của chúng tôi, 90,3% bệnh nhân có biểu hiện đau vùng thắt lưng khi vào viện, 9,7% bệnh nhân có biểu hiện của đau quặn thận, Không gặp các trường hợp có đái máu và sốt khi vào viện.

Đau vùng thắt lưng là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mủ, sỏi đài bể thận. Đa số bệnh nhân sỏi thận có cảm giác đau vùng thắt lưng âm ỉ, liên tục, tăng lên khi lao động nặng. Một số

trường hợp bệnh nhân có biểu hiện đau cấp tính, dữ dội do sỏi di chuyển làm chèn ép đài bể thận bị căng giãn đột ngột. Trong nghiên cứu của chúng tôi 90,3% bệnh nhân có biểu hiện đau vùng thắt lưng âm ỉ, kéo dài trước khi vào viện. Theo nghiên cứu của một số tác giả khác như Phan Trường Bảo và Phạm Ngọc Hùng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau thắt lưng lần lượt là 100% và 91,2% [1], [2]. Như vậy, đau thắt lưng là triệu chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên triệu chứng này thường chỉ âm ỉ và không gây khó chịu nhiều cho bệnh nhân nên bệnh nhân thường bỏ qua và không đi khám ngay.

Đái máu là một trong những biểu hiện thường gặp của sỏi tiết niệu, tuy nhiên tỷ lệ đái máu thay đổi rất nhiều tùy theo nghiên cứu. Theo nghiên cứu của Phan Trường Bảo [1] bệnh nhân có biểu hiện đái máu chiếm 11,4%, còn theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Hùng tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện đái máu chỉ là 4% [2]. Như vậy, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám vì đau âm ỉ vùng thắt lưng.

**4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

*\*Đặc điểm của sỏi trên chẩn đoán hình ảnh*

Kích thước trung bình của sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi được đo trên cắt lớp vi tính là  $20,8 \pm 7,8$  mm, trong đó phần lớn là nhóm sỏi từ 10 - 20mm có 20/31 BN chiếm 64,5%; nhóm sỏi có kích thước < 10 mm có 5/31 BN chiếm 16,1% và nhóm > 20 mm có 6 BN (chiếm 19,3%).

Chính vì những khó khăn trong việc đào thải các mảnh sỏi trong tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng nên trong giai đoạn đầu tiên tiến hành kỹ thuật này, chúng tôi hầu hết lựa chọn các bệnh nhân có kích thước sỏi ở mức độ trung bình, sỏi không quá lớn ở bể thận, các nhóm đài. Lựa chọn này cũng tương đồng với một số tác giả trong nước có số lượng bệnh nhân can thiệp nhiều hơn như Hoàng Long [3] nghiên cứu trên 69 BN năm 2018, có kích thước sỏi trung bình là  $1,57 \pm 0,86\text{cm}$  (0,8 - 2,5cm); Phạm Ngọc Hùng (2018) [2], nghiên cứu trên 78 BN có kích thước sỏi trung bình là  $1,8 \pm 0,74\text{cm}$ ; Phan Trường Bảo (2016) [1] nghiên cứu trên 60 BN, kích thước sỏi trung bình là  $1,7 \pm 0,78$  cm.

*\*Mức độ giãn của đài bể thận trên phim chụp cắt lớp vi tính*

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 31 bệnh nhân, mức độ giãn của đài bể thận được đánh giá qua phim chụp cắt lớp vi tính cho thấy: có 6/31 trường hợp thận không giãn (chiếm 19,3%), đa số là các trường hợp có giãn thận độ I 15/31 BN (chiếm 48,4%); giãn độ II có 8 BN

(chiếm 25,8%) và giãn độ III chỉ gặp 2/31 BN (chiếm 6,5%). Hoàng Long [3] đánh giá mức độ ứ nước thận trên CLVT cho thấy thận ứ nước độ II gặp nhiều nhất với 31/69 BN (chiếm 44,9%), ứ nước độ I gặp 26/69 BN (chiếm 37,7%) thuận lợi khi tìm và tán sỏi thận.

**4.2. Tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi nội soi ống mềm.** Tỷ lệ sạch sỏi là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tán sỏi ống mềm phương pháp điều trị sỏi thận có tỷ lệ sạch sỏi rất cao. Tỷ lệ sạch sỏi được xác định là khi không còn mảnh sỏi hoặc mảnh sỏi  $\leq 4$  mm trên chụp X quang hệ tiết niệu sau mổ 2 hoặc 3 ngày.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 26/31 bệnh nhân sạch sỏi hoàn toàn đạt tỷ lệ 83,9%, có 5/31 BN còn các mảnh sỏi nhỏ kích thước trên 4mm chiếm tỷ lệ 16,1%.

Theo Phạm Ngọc Hùng (2018), thành công ngay trong mổ được đánh giá qua nội soi và qua C-arm, các mảnh sỏi vỡ vụn thành bụi sỏi hoặc các mảnh vỡ  $\leq 4$  mm hoặc không còn nhìn thấy bóng sỏi trên C-arm. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này là 71,8% [2].

Tác giả Phan Trường Bảo (2016) nghiên cứu 60 trường hợp, đạt được tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 61,7% và sau 3 tháng là 75%. Trong đó riêng nhóm có sỏi đài dưới (52 trường hợp), tỷ lệ này lần lượt là 67,3% và 71,2% [1].

Trong số sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi ống mềm, đối với sỏi đài dưới đã cho thấy lợi ích đáng kể. Lấy sỏi thận qua da điều trị sỏi đài dưới với tỷ lệ thành công cao nhưng đây là thủ thuật xâm lấn hơn và có thể dẫn đến tỷ lệ biến chứng đáng kể. Lấy sỏi thận qua da cũng chống chỉ định ở một số bệnh nhân có bệnh lý nội khoa hoặc dị dạng giải phẫu nghiêm trọng [5]. Mặc dù tán sỏi ngoài cơ thể dễ thực hiện, ít xâm lấn, tỷ lệ thành công cho sỏi đài dưới chỉ khoảng 50 – 80%. Tùy theo kích thước sỏi, tán sỏi ngoài cơ thể có tỷ lệ sạch sỏi khác nhau: khoảng 63 – 76% với sỏi  $< 1,0$  cm và khoảng 45 – 59% với sỏi 1,0 – 2,0 cm đường kính. Sự ra đời của ống soi mềm tạo ra cơ hội để hợp nhất tỷ lệ thành công cao của lấy sỏi qua da với xâm lấn tối thiểu của tán sỏi ngoài cơ thể. Mặc dù đã có những cải tiến đáng kể trong kỹ thuật cũng như trang thiết bị nhưng tán sỏi ống mềm vẫn còn nhiều khó khăn, thử thách trong điều trị sỏi đài dưới.

Tán sỏi đài dưới cũng có thể thực hiện tại đài dưới hay di chuyển sỏi về vị trí thuận lợi hơn như đài trên hay bể thận. Sử dụng một trong hai phương pháp tiếp cận, tỷ lệ thành công ban đầu

cho kỹ thuật này đã đạt được 76 – 88% [1],[2], [5].

Việc tiếp cận sỏi đài dưới còn phụ thuộc vào đặc điểm của ống soi mềm. Với những ống soi thế hệ mới, độ gấp đầu ống cải thiện đáng kể. Đặc biệt với những ống soi có độ gấp kép (dual – deflection) như DUR-8 Elite (Circon ACMI, Stamford, CT) tiếp cận hết các vị trí đài dưới [4].

Với que tán điện thủy lực 1,9 Fr, Elashry và cộng sự, báo cáo một tỷ lệ thành công 87% trong số 17 bệnh nhân với 37 viên sỏi đài dưới, thời gian theo dõi trung bình là 8,7 tháng [4].

Trong các nghiên cứu khác, cho thấy hiệu quả của Lasser Ho: YAG trong tán sỏi đài dưới qua nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm, Hollenbeck và cộng sự (2001) điều trị cho 60 bệnh nhân với 66 can thiệp cho sỏi đài dưới  $< 2,0$  cm (trung bình 8,7 mm) đạt được tỷ lệ sạch sỏi 79% sau lần thứ nhất và 88% sau lần thứ hai trong bốn bệnh nhân [5].

Không có khả năng tiếp cận sỏi đài dưới qua nội soi với các phương tiện tán sỏi và dụng cụ gấp sỏi là một vấn đề đặc biệt gây nhiều tranh cãi. Thường nhận thấy rằng khi đưa thêm que tán sỏi hay rọ lấy sỏi vào kênh thao tác, ống soi giảm độ gấp, làm giảm khả năng tiếp cận sỏi. Để khắc phục hạn chế này, Landman và cộng sự (2002) đã khuyến cáo việc sử dụng các rọ nitinol không võ trong kênh thao tác để cải thiện độ gấp khoảng 15 – 20° và để cải thiện lưu lượng tưới rửa khoảng 2 đến 30 lần so với nghiên cứu tương tự được thực hiện với rọ nitinol có vỏ bọc [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân còn các mảnh sỏi nhỏ KT trên 4mm còn tồn tại sau tán sỏi. BN được rút ống thông JJ theo dõi và điều trị nội khoa. Các mảnh sỏi sau khi điều trị nội khoa 1 tháng và 3 tháng đều đào thải được qua đường niệu. Không có trường hợp nào phải áp dụng các biện pháp can thiệp ngoại khoa nào khác. Chúng tôi cũng nhận thấy có 3/31 BN có triệu chứng sốt sau can thiệp, chiếm tỷ lệ 9,7% tổng số BN nghiên cứu. Đây là các bệnh nhân được phân loại có kết quả biến chứng ở độ I theo phân loại Clavien – Dindo.

Tóm lại, vai trò của nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm trong điều trị sỏi đài thận đơn giản được mở rộng đáng kể. Kỹ thuật này được xem là cứu cánh cho thất bại của tán sỏi ngoài cơ thể và được chỉ định đầu tay cho chống chỉ định của các phương pháp khác. Nội soi niệu quản thận ngược dòng trong điều trị sỏi thận đơn giản có tỷ lệ sạch sỏi tương đương với lấy sỏi thận qua da nhưng ít xâm nhập hơn nhiều và được ưa chuộng đối với bệnh nhân có cùng lúc sỏi niệu quản và sỏi thận, có bất thường về

đặc điểm giải phẫu mà không thích hợp cho tán sỏi ngoài cơ thể hay lấy sỏi thận qua da. Cuối cùng, đây là kỹ thuật can thiệp rất hiệu quả cho các trường hợp sỏi đài dưới.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ: 83,9%.
- Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 100%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Trường Bảo** (2016), Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Phạm Ngọc Hùng** (2018), Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật nội soi niệu quản ngược dòng điều trị sỏi thận bằng ống soi, Luận văn tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
3. **Hoàng Long, Trần Quốc Hòa, Chu Văn Lâm và cộng sự.** (2018). Hiệu quả ứng dụng nội soi ngược dòng ống mềm điều trị sỏi thận. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(4), 213–220.
4. **Elashry O.M., DiMeglio R.B., Nakada S.Y. và cộng sự.** (1996). Intracorporeal electrohydraulic lithotripsy of ureteral and renal calculi using small caliber (1.9F) electrohydraulic lithotripsy probes. J Urol, 156(5), 1581–1585.
5. **Hollenbeck B.K., Schuster T.G., Faerber G.J. và cộng sự.** (2001). Flexible ureteroscopy in conjunction with in situ lithotripsy for lower pole calculi. Urology, 58(6), 859–863.
6. **Nakada S.Y. và Pearle M.S.** (2006). Ureteropyeloscopy for Calculi. Advanced endourology the complete clinical guide. Humana Pressdcorp. 2006., Totowa, N.J., 105–120.
7. **Landman J., Monga M., El-Gabry E.A. và cộng sự.** (2002). Bare naked baskets: ureteroscope deflection and flow characteristics with intact and disassembled ureteroscopic nitinol stone baskets. J Urol, 167(6), 2377–2379.
8. **Liu Y., Alsmadi J., Zhu W. và cộng sự.** (2018). Comparison of super-mini PCNL (SMP) versus Miniperc for stones larger than 2 cm: a propensity score-matching study. World J Urol, 36(6), 955–961.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ 2 THY Ứ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hai thùy tuyến giáp được phẫu thuật nội soi qua đường miệng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu trên 24 bệnh nhân ung thư 2 thùy tuyến giáp được phẫu thuật nội soi qua đường miệng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2019 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 41±8,2; toàn bộ bệnh nhân là nữ giới. 75% bệnh nhân đến viện vì khám sức khỏe, phát hiện tình cờ u tuyến giáp. Khởi u thăm khám được chủ yếu có mật độ cứng chắc, di động hạn chế. Trên siêu âm 75% bệnh nhân được chẩn đoán TIRADS 4, có 2 bệnh nhân chẩn đoán TIRADS 3 và 4 bệnh nhân chẩn đoán TIRADS 5. 87% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn T1. Tỷ lệ phát hiện hạch cổ trên siêu âm là 83,3%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chọc hút tế bào kim nhỏ để chẩn đoán, 58% bệnh nhân có kết quả ác tính, tỷ lệ nghi ngờ và lành tính là 34% và 8%. **Kết luận:** Phần lớn ung thư hai thùy tuyến giáp được phẫu thuật nội soi qua đường miệng có kích thước nhỏ, đa số được chẩn đoán ở giai đoạn

T1 (chiếm 87%). Các khối u hai thùy tuyến giáp chủ yếu phát hiện trên siêu âm. **Từ khóa:** Ung thư hai thùy tuyến giáp, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật nội soi qua đường miệng.

### SUMMARY

#### THE CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF BILATERAL THYROID CANCER TREATED BY TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY

**Objectives:** To evaluate the clinical and sub-clinical characteristics of bilateral thyroid cancer treated by transoral endoscopic thyroidectomy at Hanoi medical university hospital. **Methods:** A prospective study on 24 patients with bilateral thyroid cancer at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to December 2021. **Results:** The mean age was 41±8,2; 100% female. 75% of patients discovered their disease because of the accidental detection during physical and ultrasound examination. Examined tumors were mainly dense and had limited mobility. By ultrasound, 75% of tumors were diagnosed with TIRADS 4 while 2 patients diagnosed with TIRADS 3. The rate of detecting cervical lymph nodes on ultrasound was 83,3%. All of patients in our study underwent FNA, the percentages of maglinant, suspected, benign tumors were 58%, 34% and 8%, respectively. **Conclusion:** The majority of tumors in bilateral thyroid cancer treated by transoral endoscopic thyroidectomy had small size which were diagnosed at

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023